



**TESIS DOCTORAL**

APEGO, REGULACIÓN EMOCIONAL  
Y FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN ADULTOS  
CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE COCAÍNA

**DOCTORANDO**

Lic. Facundo Nicolás Cócola Coria

**DIRECTOR DE TESIS**

Dr. Marcelo R. Ceberio

Julio del 2020

*A la memoria de Federico C33cola.*

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Marcelo R. Ceberio, ya que sus indicaciones como Director y su aliento permanente hicieron posible concretar este trabajo, y por todo lo bueno que su persona ha inspirado en mi desarrollo profesional.

A la Lic. Laura del Pópolo y a la Lic. Beatriz Sabah, las supervisiones y experiencias clínicas mantenidas con ellas fueron el caldo de cultivo de algunas de las ideas aquí asociadas.

Al Dr. Horacio Serebrinsky, quién confió en mis aptitudes desde el inicio de mi formación sistémica, apoyo que se valora mucho.

A mis colegas del CPAA de Las Heras, por su colaboración en este estudio, y por haberme acompañado en el proceso de transformar la trinchera en un abrazo institucional.

A los usuarios del servicio del CPAA de Las Heras, ya que sus historias de vida motivaron la realización de la presente investigación. Sin ellos esto no hubiera sido posible.

A Coty, mi esposa, porque su amor es una fuente inagotable del cariño que se necesita para sentirse querido, acompañado y valorado.

A mi madre y mi padre, quienes me dieron la confianza y el afecto para que pueda explorar el mundo con seguridad.

A Miriam, por formar parte de mis relaciones cercanas de apego.

A mis hermanos, por su confianza para que yo que sea uno de sus tutores de resiliencia.

A los Cocola-Coria. Cualquiera desearía haber nacido en esta familia extensa.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>11</b>
1. Marco de referencia y alcance de la investigación	11
2. Nomenclaturas y clasificaciones utilizadas	13
3. Trastornos del uso de sustancias (TUS): un problema de salud pública	14
4. Tres claves clínicas que fundamentan la investigación	19
4.1. Clínica del funcionamiento familiar en los TUS	19
4.2. Clínica de los estilos de apego y la regulación emocional en los TUS	22
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
1. Enfoque complejo de los trastornos adictivos y relacionados a sustancias	25
2. Influencias previas en el desarrollo de la Teoría del Apego	31
3. La Teoría del Apego	32
4. El apego en adultos	41
5. La Teoría del Apego y los TUS	47
6. Desarrollos posteriores de la Teoría del Apego	50
7. Regulación Emocional	51
8. Regulación Emocional y TUS	58
9. Funcionamiento familiar	61
10. Funcionamiento familiar y TUS	74
<b>III. ANTECEDENTES EMPÍRICOS</b>	<b>87</b>
1. Evaluación psicológica de Apego en adultos.	87
2. Evaluación del Apego en TUS	92
3. Evaluación de la Regulación Emocional.	97
4. Evaluación de la regulación emocional en TUS	102
5. Evaluación del funcionamiento familiar	108
6. Evaluación del funcionamiento familiar en TUS	113
7. Evaluación de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en TUS	117
<b>IV. PLANTEO DEL PROBLEMA</b>	<b>124</b>
1. Preguntas de la investigación	125
2. Objetivos de la investigación	126
3. Hipótesis de la investigación	127
<b>V. MÉTODO</b>	<b>128</b>
1. Diseño	128
2. Participantes	128

3. Técnicas de recolección de datos	130
3.1. Cuestionario socio-demográfico construido ad hoc	130
3.2. Escala DERS	130
3.3. Escala ECR-RS	133
3.4. Escala FACES III	135
4. Procedimiento de recolección de datos	142
<b>VI. ANÁLISIS DE DATOS</b>	<b>144</b>
1. Características sociodemográficas de la muestra	144
1.1. Tamaño	144
1.2. Género	144
1.3. Edad	145
1.4. Estudios cursados	146
1.5. Ocupación	147
1.6. Nacionalidad	148
1.7. Provincia de residencia	149
1.8. Provincia de crianza	149
1.9. Tipo de problema de consumo por el cual consulta	149
1.10. Situación conyugal	150
1.11. Hijos	152
1.12. Madre y padres vivos al momento de la evaluación	153
1.13. Edad que tenía el sujeto cuando falleció su madre, padre o ambos.	155
2. Análisis de Confiabilidad	155
2.1. Confiabilidad Escala DERS	156
2.2. Confiabilidad Escala ECR-RS	156
3.3. Confiabilidad Escala FACES III	157
3. Análisis descriptivo por variables	158
3.1. Estadísticos descriptivos de la Escala DERS	158
3.2. Estadísticos Descriptivos de la Escala ECR-RS	160
3.3. Estadísticos descriptivos de la Escala FACES III	164
4. Análisis de correlaciones	166
4.1. Correlaciones Bivariadas	167
4.1.1. Asociaciones de la DERS (escala completa) con las dimensiones de la ECR-RS y FACES III	169
4.1.2. Asociaciones entre las dimensiones de la DERS con las dimensiones de la ECR-RS	169
4.1.3. Asociaciones entre las dimensiones de DERS con las dimensiones de la FACES III	170

4.1.4. Asociaciones entre las dimensiones de la ECR-RS y las dimensiones de la FACES III	171
4.1.5. Asociación entre estilos de apego globales y funcionamiento familiar utilizando la forma de cálculo previo a la actualización de la Escala ECR-RS en 2014	171
5. Análisis de la regresión	173
5.1. Modelo de regresión lineal simple	173
5.2. Modelo de regresión lineal múltiple	174
6. Comparación de medias	179
6.1. Pruebas T de Student	179
6.1.1. Comparación de medias según género	179
6.2 Análisis de la varianza	186
6.2.1. Comparaciones de medias según los estudios cursados	186
6.2.2. Comparaciones de medias según el tipo de ocupación.	188
6.2.3. Comparaciones de medias según edades agrupadas	191
<b>VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES</b>	<b>192</b>
1. Contexto sociodemográfico en la discusión de resultados	192
2. Formato del diseño de investigación frente a otros estudios	194
3. Características preponderantes de dificultades en la regulación emocional, orientaciones de apego en relaciones cercanas y funcionamiento familiar	195
4. Relaciones encontradas entre las variables de la investigación y sus dimensiones.	200
5. Predicciones entre las asociaciones encontradas	203
6. Comparaciones según género	205
7. Comparaciones según estudios cursados, ocupación y edades.	206
8. Limitaciones y posibles transferencias de resultados	207
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>212</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>240</b>
Anexo I. Escala DERS. Dificultades en la regulación emocional	240
Anexo II. Escala ECR-RS: Experiencias en relaciones cercanas-estructuras de relaciones	241
Anexo III. Escala FACES III: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar	243
Anexo IV. Autorización del Comité Provincial de Ética e Investigación de Salud Mental	244

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### ÍNDICE DE TABLAS

Nº	Título de la tabla	Pág.
1	<i>Tipología Clásica de los Estilos de Apego</i>	37
2	<i>Objetivos de la Regulación emocional</i>	56
3	<i>Las Familias de los Toxicómanos de Cancrini</i>	81
4	<i>Clasificaciones de apego comúnmente utilizadas</i>	91
5	<i>Instrumentos psicométricos para evaluar funcionamiento familiar</i>	109
6	<i>Estadísticos descriptivos de las edades del total de la muestra</i>	145
7	<i>Estadísticos descriptivos de las edades de la muestra en función del género</i>	146
8	<i>Frecuencias y proporciones de los estudios cursados de la muestra</i>	146
9	<i>Frecuencias y proporciones de las ocupaciones de la muestra</i>	147
10	<i>Frecuencias y proporciones del tipo de consumo por el cual consultó la muestra</i>	149
11	<i>Estadísticos descriptivos del tiempo de relación que llevan los sujetos que se encuentran en pareja</i>	151
12	<i>Frecuencias de cantidad de hijos por género</i>	153
13	<i>Proporción de cantidad de hijos por género</i>	153
14	<i>Estadísticos descriptivos de la edad que tenían los sujetos de la muestra al fallecer sus progenitores</i>	155
15	<i>Confiabilidad de la Escala DERS</i>	156
16	<i>Confiabilidad de la Escala ECR-RS completa</i>	156
17	<i>Confiabilidad de la Escala ECR-RS en el apego evitativo hacia las relaciones cercanas</i>	156
18	<i>Confiabilidad de la Escala ECR-RS en el apego ansioso hacia las relaciones cercanas</i>	157
19	<i>Confiabilidad de la Escala FACES III</i>	157
20	<i>Estadísticos descriptivos de la Escala DERS y sus dimensiones</i>	158

21	<i>Ubicaciones de los puntajes medios de la muestra en los baremos correspondientes a la escala DERS en Argentina</i>	159
22	<i>Estadísticos descriptivos de la Escala ECR-RS</i>	160
23	<i>Frecuencias y porcentajes en las puntuaciones de las orientaciones generales de apego evitativo y ansioso</i>	161
24	<i>Estadísticos descriptivos de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas y sus patrones de apego resultantes</i>	162
25	<i>Estadísticos descriptivos de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según género y sus patrones de apego resultantes</i>	163
26	<i>Estadísticos descriptivos de la Escala FACES III y sus dimensiones</i>	164
27	<i>Funcionamiento Familiar percibido por el total de los sujetos de la muestra</i>	164
28	<i>Frecuencias de la cohesión y adaptación familiar según el tipo de familia percibido</i>	165
29	<i>Correlaciones bivariadas entre las variables de la investigación</i>	168
30	<i>Correlación de Pearson entre orientaciones de apegos globales y el funcionamiento familiar percibido (cálculo con la modalidad previa a la actualización del 2014)</i>	172
31	<i>Estadísticas del grupo según género con respecto a las dificultades en la regulación emocional</i>	180
32	<i>Estadísticas del grupo según género en cada una de las dimensiones de las Dificultades en la regulación emocional</i>	180
33	<i>Estadísticas en las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según género</i>	182
34	<i>Estadísticas en las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según situación conyugal</i>	184
35	<i>Estadísticas del funcionamiento familiar percibido según género</i>	185
36	<i>Comparación de medias de dimensión falta de conciencia emocional según los estudios cursados</i>	186
37	<i>Comparación de medias del acceso limitado a estrategias de regulación emocional según ocupación</i>	188
38	<i>Comparación de medias de apego ansioso hacia la madre según ocupación</i>	190
39	<i>Comparación de medias de apego evitativo hacia la pareja según ocupación</i>	190

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

Nº	Título de la figura	Pág.
1	<i>Porcentaje de búsqueda de ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo en consumidores del último año de cocaína, otras sustancias y total de consumidores de último año de cualquier sustancia.</i>	18
2	<i>Mecanismos de control básico que subyacen al sistema de apego</i>	34
3	<i>Modelo integrativo de la activación y dinámicas del sistema de apego adulto</i>	45
4	<i>Organización jerárquica de las representaciones de apego propuesta por Collins and Read</i>	46
5	<i>Modelo modal de la emoción de Gross</i>	52
6	<i>Modelo del proceso de regulación emocional</i>	56
7	<i>Modelo Simplificado de la regulación emocional en Trastornos por el Uso de Sustancias</i>	59
8	<i>Modelo Circumplejo: 16 tipos de sistemas familiares y maritales</i>	70
9	<i>Esquema de atmósferas relacionales propuesto por el Dr. Linares</i>	73
10	<i>Modelo bidimensional de las diferencias individuales en el apego adulto.</i>	88
11	<i>Número de publicaciones que contienen el término exacto de regulación emocional en Scholar Google desde el 1990 hasta el 2012</i>	98
12	<i>Tipos de familia, tipos de funcionamiento general y subtipos de funcionamiento familiar percibido que resultan de los puntajes obtenidos en la escala FACES III</i>	139
13	<i>Composición por género del total de la muestra</i>	144
14	<i>Distribución de frecuencias de edades de la muestra</i>	145
15	<i>Estudios cursados de la muestra</i>	147
16	<i>Frecuencia de ocupaciones referidas por los sujetos de la muestra</i>	148
17	<i>Tipo de trastorno de consumo de sustancias por el cual consultan</i>	150
18	<i>Situación conyugal de los sujetos de la muestra</i>	151
19	<i>Sujetos de la muestra con y sin hijos</i>	152
20	<i>Cantidad de hijos en el total de mujeres y hombres que refirieron tener uno o más hijos</i>	152

21	<i>Frecuencias de madre viva al momento de la administración de las escalas</i>	154
22	<i>Frecuencias de padre vivo al momento de la administración de las escalas</i>	154
23	<i>Subtipos de familias percibidos según las dimensiones: cohesión y flexibilidad familiar</i>	165
24	<i>Aportes del apego evitativo, apego ansioso, y flexibilidad familiar hacia las dificultades en la regulación emocional</i>	174
25	<i>Aportes del apego evitativo en las relaciones cercanas en general, apego ansioso en las relaciones cercanas en general, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia las dificultades en la regulación emocional.</i>	175
26	<i>Aportes del apego evitativo y ansioso en las relaciones cercanas en general, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia las dificultades en el control de los impulsos</i>	176
27	<i>Aportes del apego evitativo, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia la interferencia en las conductas dirigidas a metas.</i>	177
28	<i>Aportes del apego evitativo y ansioso en las relaciones cercanas en general hacia la falta de aceptación emocional.</i>	178
29	<i>Resumen esquemático de los aportes de las dimensiones de inseguridad en el apego y del funcionamiento familiar en las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional</i>	178
30	<i>Comparación de medias de las dificultades en la regulación emocional (escala completa) según género</i>	180
31	<i>Comparaciones de medias de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional por género</i>	181
32	<i>Comparación de medias en las orientaciones de apego en relaciones cercanas según género</i>	183
33	<i>Comparaciones de medias de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según situación conyugal</i>	184
34	<i>Comparación de medias de las dimensiones de funcionamiento familiar percibido según género</i>	185

---

## I. INTRODUCCIÓN

### 1. Marco de referencia y alcance de la investigación

Resulta pertinente comenzar citando un extracto del informe presentado en el año 2011, por la Dirección General de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de Argentina:

*La problemática de las adicciones no reside estrictamente en el consumo de sustancias, sino en la particular vinculación que los individuos sostienen con ellas, en una sociedad y momento histórico determinado. En consecuencia, este fenómeno debe ser entendido como complejo, analizando sus componentes personales, vinculares, sociales, culturales, económicos y políticos que dan cuenta de la necesidad de aproximarse al mismo desde una perspectiva integral. (Ministerio de Salud de la Nación, 2011).*

Como bien señala el párrafo anterior, los problemas de consumo son un fenómeno multideterminado que debe considerarse desde diversas aristas. De los distintos niveles de análisis posibles, el presente trabajo pretende abordar determinados aspectos individuales y relacionales de personas que viven en la ciudad de Mendoza, Argentina, y que presentan trastornos del uso de sustancias, siendo la cocaína aquella sustancia por la cual consultaron a centros públicos de adicciones pertenecientes al Ministerio de Salud provincial. La investigación se enmarca en la órbita de la salud mental, más precisamente desde la epistemología del modelo sistémico en psicología (Ceberio, 1998).

Desde la psicología se ha propuesto que el consumo problemático de sustancias puede estar vinculado a dificultades en regulación emocional (DERS), aptitudes que se adquieren en las relaciones cercanas tempranas de apego (ECR-RS). Y, 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. Por lo tanto, el objetivo principal

de este trabajo fue analizar las asociaciones entre DERS, ECR-RS y FACES III, y el aporte diferencial entre ellas.

El estudio ha sido posible ya que el investigador es Coordinador de uno de estos Centros Preventivos y Asistenciales en Adicciones (CPAA), y para concurrir a realizar el trabajo de campo en distintos CPAA contó con la autorización del Comité de Ética, Docencia e Investigación de la Dirección General de Salud Mental y Adicciones, y del Plan Provincial de Adicciones, pertenecientes al Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza, Argentina. (La autorización se encuentra en el apartado “Anexos”).

Este trabajo es una investigación cuantitativa, la cual, siendo un estudio no experimental, posee un diseño transversal correlacional (Hernández Sampieri, 2014). La recolección de datos se extendió durante los meses de noviembre del 2017 a Julio del 2019. Esto se debe a una particularidad metodológica: la muestra, no probabilística, está compuesta por 183 personas que presentaron problemas de consumo de cocaína al momento de la evaluación y que no se encontraban en tratamiento. El hecho de que no estuviesen en tratamiento responde a la necesidad de que los resultados no se encuentren tamizados por un proceso terapéutico. Para este fin, las mediciones fueron administradas en la primer entrevista de admisión que las personas realizaron en los centros públicos asistenciales en adicciones de la provincia de Mendoza, luego de que un equipo interdisciplinario evaluara a la persona, y determinara que esta presentaba un problema clasificable a nivel diagnóstico como: *Trastorno por Consumo de Sustancias*, según la clasificación diagnóstica del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales, DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013). Otro punto a destacar es que la población que compone la muestra, en su totalidad, no posee obra social, ni ningún tipo cobertura privada en salud. Esto será ampliado en el apartado metodológico de la presente tesis.

En cuanto a los resultados de la investigación, se espera que colaboren en el desarrollo de estrategias terapéuticas con mayores niveles de efectividad en el abordaje de los problemas de consumo, incorporando aspectos que tengan en cuenta la regulación emocional tanto de la persona que presenta el problema como de su entorno familiar.

A su vez, busca arrojar luz sobre la comprensión del desarrollo de problemas de consumo en nuestro contexto local, lo que permitiría construir planes preventivos que involucren el aspecto interpersonal, ya que las tareas de prevención tradicionalmente han apuntado al autocuidado individual, y no así al cuidado vincular desde la infancia temprana, adolescencia o adultez.

También se espera que los resultados proporcionen datos que permitan comprender la escasa adherencia al tratamiento presentada en los problemas de consumo, y las dificultades en la relación terapéutica que suele darse en estos casos. De confirmarse las hipótesis planteadas se podría vislumbrar la necesidad de generar relaciones, tanto institucionales como terapéuticas, con bases seguras, tomando los aportes de la Teoría del Apego y del Modelo Sistémico, y así ofrecer modalidades terapéuticas que feliciten el acercamiento y tránsito de estas personas por espacios de salud. También, en caso de comprobarse las hipótesis planteadas, existirán elementos que puedan tenerse en cuenta a la hora de implementar planes asistenciales sensibles a las necesidades afectivas no solo del paciente identificado sino también de su familia o red social próxima.

## **2. Nomenclaturas y clasificaciones utilizadas**

El concepto de *adicciones* ha mutado a través del tiempo, quizás más que cualquier otra clasificación diagnóstica dentro del campo de la salud mental. Ha pasado por denominaciones que se basan en aspectos religiosos, morales, existenciales, psicológicos, biológicos, o más integrativos como los biopsicosociales (Marín-Navarreten y Szerman, 2015). La revisión literaria demuestra que la clásica designación de *adicción* ha dejado de utilizarse con la misma frecuencia que años anteriores, y que el concepto ha pasado a nombrarse de diversas maneras, coexistiendo en la actualidad diferentes formas de nombrar este constructo.

La última clasificación propuesta en el DSM-V (American Psychiatric Association [APA], 2013) nombra a este cuadro en el idioma inglés como *Substance Use Disorder*, que en su traducción al español puede encontrarse como *Trastornos del Uso de Sustancias o Trastornos por el Uso de Sustancias* (TUS de ahora en adelante). De la misma manera es

designado por la 10ma revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1993). Esa es la denominación que se utilizará aquí para referirse al trastorno en la actualidad, debido a que es la manera en que la definen los dos principales manuales de clasificaciones diagnósticas de las enfermedades mentales a nivel mundial, y también porque así es como ha quedado instalado en los últimos años en los circuitos académicos digitales de mayor relevancia.

Si bien se hará referencia a las adicciones como TUS, específicamente durante el recorrido histórico que se realiza en el marco teórico, el lector observará que se emplean diferentes nomenclaturas al referirse a este concepto. Esto tiene la intencionalidad de mantener las denominaciones mencionadas por los distintos autores, ya que se considera que dichas clasificaciones dan cuenta de los marcos conceptuales de referencia y trazan una impresión de su evolución a través del tiempo, según el contexto en donde se hayan aplicado.

Mencionado esto, también cabe señalar que el universo de los TUS no se remite a un sector de la población específico, sino que abarca los diferentes estratos sociales a nivel mundial, lo que convierte a este trastorno en un problema de salud pública, tal como se verá reflejado en la información surgida de investigaciones que se expone en el apartado siguiente.

### **3. Trastornos del uso de sustancias: un problema de salud pública**

La época que nos encontramos viviendo demanda una mayor y mejor cantidad de investigaciones en una problemática de salud prevalente que se ha extendido en diferentes sectores sociales, géneros, edades, etc., tal como lo indican datos recientes proporcionados por organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales e internacionales. Resulta necesario comprender algunos estadísticos para tener una cabal dimensión del problema de salud pública que constituyen los TUS.

Lo primero que surge como indispensable a conocer, es la relación entre el consumo y las enfermedades no transmisibles (ENT), ya que las ENT son la principal causa de

muerte a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018) y hay un vínculo directo con el consumo abusivo o dependiente de sustancias y las ENT.

Según el Ministerio de Salud de la Argentina (2018), en nuestro país el 60% de las muertes se deben a las ENT y constituyen la principal causa de años potenciales de vida perdidos. Dentro de las ENT se agrupan las enfermedades crónicas no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, y cáncer); los padecimientos mentales y lesiones por causas externas (accidentes, homicidios y suicidios). Estas enfermedades comparten cuatro factores de riesgo en común que resultan de interés en la presente investigación: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, déficit alimentarios, e inactividad física. Además, tienen un doble impacto en la economía del país: por un lado demandan grandes costos en su atención, y por otro alteran la productividad, ya que los principales afectados son personas menores de 60 años.

Puntualmente los trastornos mentales y el consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2016). En cuanto a la región de América, en junio del 2019, se publicó un extenso informe en colaboración entre la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas (CICAD) y la Organización de los Estados Americanos (OEA), donde informaban que el consumo de drogas sigue siendo un problema importante en América, el cual deviene en un desafío para los formuladores de políticas en los más altos niveles. Con respecto a las sustancias consumidas, dicho informe refiere que el tabaco parece ser la única sustancia que muestra disminuciones sistemáticas en su uso a lo largo del tiempo, y en contrapartida el consumo de cannabis está en aumento en la mayoría de los países. La cocaína también muestra un incremento en la mitad de los países, manteniéndose estable en el resto. El informe destaca que, si bien el consumo de drogas ha sido asociado históricamente a los varones, los últimos datos señalan indicadores de consumo en mujeres similares o superiores a los varones en algunas sustancias: uso no médico de medicamentos, opioides, y drogas sintéticas.

En América Latina, Ceberio (2016) señala: “El problema de las adicciones, principalmente a sustancias, desde la pasta base hasta la sofisticación del consumo de

pastillas, ya no distingue grupos sociales, su consumo ha excedido a las clases sociales desposeídas, teniendo así un gran impacto en toda la región”.

Argentina resalta entre el resto de los países, presentando los más altos niveles de consumo de alcohol proporcional de la región, y se posiciona cercano a Estados Unidos como uno de los países con indicadores de consumo de cocaína más elevados. También llama la atención que la Argentina es el único país de Sudamérica donde el consumo de tabaco se ha incrementado, yendo a contramano de lo que ha sucedido en todo los otros países del sur en los últimos 15 años.

Según estadísticas proporcionadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation (Whiteford, H. 2013), en Argentina en el año 2010 la carga de enfermedad por trastornos mentales de AVADS (Años de Vida Ajustados por Discapacidad) era del 10,32%.

La Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR, 2016), en su último informe publicado sobre mortalidad y consumo, refiere que en Argentina las muertes relacionadas con el consumo de drogas en la población de 15 a 64 años para el año 2016 se estimaron en 14.985 casos. Ello representa el 17,5% de las muertes totales para ese grupo de edad y una tasa bruta de mortalidad de 53,6 cada 100.000 habitantes, para el mismo período. De todas esas muertes, un 72,9% corresponde a varones y un 27,1% a mujeres. El 7,9% (1183) fueron atribuibles directamente al consumo, y el 92,1% (13802) relacionadas parcialmente. De ello se desglosa que en un 70,7% (10.600) las muertes fueron asociadas al tabaco, 27,4% al alcohol (4.104) y 1,8% (280) a estupefacientes y otras sustancias de uso indebido. La distribución de las defunciones según causa de muerte, y el peso relativo de las sustancias a cuyo consumo se las asocia, se mantuvo estable en el período entre 2013 y 2016.

Un estudio de amplio alcance, realizado también por SEDRONAR (2017), evaluó la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas en la Argentina, incluyendo a personas entre 12 a 65 años, y se destacaron los siguientes datos:

1) El consumo de alcohol y tabaco presentó las prevalencias más altas, ya sea de vida, año y mes, seguida por el consumo de marihuana; 2) El consumo reciente de alguna

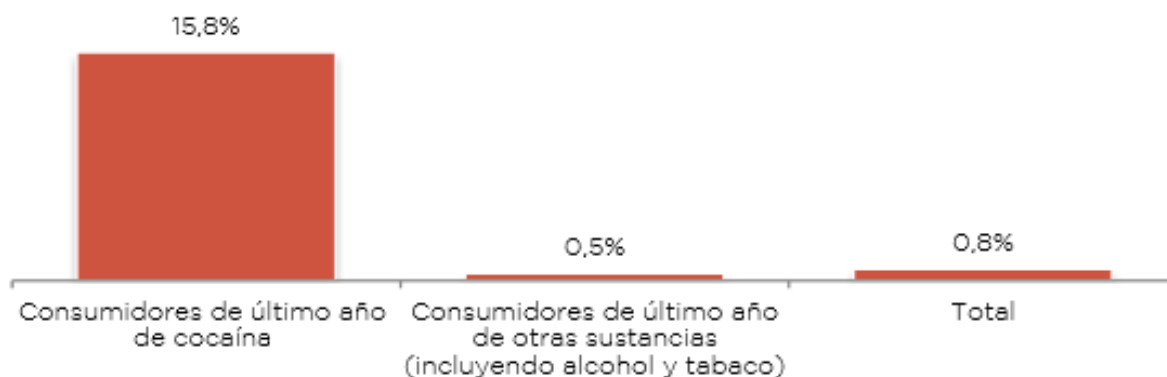
droga ilícita pasó del 3,6% en el año 2010 a 8,3 % en el 2017; 3) Para todas las drogas ilícitas, los varones presentan tasas de consumo superiores a las de las mujeres.

El mismo estudio (SEDRONAR, 2017) dedica un capítulo específico al consumo de cocaína publicado en el 2019, el cual, a los fines de la presente investigación, aporta información de gran interés: El 5,3 % de las personas encuestadas informaron que consumieron cocaína alguna vez en su vida. Esto implica un incremento del 100% con respecto al estudio del 2010, aunque los autores de la investigación informan que no resulta un aumento suficiente para ser estadísticamente significativo. También se registró un incremento tres veces mayor en adolescentes que consumieron cocaína alguna vez en su vida. Las tasas más altas de consumo de cocaína se dan entre los 18 y 24 años, y las prevalencias de consumo de esta sustancia muestran un incremento con el correr de los años, hasta los 34 años donde comienza a decrecer. La prevalencia de consumo de los últimos 12 meses de cocaína no presentó una relación clara con el nivel de estudio alcanzado por las personas. Sin embargo, se observó un mayor consumo entre quienes no se encuentran asistiendo a un establecimiento educativo al momento de ser encuestados. En cuanto a los aspectos contextuales y relacionales, el informe dió cuenta de que el consumo de últimos 12 meses de cocaína fue mayor entre aquellos con uno, dos o más amigos o familiares que consumen alguna droga ilegal, que entre quienes no tienen referentes afectivos que consuma. Por otra parte, las personas que atravesaron algunas situaciones difíciles durante la infancia presentaron prevalencia de consumo de último año de cocaína superior a la prevalencia general. Como así también, entre quienes vivieron situaciones de maltrato y quienes convivieron con familiares con problemas de consumo de alcohol o drogas, la prevalencia fue más del doble que la general.

En lo que respecta al género, de las casi 90 mil personas que se iniciaron en el consumo de cocaína durante el último año, la proporción fue de tres hombres por cada una mujer. El 74,4% de los consumidores de último año de cocaína fueron hombres y el 66,9% de estos tenían entre 25 y 49 años. Aunque, se observó que en la población más joven (hasta los 24 años) la cantidad de hombres y mujeres consumidores es similar, y a partir de los 25 años predominan los consumidores hombres (SEDRONAR, 2019).

Por último, hay un dato que explica que la muestra de esta investigación sea exclusivamente de consumo de cocaína como sustancia que motiva a la consulta. SEDRONAR (2019) refiere que la proporción de búsqueda de ayuda es muy superior entre los consumidores de cocaína que entre los consumidores de otras sustancias, al punto de que los consumidores de últimos 12 meses de cocaína presentaron una tasa de búsqueda de ayuda para disminuir el consumo de sustancias del 15,8%, muy superior a la de los consumidores de último año de otras sustancias, incluyendo alcohol y tabaco. Tal como lo demuestra la siguiente imagen:

**Figura 1.** Porcentaje de búsqueda de ayuda profesional para tratar de disminuir el consumo en consumidores del último año de cocaína, otras sustancias (incluyendo alcohol y cocaína) y total de consumidores de último año de cualquier sustancia. Fuente SEDRONAR (2019)



Otros datos importantes, proporcionados recientemente por el informe de análisis de la situación de salud en la República Argentina (Ministerio de Salud, 2018), refieren que la principal causa de egreso hospitalario en salud mental durante el 2014, ocupando un 30,5% del total, son los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de psicotrópicos, principalmente en hombres con consumo de alcohol.

Ya situándonos en la provincia de Mendoza específicamente, La ENPreCoSP (2011), ubicaba a Mendoza y a Ciudad de Buenos Aires como aquellos dos lugares del país con mayores prevalencias de consumo de bebidas alcohólicas y marihuana. Según SEDRONAR (2016), Mendoza se posicionó significativamente por encima (12,76%) del valor para el total del país en cuanto al consumo de alcohol durante el 2016. También, fue la que puntuó más alto al consulta sobre el consumo sostenido de alcohol en el último mes

al momento del estudio. En lo que respecta al consumo de marihuana y cocaína, presentó niveles similares al promedio del país, ubicándose como la tercera con altos niveles de consumo reciente de marihuana.

Los datos suministrados al investigador del presente trabajo por el observatorio de salud Mental de la Provincia de Mendoza, señalan una diferencia de alrededor del 20% en cuanto a la presencia de problemas de consumo en varones y en mujeres, siendo mayor en el caso de los primeros. También reflejan un alto porcentaje de ausentismo a los centros de tratamiento, dificultando así el tratamiento del problema. En los últimos dos años, debido a la incorporación de evaluaciones de control prenatales por el Ministerio de Salud provincial, se ha detectado una cantidad considerable de mujeres embarazadas con consumo de cocaína, lo que ha generado un acercamiento indirecto de estas mujeres a los centros de tratamiento.

Múltiples lecturas pueden realizarse sobre los estadísticos anteriormente mencionados, y muchos datos quedan fuera del alcance de la tarea que aquí se plantea. No obstante, bastan como muestra con respecto a la magnitud de la problemática, y los beneficios que traerían aparejados en distintas áreas (salud, economía, desarrollo social, etc.) mejores planes de prevención y tratamiento. Esta investigación tiene como anhelo fundamental proporcionar resultados que colaboren en ello.

A continuación, se presenta una reseña de las características clínicas contemporáneas de los TUS, focalizando en aquellos aspectos que fundamentaron la elección de las tres variables seleccionadas para la investigación aquí desarrollada.

#### **4. Tres claves clínicas que fundamentan la investigación**

##### *4.1. Clínica del funcionamiento familiar en los TUS*

Entrando en el terreno clínico, al trabajar de manera cotidiana en el abordaje de las adicciones, se puede observar cómo las personas que presentan un consumo problemático de sustancias van deteriorando su cuerpo, sus relaciones, su economía, y su capacidad productiva. Las consecuencias de los TUS influyen tanto en su persona, como en el

contexto cercano, constituyendo así un problema de salud con repercusiones sociales de diversos tipos: alta tasa de suicidios, accidentes viales, situaciones de violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual, etc.

A su vez, es posible apreciar como determinadas conductas de los allegados a los “pacientes identificados” (Ceberio, 1998) pueden favorecer la aparición del problema, o incluso sostenerlo en el tiempo. Frecuentemente, resulta difícil precisar si estas conductas de los familiares precedieron a la disfuncionalidad del sistema, o si las reacciones disfuncionales del sistema, en un desfavorable intento de respuesta adaptativa, se deben a la aparición y descubrimiento de un problema grave y agudo como son los TUS. Desde la óptica sistémica, más allá del punto de inicio, lo importante es el juego recursivo que, de manera homeostática, sostiene y empeora el trastorno. También, la rigidez frente al cambio que exige el ciclo vital, o el caos familiar, que llega incluso a requerir límites por parte de instituciones externas al núcleo familiar, son dos constantes en la clínica de las adicciones. Desde que empezó a estudiarse la función de la familia en las adicciones, hasta la actualidad, la disfuncionalidad familiar ha sido un fenómeno recurrente en estos cuadros. Pero, debido a los grandes cambios que se han dado en las últimas décadas, tanto en las configuraciones relacionales como en los hábitos de consumo, es necesario detenerse a reflexionar sobre algunos aspectos que dieron lugar a incorporar la variable “funcionamiento familiar” en la presente investigación.

Las personas tradicionalmente consideradas adictos, ¿continúan presentando las mismas características que años atrás? Ya Cancrini (1988) mencionaba que, por ejemplo, en Italia hubo un momento en que la adicción a las drogas se limitaba a un grupo social específico, o a individuos cuyo comportamiento anormal era patente antes de que tomaran drogas, pero que la dependencia de la heroína, que aparecía a finales de los 80, comenzaba a afectar a una gran proporción tanto de la población joven como de la población adulta. Asociaba este fenómeno a la relativa facilidad de acceso a las drogas, que había llevado a una situación en la que la dependencia a las drogas enmascaraba y compensaba parcialmente una amplia gama de problemas personales y familiares.

Aquellos sujetos percibidos como impulsivos, compulsivos, sin delirios, con rasgos psicopáticos y con una personalidad claramente definida como narcisista, ¿continúan siendo los únicos privilegiados de poseer el mote de “adictos”? Más bien, parecería que en la actualidad el consumo de sustancias puede presentarse en todas las estructuras de personalidad (Linares, J. L. comunicación personal, 24 de Marzo del 2018).

Los profesionales que leen este apartado, y que se encuentran activos en su labor clínica, tanto en lugares públicos como privados, seguramente habrán notado un incremento de distintos trastornos psicopatológicos que, a su vez, presentan Trastornos por el Uso de Sustancias. Hoy podemos ver psicóticos dependientes al consumo de marihuana, trastornos limítrofes de la personalidad haciendo abuso del alcohol, neuróticos con un consumo de cocaína asociado a dificultades de la vida cotidiana y, por supuesto, psicópatas ingiriendo de las más variadas sustancias clásicas y modernas, y a su vez, provocando que los demás las ingieran.

En la misma dirección reflexiva, las familias actuales de los históricos adictos, ¿Continúan presentando la misma configuración que tiempo atrás? La identificación de un único individuo del sistema, al cual se podía diferenciar como “el adicto de la familia”, resulta menos frecuente que antes. Y si bien continúa siendo usual atender familias con la típica organización y dinámica: mamá absorbente, papá periférico, problemas en la emancipación, y el consumo únicamente como síntoma visible en el hijo de un conflicto conyugal entre sus padres (Kaufman y Kaufman, 1979; Harbin y Maziar, 1975; Haley, 1980), en la actualidad esta estructura parece no ser la única en esta problemática. Más bien, en el 2020 vemos que a esas formas familiares se le suman múltiples miembros del sistema familiar con abuso de sustancias, llegando a mantener el mismo síntoma durante tres generaciones, o más, y la presencia de una gran cantidad de conductas compulsivas en los distintos individuos de la familia: al sexo, trabajo, compras, tecnología, internet, juegos, ejercicio físico, etc.

A nivel social, resulta muy difícil no asociar estas modificaciones en las adicciones tradicionales a las vacías promesas de felicidad de la posmodernidad. La mayor productividad, los avances tecnológicos, la globalización, las redes sociales, los modelos

capitalistas, ni los comunistas, han colaborado en disminuir la aparición del problema del uso de sustancias, si no por el contrario, lo han fomentado (Cirillo, Berrini, Cambiaso, y Mazza, 1996).

Actualmente el consumo de sustancias, objetos, actividades y personas, se ha extendido en todo el mundo, con inicios a edades cada vez más tempranas, y tornándose un fenómeno cultural a través del cual se pertenece, se incluye o excluye a las personas. Frente a la presencia de estas modificaciones expuestas sucintamente, ¿No resulta necesaria una revisión y actualización de los postulados sobre el funcionamiento familiar en trastornos del uso de sustancias? Ese es uno de los cometidos del presente trabajo, y para ello, se utilizó la Escala FACES III (Olson, D. H., 1986), validada en la Argentina. El motivo de la utilización de dicha escala, existiendo ya una cuarta versión, se explica en el apartado metodológico, que el lector encontrará posteriormente a los antecedentes de investigación.

#### *4.2. Clínica de los estilos de apego y la regulación emocional en los TUS*

También quienes trabajan a diario en el abordaje clínico de los problemas de consumo, pueden encontrar con frecuencia 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. La regulación emocional es un proceso de aprendizaje relacional y se encuentra directamente ligado al sistema de apego, como se explicará brevemente a continuación para, posteriormente, profundizar esto en el marco teórico.

Gratz y Roemer (2004) proponen un modelo integrador del constructo “regulación emocional”. Mencionan que no solo 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.

Por otra parte, Bowlby (1969, 1982), desarrolla la Teoría del Apego, donde propone que los humanos poseemos un sistema regulador de apego, el cual se activa en momentos de malestar emocional tendiendo a apoyarnos en personas cercanas para conseguir alivio,

consuelo, y así poder continuar explorando el mundo. A su vez, Bowlby refiere que la relación con estas figuras de apego construye nuestros modelos operantes internos (representaciones mentales) desde nuestra infancia hasta la adultez.

Ainsworth & cols. (1978) tras diseñar el estudio de la *situación extraña*, estipulan que el sistema de apego puede subdividirse en distintos estilos y subestilos. Dentro de los *Estilos de Apego Inseguro* encontraremos a los ‘Inseguros evitativos’, y a los ‘Inseguros Ansiosos’, y por otra parte se encuentran el *Estilo de Apego Seguro*. La diferencia básica entre ellos consiste en la efectividad para encontrar calma, y la posibilidad de continuar explorando el mundo sin desbordes ni distancias excesivas emocionales. La teoría del Apego proporciona un marco para comprender el desarrollo de determinadas pautas de regulación emocional en la vida de una persona (Vetere & Dallos 2009), y el modelo propuesto por Gratz (2004), otorga un marco para poder discriminar dificultades en la regulación de las emociones. Ambos postulados poseen un sustento teórico de muchos años de desarrollo y una gran cantidad de investigaciones que avalan sus enunciados.

Una pregunta que se desprende de esto es ¿Qué relación existe entre los estilos de apego y las dificultades en la regulación emocional en personas con problemas de consumo de cocaína? Es por ello que esta investigación también evaluará si existe una asociación entre estilos de apego y dificultades en la regulación emocional en adultos con consumo problemático cocaína. Los instrumentos utilizados para este fin han sido el Questionnaire Self-reportmeasures of Adult Attachment (ECR-RS, Fraley 2011), la Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS, Gratz and Roemer 2004), los cuales, al igual que la escala FACES III, han sido validados en Argentina, presentando a su vez buenos indicadores de confiabilidad.

La importancia básica de estudiar estas tres variables (funcionamiento familiar, estilos de apego, y regulación emocional) radica en que los tres conceptos son plausibles de modificarse favorablemente, virando hacia posiciones más saludables, mediante planes preventivos y programas terapéuticos que los incluyan, tanto para la sociedad en general, como para la población clínica que es atendida en los centros asistenciales en adicciones. Y esto podría tener un doble impacto positivo para la salud pública: reducir factores de riesgo

que aparecen en asociados a las ENT como se señaló al inicio de esta introducción, y colaborar en la reducción de la demanda de sustancias, una política de drogas que actualmente persiguen todos los países desarrollados.

A continuación, se desarrollará el Marco Teórico que da sustento a las variables examinadas, y a la relación existente entre ellas. Luego se describirán los antecedentes de investigaciones realizadas, para posteriormente pasar al planteo del problema y detallar la metodología implementada. Finalmente el lector encontrará los resultados de la presente investigación y las principales conclusiones extraídas de ellos. Los anexos, que incluyen las escalas implementadas, pueden ser ubicados después de las referencias bibliográficas que se encuentran al finalizar las conclusiones.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. Enfoque complejo de los trastornos adictivos y relacionados a sustancias

Como fue anticipado en la sección anterior, el término “adicción” ha sufrido grandes modificaciones a través del tiempo y de las regiones en donde ha sido utilizado. Si bien, ya en la antigüedad se registra el uso de sustancias socialmente aceptadas para fines religiosos, medicinales o recreativos, es desde el siglo XVII que comienza a discutirse la pérdida del control asociada al consumo, idea que va a dar origen al concepto de adicción (M. Crocq, 2007). Esta dificultad en el comportamiento fue inicialmente explicada desde puntos de vista morales, pasando por descripciones puramente médicas psiquiátricas, luego psicológicas, sociales y recientemente neurobiológicas. De esta manera, no solo encontramos diferencias y cambios en las nomenclaturas utilizadas, sino también en la comprensión de lo que implica el fenómeno de las adicciones.

La quinta y última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, APA, 2013), en su apartado *Trastornos adictivos y relacionados con sustancias*, define al Trastorno por el Uso de Sustancias (TUS) como un “patrón problemático de consumo de drogas, que conduce a un deterioro o angustia clínicamente significativos” (American Psychiatric Association, 2013, p. 481). El trastorno, es caracterizado por la presencia de síntomas que incluyen: la tolerancia a la sustancia; abstinencia; el uso continuo a pesar de querer parar y del conocimiento de las consecuencias negativas; una importante pérdida del control con respecto a los deseos de consumo; y un incremento en el consumo de sustancias. Como se aprecia en la denominación de la categoría que los engloba, en esta edición se ha dado lugar a la inclusión de comportamientos adictivos, aunque solamente incluye el *Gambling disorder* o trastorno por el juego de apuestas, quedando por fuera otras adicciones conductuales, tales como el consumo problemático de internet, sexo, compras, etc. (Cía, 2013).

Mark Griffiths (2005) en un artículo ampliamente replicado, refiere que hay un movimiento creciente que considera una serie de comportamientos como potencialmente adictivos, incluidos muchos que no implican la ingestión de una droga (como el juego, uso

de internet, sexo, etc.). El autor argumenta que todas las adicciones consisten en una serie de componentes comunes distintos:

- Saliencia: cuando la actividad en particular se convierte en lo más importante en la vida de la persona, y domina su pensamiento, sentimiento y conducta.

- Modificación del estado del ánimo: la droga o actividad de elección modifican el estado de ánimo ya sea por incremento de la excitación, detención del sentir, sensación de escape, entumecimiento, etc. En esencia, muchos adictos usan sustancias y comportamientos para producir cambios confiables y consistentes en su estado de ánimo como una estrategia de afrontamiento para ‘automedicarse’ y sentirse mejor en el proceso.

- Tolerancia: proceso por el cual se requieren cantidades crecientes de la actividad particular para lograr los efectos iniciales. La tolerancia puede implicar, por ejemplo, en el caso del juego patológico que el jugador tenga que aumentar la apuesta para sentir la misma adrenalina, o en el caso de consumo de cocaína que tenga que aumentar los gramos consumidos para sentir ese efecto inicial deseado.

- Abstinencia: se refiere a las sensaciones desagradables y/o efectos físicos que ocurren cuando la actividad particular se suspende o se reduce repentinamente. Tales efectos de abstinencia pueden ser psicológicos (por ejemplo, mal humor e irritabilidad extremos) o más fisiológicos (por ejemplo, náuseas, sudores, dolores de cabeza, insomnio y otras reacciones relacionadas con el estrés). Y se da tanto en consumo de sustancias como en conductas adictivas.

- Conflicto: conflicto entre el adicto y quienes lo rodean, o con él mismo, asociado a la actividad adictiva en particular. La adicción termina comprometiendo las relaciones personales, laborales, educativas, etc.

- Recaída: tendencia a que se repita el comportamiento, aún habiendo pasados periodos más o menos extensos de abstinencia a control.

Griffiths (2002) ha argumentado que todos estos componentes deben estar presentes para que un comportamiento se defina operativamente como adictivo. También refiere (Griffiths, 2005) que las adicciones son parte un proceso biopsicosocial, y que cada vez hay más evidencia de que los comportamientos excesivos de todo tipo parecen tener muchos

puntos en común. El autor menciona que el estudio del comportamiento adictivo debe basarse en un enfoque ecléctico, y que la comprensión de estos puntos en común pueden colaborar no solo en el tratamiento de estos cuadros sino también en la manera en que el común de la gente percibe tales comportamientos. Griffiths concluye explicando que debido a que las adicciones no pueden ser abordados desde una sola perspectiva teórica ya que son un fenómenos multifacéticos y fuertemente influenciado por factores contextuales. La investigación y las intervenciones clínicas tienen un mejor fundamento cuando se apoyan en un enfoque que incorpore la relación entre la psicología, biología y sociología contemporáneas, proponiendo así un modelo complejo de sistemas de adicción (Griffiths & Larkin, 2004)

En la primera revisión sistemática de literatura electrónica sobre el concepto de adicción, Sussman, S. & Sussman, A. N. (2011) refieren que en su origen la palabra ‘adicción’ simplemente denotaba estar altamente dedicado a una persona o actividad. Según los autores, es en los últimos 400 años cuando se comienza a asociar a una necesidad fuerte y abrumadora, y ya en los últimos 200 años la palabra ha ido adquiriendo connotaciones cercanas a la enfermedad. La mayoría de las conceptualizaciones refieren un desequilibrio del sistema nervioso central, y estas definiciones se remontan a la época del 1700. Recientemente es comprendido como un acontecimiento de bases neurobiológicas, donde interactúan componentes genéticos y ambientales. Los autores refieren que, de la revisión realizada con respecto al concepto de adicción, surgen cinco componentes que proporcionan una comprensión razonable de lo que pretende el concepto de adicción:

- 1) Compromiso del comportamiento para lograr los efectos que se desean: las conductas adictivas tienen un proceso de desarrollo. Tras el inicio del proceso adictivo se persigue un curso de acciones destinadas a conseguir el efecto deseado, ya sea hedonista (abuso de sustancias, sexo, juegos de azar), nutritivos (ayuda compulsiva, adicción al trabajo, ejercicio, etc), cumplir fantasías, u olvidar acontecimientos dolorosos. El proceso adictivo se desarrolla en algunas personas, no en todas, y pueden apreciarse diferencias individuales previas a la aparición de la adicción, tales como el ‘sentir diferente’ que muchos adictos han reportado antes de desarrollar adicciones identificables. Esto incluye el

sentirse incómodos, solos, incompletos, inquietos, etc. Una vez que se intenta un comportamiento que disminuye esa incomodidad básica, el proceso adictivo comienza. En el otro polo, está quienes no refieren sentirse diferentes. En este caso las personas encuentran en los comportamientos adictivos una diferencia positiva entre su estado afectivo basal y las sensaciones agradables que sienten luego de realizar el comportamiento potencialmente adictivo, sobre todo en aquellas personas con propensión a una adicción.

2) Preocupación por la conducta adictiva: pensamientos excesivos con respecto a la realización del comportamiento adictivo; deseos intensos de concretarlo; gran cantidad de tiempo que dedica la persona a planificarlo y a recuperarse del mismo; a la vez que resta tiempo a otras actividades, extendiéndose así a varias dimensiones de la vida. La tolerancia y la abstinencia pueden considerarse dos aspectos que incluye esta categoría. La tolerancia refiere la necesidad de realizar el comportamiento a niveles mayores que en el pasado para conseguir el mismo efecto. Mientras que la abstinencia se refiere a las molestias fisiológicas o adquiridas que se experimentan al terminar abruptamente un comportamiento adictivo.

3) Saciedad temporal: después de una aparición aguda del comportamiento adictivo se da un momento de saciedad que ‘apaga’ los deseos de realizarlo, aunque de breve duración, para luego regresar el deseo con la misma o más intensidad.

4) Pérdida del control: la dificultad para abstenerse de una conducta adictiva, a pesar de intentar hacerlo, puede ser central para el aspecto de la pérdida de control de las adicciones. Aunque también se encuentran posturas diferentes al respecto, tal como se describe más adelante.

5) Consecuencias negativas sufridas: En general, en algún momento aparecen las consecuencias negativas debido a una conducta adictiva, ya sea malestar físico, desaprobación social, pérdida financiera, disminución de la autoestima, o todas ellas. Continuar realizando el comportamiento adictivo a pesar de las consecuencias negativas ha sido a menudo un criterio de dependencia. Detener el comportamiento adictivo se torna difícil por múltiples razones (personales, sociales, familiares), que van más allá del efecto

de saciedad buscado. Las consecuencias negativas varían según el contexto, las leyes y costumbres de cada lugar.

Los autores realizan una interesante reflexión final:

*Ciertamente, para definir la adicción de una manera significativa e importante (es decir, no una simple lexicografía) es necesario desarrollar una teoría sustantiva bien confirmada, tal como la definición del agua requiere una teoría química. Definición, construcción de teoría y confirmación no son actividades separadas. Y, es muy posible que no haya una teoría que pueda justificar un concepto preciso de adicción que cubra todos los fenómenos de preocupación, incluida la inclusión de los cinco elementos definitorios. (Sussman, S. & Sussman, A. N. (2011))*

Con respecto al control de los impulsos, en la literatura sobre adicciones el aspecto que marca la diferencia entre un uso voluntario de sustancias y la dependencia patológica, es el compromiso del autocontrol de la persona que consume, lo que le imposibilitaría evitar el acto de consumir. Aunque también autores como Bennett Foddy & Julian Savulescu (2010) cuestionan esta tesis y los postulados biologicistas que afirman que las adicciones son una enfermedad crónica causada por un daño cerebral. Los autores mencionan que, tras realizar un análisis de gran cantidad de investigaciones, encuentran incompatibilidades entre la reducción del autocontrol y la evidencia disponible, y a su vez, sesgos basados en creencias populares que dan lugar a interpretaciones erróneas. Reafirman la idea mencionando diversas investigaciones dan cuenta que la planificación previa al acto de consumir requiere de un control que sí es posible realizar por la persona, y que, si bien la sustancia interviene en el sistema de recompensa neurológico, no así lo hace en los sistemas que involucran la planificación, ni sistemas motores de acción. También mencionan que las modificaciones que se dan a nivel cerebral se deben a la frecuencia del uso de ciertos sistemas, como el de recompensa, pero que eso no necesariamente está vinculado a la química de la sustancia, ya que dichos mecanismos también son utilizados con frecuencia en actividades que no implican consumo de sustancias, pero que esto no ha sido suficientemente analizado debido a los prejuicios existentes sobre los adictos y el clima científico que se ha generado en torno a ellos. Sugieren que los adictos son autónomos en su comportamiento adictivo, a falta de más pruebas de lo contrario.

Similar a esta posición es la planteada por Coletti (Red Relates, 2017), quien critica firmemente la postura de considerar a las adicciones exclusivamente como una “enfermedad del cerebro recidivante y crónica” como plantean American Society of Addiction Medicine (2011). La crítica tiene el argumento de que tal consideración no da lugar a intervenciones terapéuticas posibles, salvo el uso de fármacos. Menciona que es necesario diferenciar entre enfoques apoyados en las neurociencias y aquellos que surjan desde un neurocentrismo, fundamentalmente en estos trastornos. Afirma que postulados de tal magnitud se encuentran apoyados en los intereses de los grandes laboratorios, y no en la evidencia clínica, evidencia que da cuenta de la influencia familiar al comienzo y durante el desarrollo de la adicción, y la importancia de esta en el acompañamiento del tratamiento.

De igual manera, Becoña (2016), en su artículo titulado *La adicción “no” es una enfermedad cerebral*, concluye que el aporte psicológico a la comprensión de las adicciones ha sido central y que el reduccionismo biológico “cerebrocentrista” no está justificado, y no resulta útil ni adecuado para las personas con trastornos adictivos ni para la prevención de la adicción.

La historia demuestra que nuestra relación con las sustancias está determinada por múltiples factores, y que la aparición de un problema de consumo no tiene que ver exclusivamente con la sustancia, sino con la manera en que la persona la usa, y la función que la sustancia cumple en su vida. Desarrollar un trastorno por consumo de sustancias tiene una etiología compleja, aspecto que queda demostrado entre las oscilaciones de explicaciones que encontramos en la literatura (M. Crocq, 2007).

Al respecto, un error histórico ha sido describir fenómenos complejos desde una perspectiva lineal, sin tener en cuenta los distintos niveles de análisis posibles y la relación entre ellos. En este sentido, el modelo sistémico aporta un marco de referencia amplio, que permite la comprensión desde un punto de vista complejo (Bateson, 1972.; Edgar Morín, 1994.) integrando diversas posibilidades de entendimiento y abordaje del problema. Es por ello, que ese ha sido el modelo desde el cual se basa la presente investigación, donde se incluye una variable estrictamente sistémica: *Funcionamiento familiar*; otra que abarca aspectos relacionales pero también evolutivos, etológicos y psicodinámicos: *sistema de*

*apego*; y una variable fundamentalmente estudiada por investigadores del desarrollo psicológico: *regulación emocional*. Las tres variables serán detalladas a continuación, desde sus marcos conceptuales de referencia hasta las investigaciones realizadas al respecto en los últimos años.

## **2. Influencias previas en el desarrollo de la Teoría del Apego**

John Bowlby, padre de la Teoría del Apego, ya desde el apartado agradecimientos, de su obra *El Apego*, Volumen 1 (1969), refiere que su esquema teórico elaborado procede en parte del psicoanálisis y en parte de la etología. Y agrega, que su trabajo inicia desde un punto de vista distinto al tradicional en psicoanálisis (método de reconstrucción histórica), al comenzar desde la observación de la conducta en la relación madre-hijo, frente a la separación y unión entre ambos. No toma como punto de partida los síntomas y su análisis en retrospectiva, sino que toma las experiencias infantiles como aspectos nodales en el desarrollo de la personalidad. Así, busca describir pautas de reacción regulares para rastrear pautas similares en el funcionamiento posterior.

Las mayores influencias (Paolicchi, G. Cortada, K, 2014) provienen de Konrad Lorenz (Etólogo) y Charles Darwin (Naturalista), Harry Harlow (psicólogo) y von Bertalanfy (Filósofo), aunque también Bowlby reconoce influencias de Winnicott (función de sostén) y Spitz (organizadores internos). Lorenz propuso el concepto de *Imprinting* a la búsqueda de proximidad del cuidador que va más allá de las necesidades nutricias. Harlow desarrolló el concepto de *madre suave* luego de su trabajo con monos Rhesus, postuló que la ausencia de contacto suave de la cría con su madre repercute en diversas funciones orgánicas, concluyendo que existe una necesidad de contacto cálido innata superior a la de la alimentación. De von Bertalanfy toma Bowlby los enunciados de la *Teoría general de los sistemas*, al incorporar los mecanismos de control en el sistema de apego, mencionando que según la información de retorno que emite el cuidador con sus respuestas, el niño ira ajustado su repertorio conductual de aproximación.

Con respecto a las influencias de la TDA Vetere & Dallos (2009) refieren

Bowlby (1988) fue un ecléctico que recurrió a la teoría sistémica, así como a ideas evolucionistas, la psicología cognitiva y también, aunque en modo alguno de forma exclusiva, a la teoría de las relaciones objetales. (Vetere & Dallos, 2009. p. 19).

En la misma línea, Fraley y Shaver (2000), plantean que la teoría del apego es intelectualmente rica, ya que combina datos e ideas tan diversas como la etología, psicología fisiológica, teoría de los sistemas, psicología del desarrollo, la ciencia cognitiva y el psicoanálisis. Shaver y Mikulincer (2009) afirman que la TDA es una de las más exitosas teorías psicológicas, siendo aplicada por todo tipo de psicólogos: clínicos, del desarrollo, investigadores, de la personalidad y sociales, y también por aquellos que estudian grupos y organizaciones.

Cócola (2017) menciona que se puede apreciar en la TDA un gran eclecticismo en las fuentes donde el autor se apoya, y sorprende que prácticamente sólo el psicoanálisis haya sido el modelo psicológico que hizo usufructo de los postulados de la TDA en sus aplicaciones clínicas.

### **3. La Teoría del Apego**

La Teoría del Apego (TDA), inicialmente desarrollada por John Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), sugiere que tanto en humanos, como en otras especies de mamíferos, existe un sistema innato de aproximación a determinadas figuras cercanas en momentos de malestar emocional, al cual denominó *sistema de Apego*. Este sistema se conforma fundamentalmente entre los seis meses y cinco años de vida, siendo las figura de la madre, el padre, o cuidadores, las más relevantes<sup>1</sup>. La aproximación incluye elementos pragmáticos, cognitivos y emocionales, que tienen el objetivo de buscar alivio, calma y

---

<sup>1</sup> Bowlby (1982) aclara que aunque en su obra se habla permanentemente de la “madre”, debe interpretarse como referencia a la persona que brinda cuidados y afecto al niño, y con la cual éste desarrolla un vínculo afectivo.

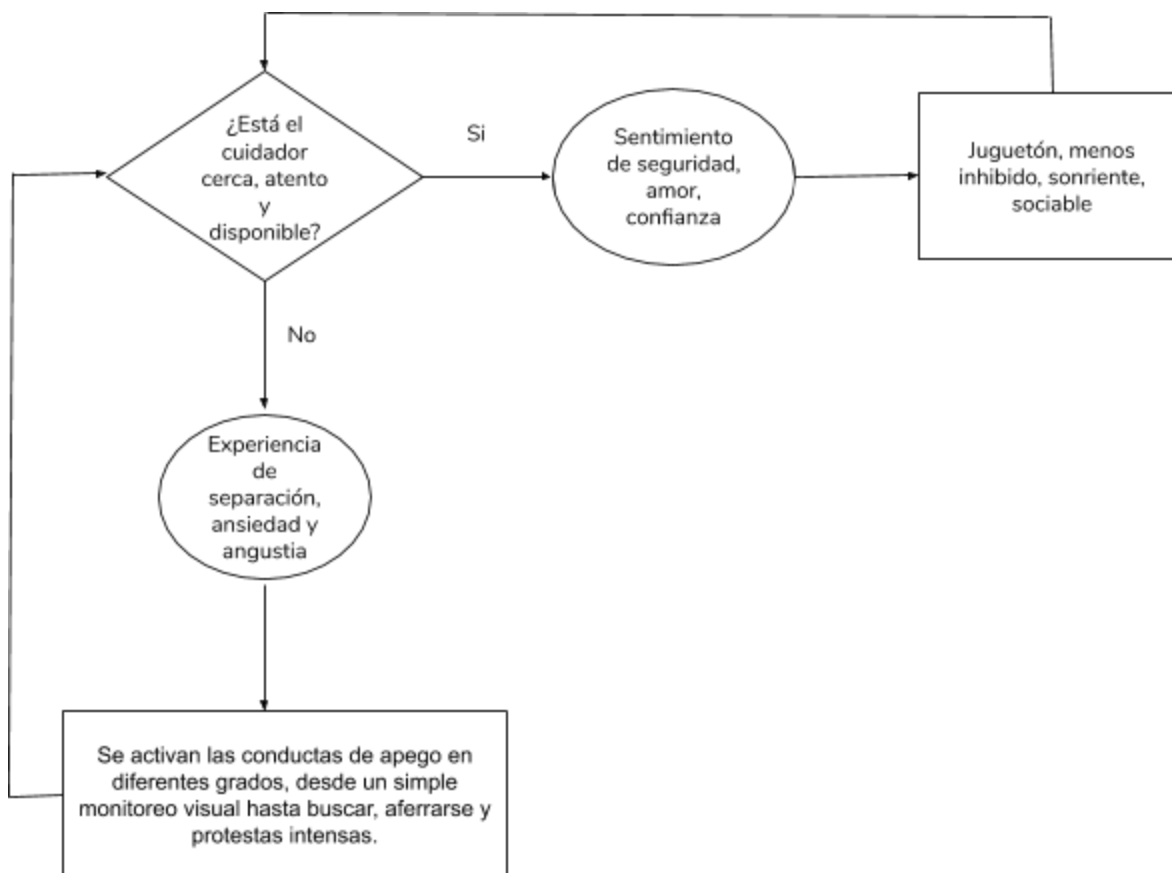
generar confianza para que el niño pueda continuar explorando el mundo que lo rodea. El objetivo natural del sistema de apego es incrementar en una persona la sensación de seguridad, transmitir que el mundo es un lugar seguro donde se puede acudir a otros para recibir apoyo, explorar el entorno con confianza, y comprometerse en distintas actividades sociales y no sociales sin temor a salir lastimado (Shaver y Mikulincer, 2009).

En este modelo teórico se plantea la necesidad innata en todos los seres humanos de mantener vínculos estables, cercanos y duraderos, en los cuales se puede encontrar apoyo y consuelo que garanticen protección y la supervivencia (Bowlby 1969, 1980). Las acciones de aproximación responden a la expresión externa de las representaciones internas de la figura de apego, del ambiente y del self. Las respuestas de atención y cuidado de la figura de apego permiten a reducir el riesgo de daño físico y psicológico en quien es cuidado, proporcionando alivio y seguridad. LA TDA resalta la necesidad fundamental de establecer relaciones íntimas, no patologiza la dependencia relacional, sino que la entiende como un resuelto acto de integración (Vetere & Dallos, 2009).

Bowlby en 1998 refiere: “El hambre que tiene el niño pequeño del amor y de la presencia de su madre, es tan grande como su hambre de alimentación” (Bowlby, 1998, p.22). De esta manera, se diferencia de las teorías psicoanalíticas y conductistas tradicionales, las cuales consideraban que el vínculo con la madre se daba producto de la alimentación brindada por ella. Por el contrario, refiere que el apego es un sistema innato motivacional basado en la necesidad de conexión humana a los fines de obtener la protección que permita su desarrollo.

Tal como señala Ceberio (2014), el núcleo duro de la teoría del apego consiste en entender que un ser humano desde su nacimiento necesita desarrollar una relación con al menos un cuidador principal con la finalidad que su desarrollo social se produzca con normalidad. Explica el autor, que esto quiere decir que el establecimiento de este primer vínculo sienta las bases de la seguridad del niño pero también signa la futura seguridad del adulto, y por lo tanto, demarca gran parte de la dinámica de largo plazo de las relaciones entre los seres humanos.

Fraley y Shaver (2000) describen los mecanismos de control básico que subyacen a la conceptualización de Bowlby del sistema conductual de apego en los niños:



**Figura 2.** Mecanismos de control básico que subyacen al sistema de apego. Fuente: Fraley & Shaver, 2000.

Tal como ilustra la figura N° 2, según Bowlby, el sistema de apego se hace la pregunta fundamental: ¿La figura de apego está cerca, accesible, y disponible? Si la respuesta es “sí”, la presencia del cuidador contribuirá en que el niño o niña se sienta amado, seguro y confiado y es probable que, a nivel conductual, explore su entorno y sea sociable. De lo contrario, cuando la respuesta es “no”, el niño o niña experimenta ansiedad y una serie de conductas de apego son puestas en marcha, las cuales podrán incrementar la intensidad en tanto no sea calmada la necesidad primaria de apego. Los comportamientos continúan hasta que el niño puede restablecer un nivel deseable de proximidad física o psicológica con la figura de apego, o hasta que el niño se “desgasta”, como puede suceder

en un contexto de separación o pérdida prolongada de dicha figura. En estos casos, Bowlby creía que podía devenir la desesperación y la depresión (Bowlby, 1980).

Bowlby (1982) indica que el temor que con mayor frecuencia se procura ignorar u ocultar, es aquel que se desprende de la inaccesibilidad o falta de respuesta de la figura de apego. Con respecto específicamente a la *disponibilidad de la figura de apego* menciona que la simple accesibilidad no es suficiente, sino que debe estar dispuesta a responder de manera adecuada, lo que quiere decir, con respecto a una persona que sienta miedo, protegerla y brindarle consuelo. Así, la figura de apego se encuentra a disposición sólo cuando se dan esas dos condiciones: que sea accesible y dispuesta a responder de manera sensible, ya que la figura de apego puede estar físicamente accesible, pero emocionalmente ausente. A partir de esto, el autor refiere que su tesis con respecto a los temores por la separación se sostiene en tres postulados fundamentales:

- 1) Cuando un individuo confía en que va a contar con su figura de apego siempre que lo necesite será menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos, que otras personas, que por diversas razones no tienen ese grado de confianza.
- 2) La confianza en las figuras de apego se adquiere gradualmente durante los años de inmadurez (infancia y adolescencia), y tienden a subsistir sin mayores cambios durante el resto de la vida.
- 3) Las expectativas con respecto a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego constituye un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

Tal como explica Paolicchi, G. Cortada, K. (2014) la teoría del apego postula que cuando se instaura como pauta relacional la falta de disponibilidad emocional por parte del cuidador, como así también la dificultad para reconocer las necesidades afectivas del niño y actuar en consecuencia, esto tiene graves efectos en la salud mental del niño e influye en el despliegue de su personalidad. Diversos cuadros psicopatológicos han sido asociados a déficit en los cuidados emocionales de los niños.

El sistema de apego está compuesto por una estructura organizada de representaciones mentales con respecto a sí mismo, y a la disposición de los otros significativos para con él en momentos donde la protección es necesaria, y a la relación existente entre la persona y su principales figuras de apego. Esta organización de representaciones fue llamada *Internal Workings Models* (Bowlby, 1969/1982) o *modelos operantes internos* (MOI). Los mismos se configuran conforme a como se desarrolle la relación entre el niño y sus figuras de apego. Estos modelos constituyen una representación interna, basada en las experiencias reales, acerca de quiénes son sus figuras de apego, donde puede encontrarlas y de qué manera previsible pueden responder. De la misma manera, en el modelo del sí mismo que construye la persona un aspecto clave es su criterio sobre la aceptabilidad o inaceptabilidad de su self “a los ojos de la figura de afecto”. Esta organización interna es un rasgo esencial y permanente de la personalidad del niño y futuro adulto (Bowlby, 1969).

Los MOI también interfieren en los procesos que influyen en la información a la cual atienden las personas, cómo interpretan los eventos en su mundo, y que recuerdan de ellos. Se basan en la hipótesis de que operan por fuera de la conciencia consciente, y que debido a que operan bajo el principio de asimilación, dirigiendo tanto la atención como el comportamiento, tienden a permanecer estables en el tiempo, aunque pueden cambiar bajo ciertas condiciones (Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F., 2000). También se cree, que el contenido de los MOI incluye el conocimiento sobre los detalles (qué sucedió, dónde, y con quién), de las experiencias interpersonales, y de las emociones (felicidad, miedo, ira) asociadas a esas experiencias (Bretherton, 1985).

Un gran capítulo dentro de la teoría del apego le corresponde a Ainsworth, M. Blehar, M. Waters, E y Wall, S. (1978), quienes distinguieron tres estilos clásicos de apego, a los cuales se le agregó un cuarto estilo en posteriores investigaciones. Todo el estudio posterior que ha sido realizado referente a los estilos de apego, se basan en esta categorización inicial. La tabla que se encuentra debajo describe dicha clasificación.

Tabla 1. Tipología Clásica de los Estilos de Apego (Fuente: Ainsworth, 1978)

ESTILOS DE APEGO	
SEGURO	INSEGURO
B) Seguro	A) Ansioso C) Evitativo D) Desorganizado (Main & Solomon, 1986.)

Ainsworth & et al. (1978), basándose en los descubrimientos realizados por Ainsworth en 1967 mientras estudiaba la crianza de bebés en Uganda, diseñaron un experimento que se denominó: *la situación extraña* el cual posibilitó estudiar de una manera sistemática la relación de apego entre el niño y su mamá en momentos de malestar emocional.

El estudio consistía en situar a bebés de 12 meses junto con sus madres en una habitación desconocida para ellos. Sistemáticamente, la mamá se retiraba y reingresaba a la habitación a consolar al niño tras quedarse solo. Luego, una persona desconocida también ingresaba en la sala, e intentaba consolar al niño cuando su madre se retiraba. Así, fueron tipificadas las reacciones tras la separación y las que acontecían en el encuentro entre el niño y su mamá. En la situación extraña, la mayoría de los niños (60%) exhibieron reacciones similares, evidenciando enojo cuando la madre se retiraba pero buscándola activamente y obteniendo consuelo y calma cuando regresaba. Estos niños fueron tipificados como *seguros* en su apego. Otros niños, en un menor porcentaje (20%), mostraban mucha angustia al retirarse su figura cuidadora, y no se calmaban con facilidad cuando regresaba, pudiendo mostrar reacciones ambivalentes entre querer obtener consuelo, y a la vez querer “castigar” a su madre por haberse ido. Los niños que presentaron este tipo de reacciones fueron denominados *ansiosos-resistente*. Un tercer tipo de niños (20%), no parecen angustiarse por la separación, y al reencontrarse evitan activamente buscar contacto con sus padres. Estos niños, fueron clasificados como *evitativos*.

De este estudio se desprende la tipología clásica de los estilos de Apego, la cual los divide en tres: seguros (B), e inseguros ansioso-ambivalente (A) y ansioso-evitativo (C). Cuando una persona ha desarrollado un estilo de apego seguro puede encontrar consuelo con cierta facilidad en momentos de temor, angustia o tensión, y continúa desarrollando su vida de una manera estable. La experiencia de obtener consuelo en las relaciones cercanas posibilita el aprendizaje de gestionar los propios sentimientos. En cambio, cuando el sistema de apego presenta características inseguras, la persona encontrará dificultades para regular sus emociones, y generar confianza en sí mismo y en los vínculos con los demás, dada la escasa disponibilidad de las figuras de apego con quien se vinculó en su infancia. Las personas con estas características o bien viven con grandes montos de ansiedad sus relaciones, o bien intentan mantener distancia emocional. En ambos casos es intensa la necesidad de disponibilidad de las figuras de apego, aunque intente ser negada o disimulada. A lo largo del tiempo parecen cambiar las conductas y las figuras de apego, pero los estilos de cada persona tienden a permanecer estables, pudiendo variar en el polo flexibilidad-rigidez de cada estilo.

Fraley y Shaver (2008) refieren que la investigación desarrollada por Ainsworth (1978) fue importante al menos por tres motivos. Primero, proporcionó una de las primeras demostraciones empíricas de las formas en que el comportamiento de apego se modela en contextos seguros. Segundo, otorgó la primer taxonomía empírica de las diferencias individuales en los patrones de apego infantiles: aquellos seguros en su relación con los cuidadores, aquellos que son resistentes a la ansiedad y aquellos que evitan la ansiedad. Estas diferencias son en las que se han basado la mayoría de investigaciones empíricas realizadas sobre apego. Y los autores agregan que Ainsworth demostró que las diferencias individuales fueron predichas por las interacciones entre padres e hijos en el hogar durante el primer año de vida, es decir, antes de que se hiciera el estudio de la situación extraña. Los niños que fueron clasificados como inseguros (resistentes a la ansiedad o evasivos) a menudo tenían padres insensibles a sus necesidades, rechazantes, o inconsistentes en la atención que brindaban.

Investigaciones posteriores al estudio de la *situación extraña* (Main, M., & Solomon, J. 1986, citado en Hesse y Main, 2000) identificaron un cuarto estilo de apego muy cambiante y difícil de categorizar, al cual denominaron: Desorganizado (D). Los autores se basaron en investigaciones anteriores que reportaban un importante número de casos que no podía ser incluido en ninguno de los tres estilos de apego clásico, y que a su vez, presentaban “conflictos” frente a los eventos estresantes. Los autores describieron estas reacciones como inexplicables, extrañas, comportamientos desorganizados, desorientados o abiertamente conflictivos en presencia de los padres. Numerosos estudios sobre apego desorganizado evidenciaron una importante alta tasa de correlaciones con la patologías mentales, elevación del riesgo de conductas problemáticas externalizantes, y una mayor tendencia a mostrar comportamientos disociativos más adelante en sus vidas (Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. 1999; Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. 2010).

A inicios de los 90’, Bartholomew introduce un modelo alternativo de diferencias individuales con respecto al apego, agregando una distinción entre diferentes tipos de evitación. Puntualmente, diferencia entre personas evitativas - temerosas, y evitativa - rechazante (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Importante también fue lo que Griffin y Bartholomew señalaron en 1994, al indicar que los prototipos teóricos de apego podían ser agrupados a lo largo de dos dimensiones conceptuales que los investigadores llamaron *ansiedad relacionada con el apego*, y *evitación relacionada con el apego*. La primer dimensión refiere al grado en que una persona se encuentra preocupada por sus necesidades de apego. La segunda, alude al grado en que una persona tiende a usar la evitación en lugar de la búsqueda de proximidad para regular el comportamiento, los pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. Las personas que tienden a puntuar alto en ansiedad relacionada con el apego suelen estar preocupadas porque sus figura de apego sea insensible y no se encuentre disponible cuando lo necesite, mientras aquellos con bajo niveles de ansiedad suelen sentirse relativamente seguros acerca de sus asuntos relacionados con el apego. Las personas que presentan altos

niveles de evitación en el apego, tienden a retraerse de la intimidad en sus relaciones cercanas, en contraparte, aquellos con bajos niveles de evitación se sienten más cómodos abriéndose a otros y confiando en que recurrir a los demás puede ser un refugio seguro (Fraley y Shaver, 2000).

Según Fraley y Shaver (2008) el sistema conductual de apego es un concepto importante ya que proporciona el puente conceptual entre los modelos etológicos del desarrollo humano y las teorías modernas de la regulación de las emociones y la personalidad. Los mismos autores refieren que Bowlby identificó a las respuestas de apego, tales como llorar y buscar, como respuestas adaptativas a la separación de una figura de apego primaria, las cuales cumplían una función evolutiva en el desarrollo. De esta manera, también se diferenció del psicoanálisis tradicional que consideraba estas a estas reacciones mecanismos de defensas inmaduros.

Investigadores que estudiaron los patrones de apego en diferentes contextos (Mesman, J., Van Ijzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz. 2016), afirman que la prueba más poderosa de la universalidad de la teoría del apego es la confirmación intercultural considerando las particularidades de cada red social donde se ha estudiado. Además, refieren que hay evidencia intercultural suficiente de las bases que construyen el apego seguro, las vinculación entre la sensibilidad del cuidador y la seguridad en el apego, y las competencias infantiles que derivan del apego seguro. No obstante, afirman que existe un balance entre tendencias universales y determinantes contextuales, y que sin estos componentes contextuales la teoría del apego es difícil de percibir como una teoría universal. Y agregan, que si todos los niños a través de las culturas implementaran exactamente las mismas estrategias para lidiar con sus necesidades de apego no habría lugar para la adaptación a cambios dinámicos en el entorno.

Vale finalizar este punto con un párrafo que resalta la relevancia y vigencia de los postulados de la teoría del apego en la actualidad:

“La teoría del apego de Bowlby ha tenido un enorme impacto en la ciencia psicológica, en gran parte porque habla de muchos de los temas duraderos que los psicólogos desean comprender (por ejemplo, emociones, relaciones, amor y pérdida, personalidad, naturaleza y nutrición,

desarrollo, defensa psicológica). ); y lo que es más importante, lo hace de una manera que tiene un atractivo multidisciplinario, que reúne ideas y observaciones de la psicología social, la psicología del desarrollo, la neurociencia conductual y la psicobiología, el comportamiento animal y la psicología clínica. De hecho, según muchos estándares, la teoría del apego es un fuerte candidato para ser considerada una "Gran Teoría" en la psicología contemporánea". (Fraley y Shaver, 2008, p. 2)

A continuación se describe una reseña sobre los postulados del apego en los adultos, los cuales han sido escritos y examinados posteriormente en la evolución de la teoría del apego, siendo los últimos años y el momento actual, donde se está generando mayores investigaciones al respecto. El presente trabajo colabora en aportar evidencia al respecto.

#### **4. El apego en adultos**

Bowlby afirma que “la conducta de apego acompaña al humano desde la tumba, hasta la muerte” (Bowlby, 1979, p. 129). Además explica, que su teoría puede dividirse en dos etapas del desarrollo humano: Durante los primeros meses de vida, y durante el resto de la existencia del humano, donde la presencia o la ausencia de una figura de apego determina el grado de alarma frente a una situación potencialmente alarmante. Y sostiene que la personalidad adulta se vislumbra como el producto de la interacción del individuo con figuras claves durante sus años inmaduros, en particular con las figuras de apego (Bowlby 1969/1982).

Así, la teoría del apego nació dando cuenta de las funciones del apego para el desarrollo seguro del niño y, evolutivamente, trasladó sus postulados a etapas posteriores del ciclo vital humano (Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. 1991), alcanzando la edad adulta, principalmente a través del estudio de las relaciones románticas estables que se dan luego de la adolescencia.

Hazan y Shaver (1987) realizan una investigación pionera en este campo, la cual se titula "Amor romántico conceptualizado como un proceso de apego", de la que surge un autoinforme para evaluar el apego adulto en relaciones románticas. En su artículo, los autores intentaban evaluar en adultos los tres estilos de apego identificados por Ainsworth *et al.* (1978) pero centrándose en el apego hacia la pareja. Su investigación indicó que el

vínculo emocional que se desarrollaba entre parejas de adultos era, en parte, una función del mismo sistema conductual de apego que da lugar el vínculo emocional entre los bebés y los cuidadores, resultando así que ambas relaciones compartan: sentimientos de seguridad cuando el otro está cerca y responde; entablar un contacto íntimo, cercano y corporal; ambos se sienten inseguros cuando el otro es inaccesible; se descubren mutuamente; juegan con sus rasgos faciales y exhiben fascinación y preocupación mutua (Fraley y Shaver, 2000).

La teoría del apego se sugiere que tanto una pareja, como otra relación específica, es una figura de apego cuando cumple tres funciones importantes (Shaver y Mikulincer, 2009):

- La persona es considerada alguien a quién aproximarse en momentos de estrés o necesidad, y la separación inesperada o no deseada de esta persona genera estrés, protestas, y esfuerzos por encontrarla.
- La persona es considerada como un “refugio”, real o simbólico, que proporciona consuelo, apoyo, protección y seguridad cuando se lo necesita.
- La persona es considerada como una “base segura”, que permite al adulto perseguir objetivos no relacionados con el apego en un entorno seguro, mantener la exploración, la asunción de riesgos y autoexpansión.

Por su parte, Ainsworth (1991), señaló que inclusive en el grado óptimo de autonomía adulta, y más allá de que se haya encontrada en la relación de pareja una figura de apego, esto no implica el cese de los apegos a las figuras parentales. Explica, que la mayoría de los adultos continúa una asociación significativa con sus padres, independientemente del hecho de que los padres penetran menos aspectos de sus vidas que antes. La respuesta a la muerte de un padre generalmente demuestra que el vínculo de apego ha perdurado. Incluso si se vive de manera bastante independiente del padre, generalmente existe una profunda sensación de pérdida, y después de que se ha resuelto el duelo, los modelos internos de la figura perdida continúan siendo una influencia. Y agrega que un "apego" es un vínculo afectivo y, por lo tanto, una figura de apego nunca es

totalmente intercambiable o reemplazable por otra, a pesar de que haya otras personas a las que también se apega. No obstante, refiere que tanto amigos o parejas, con los cuales se establece un lazo afectivo único y duradero, también pueden formar parte del sistema de apego cumpliendo funciones de seguridad, consuelo y protección.

En la línea de la continuidad del apego a los largo de la vida, y frente a la pregunta: ¿Son estables los patrones de apego desde la infancia hasta la edad adulta? Fraley y Shaver (2000) refieren que aunque la idea de que las primeras experiencias de apego podrían tener una influencia en el estilo de apego en las relaciones románticas es relativamente indiscutible, las hipótesis sobre la fuente y el grado de superposición entre los dos tipos de orientaciones de apego han sido controvertidas. Mencionan que parece probable que los estilos de apego en el dominio de padres e hijos y los estilos de apego en el dominio de las relaciones románticas solo están moderadamente relacionados en el mejor de los casos. Aunque agregan, que la propuesta más importante de la teoría es que el sistema de apego, un sistema originalmente adaptado para la ecología de la infancia, continúa influyendo en el comportamiento, el pensamiento y el sentimiento en la edad adulta (Fraley y Shaver, 2000), y que esta propuesta puede mantenerse independientemente de si las diferencias individuales en la forma en que se organiza el sistema permanecen estables durante una década o más, y estables en los diferentes tipos de relaciones íntimas. Sugiere que, dada ciertas controversias en los estudios, la existencia de estabilidad a largo plazo de las diferencias individuales de apego debe considerarse una cuestión empírica más que una suposición de la teoría (Fraley, 2002).

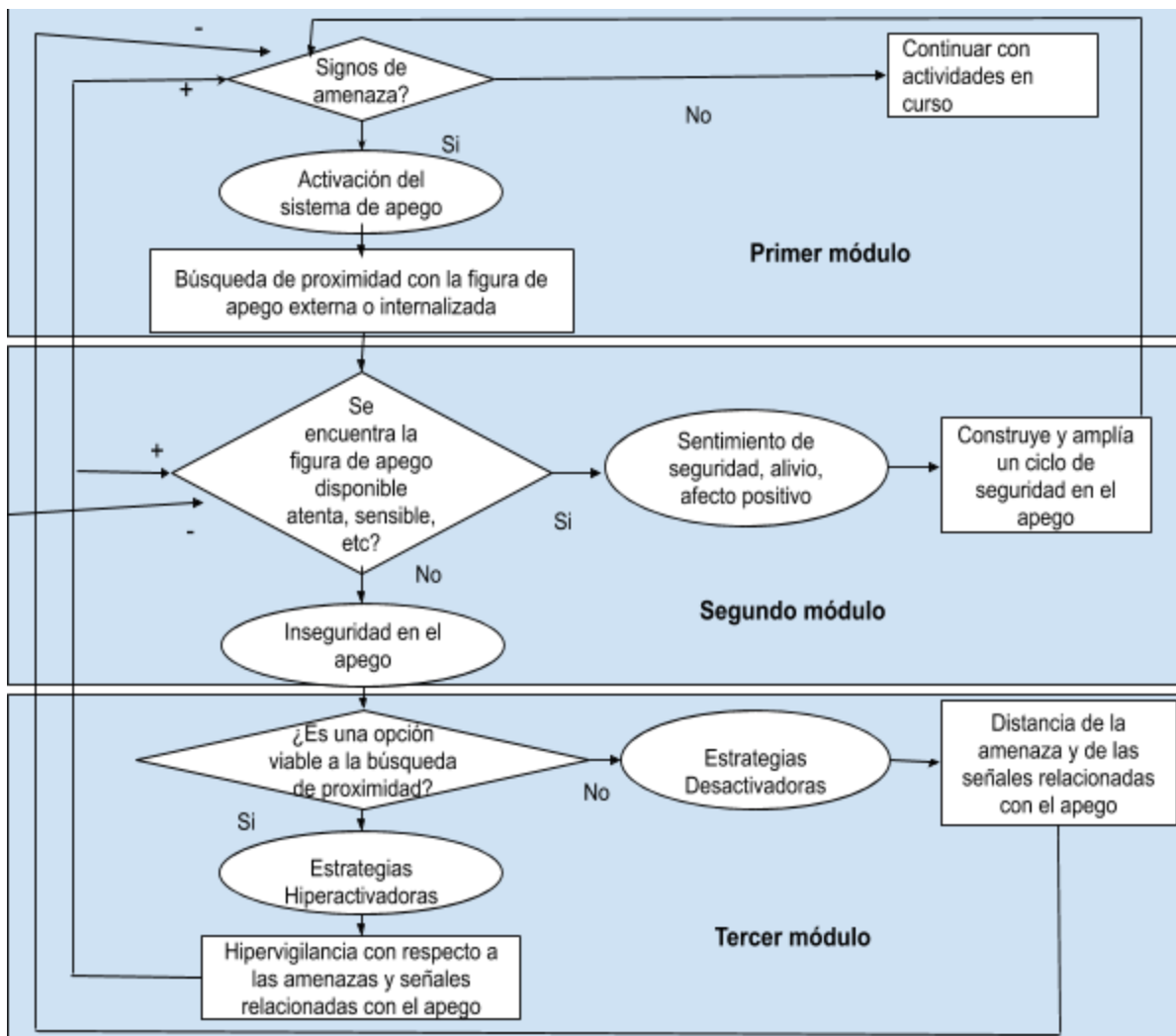
Una investigación relevante con respecto a la continuidad del apego, la cual es conocida como “El estudio de Minnesota” (Sroufe, A. L., Egeland. B., Carlson, A. E., Collins, A. W. 2005), presentó los resultados de su investigación longitudinal de 30 años de seguimiento (la muestra aún sigue en estudio) de más de 200 niños y sus cuidadores, desde el nacimiento de los primeros hasta su edad adulta. Los autores señalan una alta correlación entre organizaciones de apegos resistentes y trastornos de ansiedad a los 17 años. Al minimizar las señales de necesidad, lo que puede alienar aún más a cuidadores que rechazan, se desarrolla un apego evitativo el cual se halló asociado a trastornos del

comportamiento externalizantes. El apego ansioso se encontró vinculado con la sintomatología depresiva. Se encontraron paralelos notables entre como los cuidadores respondieron a sus hijos a los 24 meses y como los mismos niños más de 20 años después respondieron a sus hijos de 24 meses. Concluyen que, a pesar de la complejidad y variables ambientales en el desarrollo humano, las experiencias tempranas conservan un lugar de vital importancia (Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. 2010).

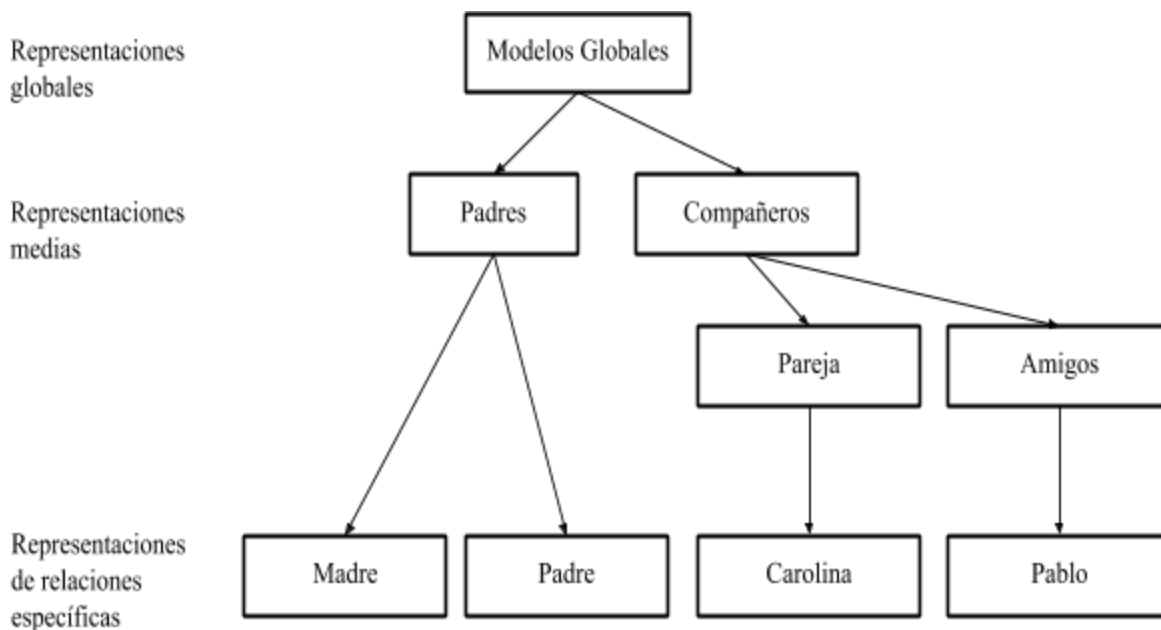
En cuanto a la activación del sistema de apego en adultos, este se puede dividir en estrategias primarias y secundarias (Shaver y Mikulincer, 2009). Las *estrategias primarias de apego* son aquellas en la cual el sistema de apego se activa y busca proximidad real o simbólica en su figura de apego. Mientras que en la infancia las estrategias primarias implican expresiones de necesidad, como llorar o suplicar, y movimientos físicos de aproximación (extensión de brazos, caminar hasta la persona), en adultos estas estrategias incluyen variedad de métodos para restablecer el contacto (hablar, llamar por teléfono, enviar mensajes online, emails, etc.), a la vez que se activan procesos mentales de acuerdo a esa figura de apego o a las representaciones del *self* asociadas con esa figura. Cuando la figura de apego da muestras de no estar disponible, o no puede dar una respuesta sensible a la necesidad, el sentimiento de seguridad no se obtiene, y el estrés que originalmente dio lugar a la búsqueda de aproximación, se colma de dudas asociadas al apego. Esto es una señal de que las estrategias primarias están fallando, y que se deben activar otras estrategias para lidiar con la inseguridad y el estrés, las cuales son denominadas *estrategias secundarias de apego*, las cuales pueden adoptar principalmente dos formas: *hiperactivación* o *desactivación*. Las estrategias hiperactivadoras intensifican la demanda de atención, mientras que las estrategias desactivadoras escapan, evitan o minimizan el dolor causado por la no disponibilidad o insensibilidad de la figura de apego.

En un intento de integrar la inmensa investigación empírica, Mikulincer, Shaver, & Pereg; Shaver & Mikulincer, (2002a, 2002b) proponen un modelo integrativo de la dinámica del sistema de apego en adultos, el cual es graficado de la siguiente manera (la figura se encuentra en la página siguiente por una cuestión de visibilidad y espacio):

**Figura 3.** Modelo integrativo de la activación y dinámicas del sistema de apego adulto. Fuente: Mikulincer & Shaver, 2007



Por su parte, Crowell, J. Fraley, C. y Roisman, G. (2016) explican que si bien algunos investigadores tomaron a los *Modelos operantes internos* como modelos generales, otros como Collins and Read (1994) propusieron la existencia de múltiples modelos operantes internos en adultos los cuales se distribuyen en una *organización jerárquica*. En esta línea, mencionaron que además de una orientación general de apego existen modelos basados en relaciones específicas. Según los autores, esta propuesta cuenta con suficiente evidencia empírica que la confirma. Aquí la ilustración de la organización jerárquica de los modelos:



**Figura 4.** Organización jerárquica de las representaciones de apego propuesta por Collins and Read (1994). Adaptada de Crowell, Fraley, y Roisman (2016)

Entre los aportes más relevantes de la teoría del apego en adultos, Fraley y Shaver (2008) afirman que una gran parte de la investigación se ha dedicado a descubrir los mecanismos conductuales y psicológicos que promueven una base segura en los adultos. Explican que dos grandes descubrimientos han habido. En primer lugar, los adultos seguros son más propensos que los inseguros a buscar apoyo en sus parejas cuando están angustiados, y a su vez, es más probable que brinden apoyo a su pareja cuando está angustiada. En segundo lugar, las atribuciones que los individuos inseguros hacen con respecto al comportamiento de su pareja durante y después de los conflictos relacionales exacerbaban, en lugar de aliviar, sus inseguridades.

Paulatinamente, los estudios del apego adulto se trasladaron hacia otros campos psicológicos más allá de las relaciones de los adultos con sus padres y sus parejas: poblaciones de riesgo, efectos intergeneracionales, desarrollo de la personalidad, otros lazos afectivos (Ainsworth y Bowlby, 1991), la regulación emocional y las relaciones otras cercanas en la edad adulta ( Mikulincer, M., & Shaver, P. R. 2003; Fraley y Shaver, 2000).

## 5. La Teoría del Apego y los Trastornos del Uso de Sustancias

Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) propone un modelo del desarrollo humano con claras asociaciones con la psicopatología. No obstante, en comparación con otros cuadros clínicos, es notablemente escaso el desarrollo teórico que vincula la teoría del apego y los trastornos por el uso de sustancias. Esto se ve reflejado, por ejemplo, en que ninguna de las ediciones del *Manual de Apego* (Cassidy, J. y Shaver, P. R. 1999, 2008 y 2016) incluye apartados que abordan a los trastornos por consumo de sustancias. Del mismo modo, los capítulos de dicha recopilación que hacen alusión a la constante vinculación entre dificultades de apego y psicopatología (Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., y Albus, K. E. 2008; Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. 2016) no se emplean en explicar los problemas de consumo desde la perspectiva del apego. Tampoco Obegi y Berant (2009) compilan información sobre la dinámica del apego en los problemas de consumo en su libro sobre la teoría del apego e investigaciones en el trabajo clínico con adultos. Pese a estas limitaciones, se describirán los conceptos encontrados en la literatura.

Antes de ingresar en las conceptualizaciones propias de la teoría del apego, es conveniente mencionar un importante concepto que ha servido de puente entre el apego y los TUS. Khantzian (1985, 1990, 1997) propone la *hipótesis de la automedicación* de los pacientes con adicciones. Considera que, el abuso de sustancias que practican estas personas puede ser apreciado como una manera de autorregulación de los estados afectivos dolorosos. Agrega, que las personas con adicciones seleccionan una droga en particular en función de su capacidad para aliviar o aumentar las emociones únicas de un individuo que no puede lograr o mantener por sí mismo. Estas personas si bien suelen experimentar con todas las clases de drogas, descubren que una droga en particular les conviene más para los fines mencionados. Explica esto refiriendo que los estimulantes tienen su atractivo porque sus propiedades energizantes alivian la angustia asociada con la depresión, la hipomanía y la hiperactividad; los opiáceos resultan irresistibles porque silencian y contienen a los efectos desorganizadores de la ira y la agresión; y los hipnóticos sedantes, incluido el alcohol, permiten la experiencia del afecto, la agresión y la cercanía en personas que, de lo

contrario, están aisladas de sus sentimientos y relaciones. La automedicación se da en un contexto de vulnerabilidad de la autorregulación, principalmente con los afectos, autoestima, las relaciones y el cuidado personal.

La hipótesis de la automedicación fue integrada por algunos autores dentro de la teoría del apego (Flores, 2001, 2004; Padykula y Conklin, 2010), quienes asociaron el dolor vivido por los traumas de apego y las adicciones como una forma de alivio frente a ese dolor. Cabe recordar que Bowlby (1980) plantea que la separación prolongada o pérdida de las figuras de apego configuran traumas que impactan en el desarrollo del niño pudiendo ser fuentes de patologías, dando así lugar a diversos mecanismos que la persona implementa para la regulación del dolor que generan las situaciones traumáticas. Padykula y Conklin (2010) proponen el modelo de la autorregulación del trauma de apego y adicciones, donde se ve a la adicción como un intento de la persona por regular su sistema de apego al servicio de la adaptación.

En línea con lo anteriormente mencionado, Philip J. Flores, (2001) afirma que la teoría del apego y la regulación emocional caracterizan la adicción como un trastorno de apego inducido por el intento equivocado de autoreparación de una persona debido a déficit en la estructura psíquica. El abuso de sustancias, como un intento reparador, sólo exacerba esa condición debido a la dependencia física que se genera, y al deterioro adicional de las estructuras fisiológicas y psicológicas existentes.

Por otra parte, las adicciones han sido tradicionalmente categorizadas como ‘patologías del acto’ por los desbordes conductuales que conllevan. Más recientemente es su denominación como ‘trastornos externalizantes’. Al respecto, Dozier, Stovall-McClough, y Albus (2008) realizaron una revisión de los estados mentales de apego y psicopatología en adultos, y mencionaron que los resultados de su meta-análisis muestran evidencia sobre la vinculación entre trastornos externalizantes (como los trastornos del uso de sustancias) y estados mentales evitativos de apego, y en cambio, los trastornos internalizantes, como la depresión, se encuentran en mayor medida asociados a estados mentales preocupados de apego.

Una revisión de la literatura sobre la teoría del apego y los TUS (Schindler, Schindle, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, KÜStner, y Eckert. 2005) explica que el abuso de sustancias puede entenderse como un intento de hacer frente a la inseguridad del apego, disminuir la angustia emocional y regular las relaciones interpersonales. Y añade que la categoría de apego que teóricamente mejor se ajusta a los TUS es la *evasión-temerosa* propuesta por el Modelo de Bartholomew, aunque no hay evidencia empírica exactamente con esa categoría, pero sí la hay con la categoría *evitativa* correspondiente al modelo de Hazan y Shaver. Este es un dato importante para la presente investigación, ya que este trabajo aporta investigación empírica al respecto.

Mikulincer y Shaver (2007) comentan que el vínculo entre las inseguridades del apego y los trastornos de conducta puede conceptualizarse en términos de usos disfuncionales de las estrategias de apego secundarias. Las personas ansiosas por el apego pueden manifestar alteraciones conductuales y realizar transgresiones como medios crudos de pedir atención y atención, incluso de figuras de apego. En cambio, las personas más evitativas pueden participar en comportamientos antisociales como un medio para negar la importancia de las relaciones de apego y ganar distancia de las figuras de apego que no responden. Específicamente comentan que las formas de apego inseguro, tanto evasivas como ansiosas, también pueden fomentar el abuso de sustancias. Las personas que evitativas pueden usar el alcohol y las drogas como un medio para evitar las emociones dolorosas y la autoconciencia. Y las personas ansiosas por el apego pueden usar alcohol y drogas para apaciguar o tranquilizar su angustia y bloquear la propagación incontrolable de pensamientos y recuerdos ansiosos.

Arlene Vetere y Rudi Dallos (2009) se preguntan: ¿Qué sucede cuando el alcohol es un compañero de mayor confianza que otras personas, cuando la bebida o el mal uso de sustancias es la forma preferida de afrontar sentimientos incontrolables e insufribles? ¿Cómo se llega a esta situación? ¿Cómo es posible trabajar en forma centrada en los sentimientos con una persona que no confía en la relación humana ni desea buscarla? Los autores refieren que la teoría del apego postula que el deseo de conexión sigue ahí, aunque esté enterrado o transformado como consecuencia de anteriores experiencias

interrelacionales de abandono, maltrato, y negación de ayuda. Explican que cuando se intenta implicar a una persona con problemas de consumo en un tratamiento se le pide que asuma el riesgo de confiar en los demás, y ahí es cuando recuerda las razones para no hacerlo, pero que es posible establecer una puente con esa necesidad innata de conexión, restableciendo paulatinamente la confianza relacional y seguridad en la expresión emocional.

## **6. Desarrollos posteriores de la Teoría del Apego**

En el último *handbook* de apego sus principales compiladores (Cassidy, J. y Shaver, P. R. 2016) refieren que la teoría del apego ha crecido exponencialmente, al punto de ser en la actualidad el marco conceptual más visible, y basado en la evidencia, sobre el estudio del desarrollo social y emocional. También mencionan, que la teoría del apego es en la actualidad similar en muchos aspectos a 40 años atrás, pero mucho más específica, multifacética, y profundamente apoyada en una amplia variedad de poderosos métodos de investigación, incluidos algunos nuevos, como la genética del comportamiento y la resonancia magnética funcional. Los compiladores dan cuenta de que en la actualidad el estudio del sistema de apego abarca una amplia variedad de campos científicos, entre los que se incluyen: la genética y epigenética; desarrollos modernos del estudios de la evolución; estudios de modelos operantes internos a través de neuroimágenes; apego y psiconeuroinmunoendocrinología; neurociencia y apego; estudio de programas comunitarios de prevención; aplicaciones del apego en la terapia familiar y de pareja; apego y empatía, altruismo y conductas prosociales; etc.

Fraley (2018) refiere que aún quedan aspectos que las futuras investigaciones sobre apego deben responder: por ejemplo, mientras que algunas relaciones románticas son genuinamente relaciones de apego, otras no lo son. Resulta necesario que futuras investigaciones encuentren una mejor manera de determinar cuándo una relación está cumpliendo con las funciones de apego en la actualidad. También, mientras que está claro que el apego cumple una importante función evolutiva en la infancia, no es claro si el apego cumple una función evolutiva en la adultez. Y por último, todavía no hay una comprensión

sólida de los factores precisos que pueden cambiar el estilo de apego de una persona. Concluye afirmando que en pos de mejorar la vida de las personas, será necesario aprender más sobre los factores que promueven la seguridad del apego y el bienestar relacional.

## **7. Regulación Emocional**

El concepto de *regulación emocional* cobra mayor énfasis a finales de los años 90, siendo en los últimos 25 años cuando se han realizado más investigaciones al respecto, dando como resultado una gran cantidad de trabajos empíricos que incluyen esta variable (Gross, 2013). Para entender de qué se trata la regulación emocional, primero debemos arribar a alguna conceptualización sobre las emociones en sí mismas.

Distintas definiciones han sido utilizadas para definir las emociones, se describirán algunas que han tenido un impacto considerable en el desarrollo teórico y práctico posterior.

Lazarus (1993) mencionó que las emociones se describen como conjuntos coordinados de respuestas (cognitivas, conductuales y fisiológicas) a acontecimientos internos o externos que tienen una importancia particular para el organismo.

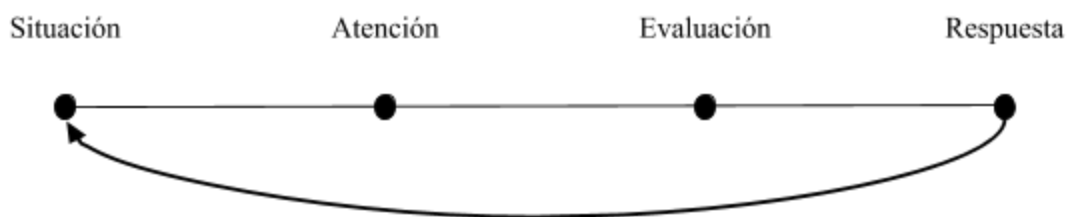
Gross (1998), adoptando una posición evolutiva con respecto a las emociones, refiere que William James (1884, 1894) consideraba las emociones como tendencias adaptativas de comportamiento y de respuesta fisiológica que son provocadas directamente por situaciones evolutivamente significativas. Esta visión de las emociones como ‘tendencia de respuesta’ permite que los individuos puedan modularlas en lugar de evitarlas, como cuando una persona silba en lugar de huir por el miedo. Gross (1998) agrega que tiempo atrás las emociones eran entendidas como obstáculos para el correcto funcionamiento cognitivo/conductual, y que con las nuevas conceptualizaciones las emociones pasan a ser un facilitador a la hora de enfrentar problemas. Y también remarca la función social de las emociones siendo estas comunicadoras de las intenciones comportamentales de los demás.

Ceberio (2014) afirma que en la paleta básica de emociones: sorpresa, asco, ira, alegría, tristeza y miedo, esta última emoción es la que activa todo el sistema

comportamental en la dialéctica cuidado-cuidador. Menciona que todas las emociones son fenómenos adaptativos que posibilitan la supervivencia, adaptando acciones e interacciones al contexto, como es el sistema de apego. Al respecto, Bowlby creía que la supresión del dolor inhibe una secuencia de reacciones emocionales dolorosas que, a menos que se les permita seguir su curso natural, pueden llevar a la mala salud (Fraley y Shaver, 2016).

Según Gross (2014) las emociones presentan dos características nucleares. La primera tiene que ver con *cuando ocurren*. Explica que las emociones surgen cuando una persona atiende y evalúa una situación como relevante para un tipo particular de meta actualmente activa. Las metas pueden ser temporales (permanecer vivo) o transitorias (querer otra porción de torta); conscientes y complicadas (aspirar a ser profesor) o inconscientes y simples (tratar de evitar pisar charcos); ampliamente compartida (tener amigos cercanos) o altamente idiosincrática (encontrar una nueva forma de atarse los zapatos). El autor afirma que cualquiera que sea el objetivo, y cualquiera sea el significado que tenga la situación a la luz del objetivo, es el significado el que da lugar a la emoción. A medida que este significado cambia con el tiempo, la emoción también cambiará. La segunda característica nuclear de las emociones es su *naturaleza multifacética*: las emociones son un fenómeno de todo el cuerpo que implican cambios en la experiencia subjetiva, el comportamiento, y la fisiología central y periférica. Estas dos características nucleares dan lugar al *modelo modal de la emoción*, el cual resume el proceso por el cual se genera una emoción, y se grafica de la siguiente manera (Gross, 1998a):

**Figura 5.** Modelo modal de la emoción (Gross 1998a)



De acuerdo a este modelo, la emoción involucra transacciones entre la persona y la situación psicológicamente relevante, la cual llama la atención y presenta un significado a la luz de los objetivos actualmente activos y da lugar a respuestas multisistémicas

coordinadas pero flexibles que modifican de manera crucial la transacción entre la persona y la situación. La situación puede tener que ver con el entorno externo de la persona (una serpiente que se desliza dentro de mi carpa) o ser interna (la sigilosa sospecha de que nunca llegaré a nada). Una idea fundamental de este modelo, es que la respuesta emocional puede conducir a cambios en el ambiente que altera la posibilidad de instancias posteriores de esa y otras emociones.

Muchos conceptos se han superpuesto junto al término emoción, tales como: sentimientos, afectos, etc. Berking, M. & Whitley, B. (2013) señalan que la experiencia subjetiva de una emoción a menudo se llama 'sentimiento'. Las emociones y sentimientos se refieren a fenómenos diferentes, aunque ambos comparten el ser breves. Por el contrario, los estados de ánimo se refieren a experiencias que serían menos específicas y más estables en el tiempo.

Ya en el plano de la *regulación emocional*, en la revisión literaria se encuentran variadas definiciones. Se destacarán las más relevantes e importantes para este estudio. Thompson (1994) la define como: "Los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales, para lograr sus metas" (p. 27-28). El autor subraya que regular no implica controlar, sino fundamentalmente tener conciencia de todo el rango de emociones, poder discriminarlas, comprenderlas, además de poder modificarlas. La visión de Thompson destaca la importancia de evaluar la regulación de la emoción según cada situación y cada contexto.

Otra definición de la regulación emocional es la propuesta por Eisenberg & Spinrad (2004), quienes la definen como "el proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener, o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de estados emocionales internos, la fisiología relacionada con las emociones, los procesos de atención, los estados motivacionales, y/o concomitantes conductuales de la emoción, al servicio de la realización de la adaptación social o biológica relacionada con los afectos o el logro de objetivos individuales" (p. 338). Los autores remarcan la necesidad de diferenciar la regulación de la emoción de los efectos de las emociones en los demás, como también, diferenciar entre (a) la regulación que

proviene de individuos externos versus el comportamiento realizado por uno mismo, (b) el comportamiento orientado a objetivos versus no intencional, y (c) regulación que es voluntaria versus comportamiento que se controla menos voluntariamente.

Gratz, K. & Roemer, L. (2004) realizan una revisión de las conceptualizaciones, y señalan que algunas ponen énfasis en el control de la experiencia emocional y su expresión, en cambio, otras enfatizan la naturaleza funcional de las emociones, sugiriendo que control no es sinónimo de regulación, y que regular no implica disminuir inmediatamente el efecto negativo. Agregan, que estos últimos enfoques dan cuenta de que las deficiencias en la capacidad de experimentar (y diferenciar) la gama completa de emociones, puede ser tan desadaptativa como la como las deficiencias en la capacidad de atenuar y modular las emociones negativas fuertes; también sugieren que la regulación adaptativa de las emociones también implica monitorear y evaluar la experiencia emocional además de modificarla, siendo importante en este proceso la conciencia, aceptación y la comprensión de las emociones. A partir de su revisión, los autores afirman que la regulación adaptativa de la emoción tiene que ver con la modulación de la experiencia, en lugar de la eliminación de ciertas emociones, y conceptualizan a la regulación emocional como “un proceso que involucra: (a) conciencia y comprensión de las emociones, (b) la aceptación de las emociones, (c) la capacidad de controlar los comportamientos impulsivos y comportarse de acuerdo con los objetivos deseados cuando se experimentan emociones negativas, y (d) la capacidad de utilizar estrategias de regulación de emociones apropiadas para cada situación de manera flexible para modular las respuestas emocionales como se desee a fin de cumplir con los objetivos individuales y las demandas de la situación” (p. 42-43). Esta será la definición tomada en la presente investigación, ya que es en la cual se basa la escala *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), que se aplicará en este estudio.

La definición de Gratz y Reomer (2004) guarda semejanzas con la definición de *competencia emocional* con la propuesta por Saarni (1999), la cual incluye la conciencia de la experiencia emocional de uno, la capacidad de afrontamiento adaptativo en respuesta a contextos angustiosos, o cuando se experimentan emociones negativas, y la aceptación de la experiencia emocional.

Gross (2014) aclara que la regulación emocional se refiere a la formación de las emociones que uno tiene, cuando las tiene y cómo se experimentan o expresan las emociones. Por lo tanto, la regulación emocional explica cómo se regulan las emociones mismas (regulación de la emoción), en lugar de cómo las emociones regulan algo más (regulación por las emociones). El autor plantea que hay tres ideas nucleares con respecto a la regulación emocional, la primera es la *activación de un objetivo* para modificar el proceso emocional. Este objetivo puede ser activado en uno mismo (regulación emocional intrínseca) o en otra persona (regulación emocional extrínseca). Comenta que aquellos investigadores que trabajan con adultos, se suelen enfocar en la regulación intrínseca, y aquellos que trabajan con niños usualmente se centran en la regulación extrínseca. La segunda característica nuclear de la regulación emocional es el *compromiso de los procesos responsables de alterar la trayectoria emocional* (estrategia de la regulación emocional). Una gran variedad de procesos pueden ser evocados a los fines de la regulación emocional, estos varían en el grado en que son explícitos versus implícitos. Según la sugerencia del autor, la mejor manera de pensar este proceso es como un continuo entre uno y otro extremo. La tercer característica central de la regulación emocional es su *impacto en las dinámicas de las emociones*. El autor explica que dependiendo de los objetivos individuales, la regulación emocional puede aumentar o disminuir la latencia, el tiempo de aumento, la magnitud, la duración o el desplazamiento de la respuesta emocional (en comparación con la respuesta emocional que habría ocurrido en ausencia de regulación emocional). A su vez, la regulación de la emoción también puede cambiar el grado en que los componentes de respuesta emocional se cohesionan a medida que la emoción se desarrolla, como cuando se producen cambios en la experiencia emocional y la respuesta fisiológica en ausencia del comportamiento facial correspondiente.

Con respecto a los objetivos de la regulación emocional, Gross (2014) describe que estos pueden incluir esfuerzos para disminuir, o aumentar, la magnitud, o la duración, de la emoción negativa o positiva. Y que la disminución de las emociones negativas parece ser la regulación más común en la vida cotidiana, seguida del aumento de las emociones positivas (ver Tabla n° 2) El autor amplía esto, mencionando que algunas veces, las personas pueden

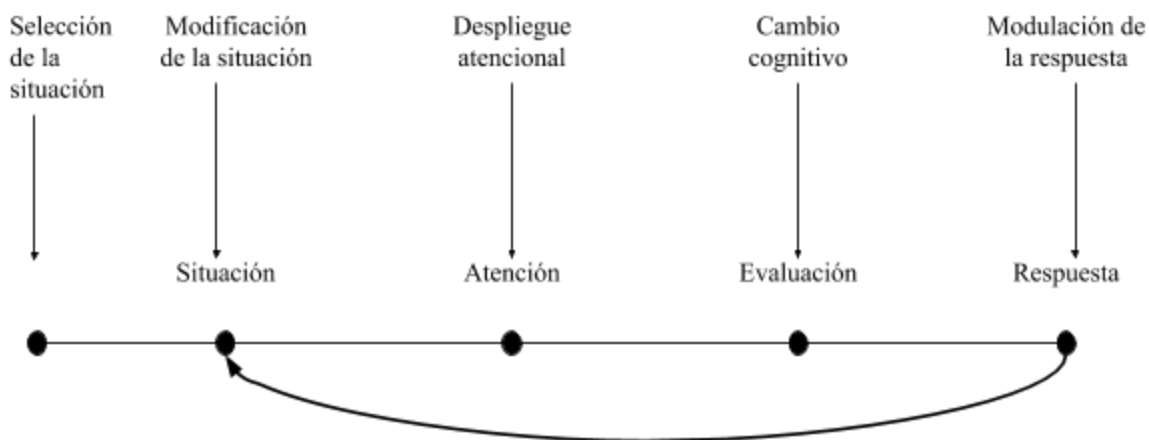
tener una meta ‘hedonista’, osea el deseo de aumentar en el corto plazo las emociones que generan sensaciones placenteras o disminuir sensaciones dolorosas. Aunque también, los sujetos pueden estar motivados por consideraciones ‘instrumentales’, esto quiere decir, que se encuentren motivados a cambiar sus emociones con el fin de lograr otro resultado no-emocional. Esta meta instrumental puede estar asociada a demandas laborales específicas (como parecer calmo frente a pasajeros de avión nerviosos) o vinculada a imperativos culturales que pueden llegar a determinar qué tipos de emociones se deben manifestar frente a determinada situación, y cuáles otras no.

**Tabla 2.** *Objetivos de la Regulación emocional (Gross, 2014)*

	Disminuir	Aumentar
Emociones negativas	-Tratar de calmarse a uno mismo cuando se está enojado (Intrínseca) -Ayudar a un niño que llora a bajar su cometa (Extrínseca)	-Estimularse antes de un acontecimiento importante (Intrínseca) -Remarcar la “pequeña pelea” de un amigo con un cónyuge como algo serio (Extrínseca)
Emociones positivas	-Reducir la sonrisa en un funeral (Intrínseca) -Ayudar a adolescentes que se están riendo a calmarse antes de acostarse (Extrínseca)	- Compartir buenas noticias con amigos cercanos (Intrínseca) - Decirle a alguien un chiste para animarlo (Extrínseca).

A su vez, Gross distingue 5 familia de procesos regulatorios de la emoción:

**Figura 6.** *Modelo del proceso de regulación emocional (Gross 1998b)*



Los cinco puntos representan cinco familias de procesos de regulación emocional, que se distinguen por el punto en el proceso generador de emociones en el que tienen su impacto primario. Leyendo el gráfico de izquierda a derecha se representa el movimiento a través del tiempo. La *selección de la situación* implica realizar acciones que hagan más (o menos) probable que uno termine en una situación de la cual se espera que genere emociones deseables. La *modificación de la situación* se refiere directamente a modificar la situación en sí misma y así alterar su impacto emocional. El *despliegue atencional* se asocia a la dirección que se le otorga al foco atencional en dentro de determinada situación. El *cambio cognitivo* es la modificación de la evaluación realizada de sobre una situación para alterar su significancia emocional, ya sea cambiando lo que uno piensa de la situación, o modificando la impresión de nuestras capacidades para hacerle frente. La *modulación de la respuesta* aparece luego en el proceso de la regulación emocional según el autor, y se refiere al influir directamente en los componentes experienciales, comportamentales, o fisiológicos de la respuesta emocional (hacer ejercicio, técnicas de relajación, etc).

Más reciente en el tiempo, Gross (2015) describe que si bien la regulación emocional es una de las áreas que mayor crecimiento ha tenido dentro de la psicología, el entusiasmo por esta temática supera por momentos la claridad conceptual, y sigue habiendo cierta incertidumbre por lo que es la regulación emocional. A su vez, afirma que la regulación de las emociones es en la actualidad un tema importante en toda la psicología, como lo demuestran recientes investigaciones de esta temática en ejes: biológicos, cognitivos, del desarrollo, sociales, de organización industrial, de personalidad, clínicos y de salud. El autor propone su *Modelo de proceso extendido de regulación de la emoción* (Gross, 2015), el cual se basa en la idea de que las emociones, como otros tipos de afecto, implican una valoración. Esto se debe a que la característica definitoria del afecto es una discriminación “buena para mí” versus “mala para mí”, y esto es lo que se entiende por valoración. Según este modelo, tanto la generación de emociones, como la regulación de las emociones, tienen en su núcleo sistemas de valoración que consisten en ciclos acoplados de percepción-valoración-acción. Con este enfoque, la regulación de la emoción puede concebirse en términos de interacciones entre los sistemas de valoración, algunos de

los cuales crean emociones y otros buscan influenciar la respuesta emocional que se desarrolla. Según el autor, el modelo de proceso extendido de regulación de la emoción ayuda a aclarar cómo se seleccionan e implementan las estrategias de regulación de la emoción y señala las formas en que pueden surgir dificultades de regulación de la emoción.

A continuación, se presenta el basamento teórico que incluye a la regulación emocional como uno de los factores causales, de riesgo, o de mantenimiento, de los trastornos por consumo de sustancias.

## **8. Regulación Emocional y Trastornos del Uso de Sustancias**

La hipótesis de la automedicación en las adicciones (SMH) propuesta por Khantzian (1985, 1990, 1997) define a las adicciones como un desorden en la autorregulación emocional, donde los individuos se automedican mediante el consumo de sustancias para gestionar sus propios sentimientos. Las sustancias generarían así alivio en relación al sufrimiento psíquico. También, menciona que debido a la incapacidad para reconocer y regular sus propios sentimientos y sentido de sí mismos, las personas con problemas de consumo actúan como si no necesitan estrechas relaciones interpersonales (Khantzian 2012). Esta disociación y alienación de sí mismos, y de los demás, produce una inmensa angustia y crea una mayor dependencia de las sustancias adictivas. Si bien la tesis Khantzian sobre la automedicación en las adicciones tiene más de 30 años, es reciente el interés de las investigaciones sobre la regulación emocional y los problemas de consumo.

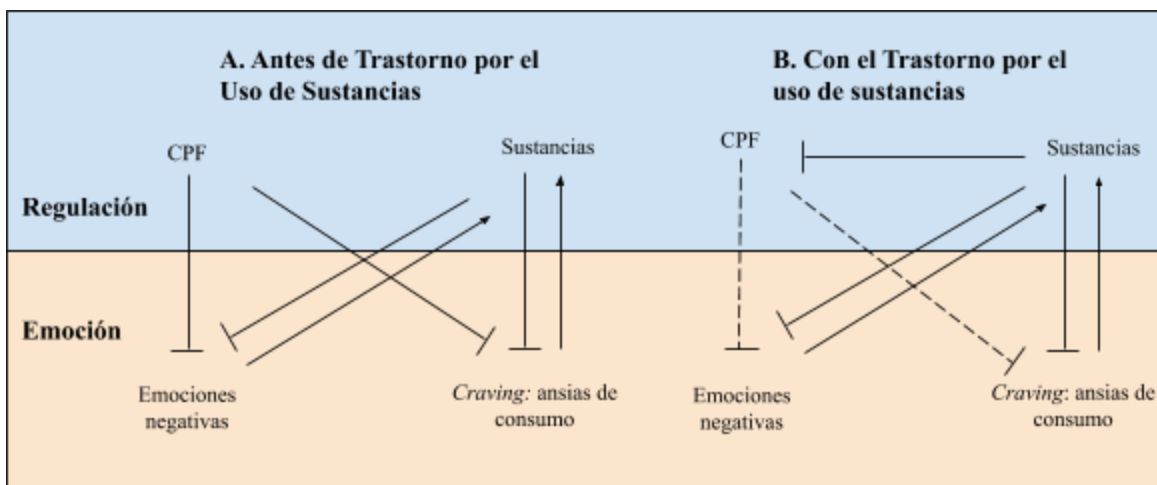
Baker, Piper, McCarthy, Majeskie y Fiore (2004), proponen una reformulación de la motivación de la adicción, a través de su *modelo del procesamiento afectivo del refuerzo negativo*. Proponen que el escape y la evitación del afecto negativo es el motivo preponderante para el uso adictivo de drogas. Afirman que el afecto negativo es el núcleo motivador del síndrome de abstinencia y argumentan que, a través de ciclos repetidos de consumo y abstinencia de drogas, los las personas con estos problemas aprenden a detectar señales interoceptivas de afecto negativo preconscientemente. Es por esto, que la base motivadora del consumo es ‘opaca’ y tiende a no reflejar el control cognitivo. Cuando los factores estresantes, o la abstinencia, causan un emociones negativas que entran en la

conciencia, el aumento del sesgo del afecto negativo procesa la información de formas que promueven la administración renovada de sustancias.

Por su parte, Marlatt y Donovan (2005), apoyándose en los beneficios de las técnicas de conciencia plena (*mindfulness*) desarrollan el *modelo de prevención de recaídas*, el cual brinda herramientas de manejo emocional para prevenir escaladas en el deseo del consumo de alcohol y de otras sustancias.

Hady Kober (2014), basándose en los postulados de la *hipótesis de la automedicación*, propone un *modelo de la regulación emocional en trastornos del uso de sustancias*, el cual se grafica de la siguiente manera:

**Figura 7.** Modelo Simplificado de la regulación emocional en Trastornos por el Uso de Sustancias (Kober, 2014)



En el “panel A” (Antes del TUS) se explica que tanto la corteza prefrontal (CPF) como las sustancias pueden servir para regular las emociones. La corteza prefrontal implementa la regulación sobre las emociones negativas y el deseo de consumo (graficado por las flechas hacia abajo sin punta). A su vez, las emociones negativas y el deseo de consumo no regulados se asocian a un mayor consumo de sustancias (flechas hacia arriba con punta). El autor propone que las sustancias también pueden verse como una forma de regulación emocional (flechas hacia abajo sin punta), aumentando los sentimientos de euforia y disminuyendo las emociones negativas y el deseo de consumo. Por otra parte, en

el “Panel B” (Cuando ya se encuentra instalado el trastorno por el uso de sustancias), explica que el consumo crónico de drogas afecta la corteza prefrontal (indicada por una flecha sin punta), disminuyendo su capacidad para regular las emociones negativas, así como el deseo imperioso de consumir (flechas punteadas hacia abajo). Esta desregulación aumenta el consumo de sustancias (flecha hacia arriba con punta), y dicho consumo continúa regulando las emociones y el ansia de consumo aunque, probablemente, con menos eficacia. Dando así como resultado un círculo vicioso de reducción de la regulación emocional basada en la corteza prefrontal, emociones negativas, ansias y mayor consumo de sustancias.

Kober (2014) afirma que varias líneas de investigación apoyan la idea de que las sustancias pueden ser utilizadas para regular las emociones. Entre estas líneas, destaca cinco:

1. Los trastornos de sustancias frecuentemente se dan junto a otros trastornos mentales, especialmente trastornos del ánimo y de la ansiedad.
2. Los tratamientos para esta comorbilidad de trastornos frecuentemente reduce el uso de sustancias.
3. Incluso los niveles normales de emociones negativas se encuentran asociados al uso de sustancias
4. Los estados afectivos negativos son desencadenantes conocidos de ansiedad del consumo ocasional y problemático de sustancias.
5. El consumo de sustancias sirve para regular la experiencia del *craving*, que es uno de los motivadores más comunes para el consumo de sustancias.

El mismo autor (Kober, 2014) refiere que las habilidades para regular las emociones están emergiendo como un importante factor que contribuye en la etiología y sostenimiento del trastorno por el uso de sustancias. Esto por su puesto dentro de una múltiple interacción de variables genéticas, cognitivas, conductuales, y ambientales. Concluye, mencionando que la desregulación emocional puede considerarse como un factor de riesgo temprano para el desarrollo de trastornos por el uso de sustancias.

## 9. Funcionamiento familiar

Comprender el funcionamiento familiar, implica aproximarse a la concepción de familia. Minuchin (1998) refiere que responder a la pregunta “¿Qué es una familia?”, siempre debe estar acompañada de la pregunta formulada por la socióloga Stephanie Coontz (1992): “¿En qué momento, y en qué lugar?”. El autor afirma que una familia es siempre un segmento de un grupo más amplio y en un periodo histórico particular.

La raíz de la palabra *familia*, según Sluzki (1998) fue utilizada en sus inicios para denotar exclusivamente a la servidumbre. Ya en el siglo XV su significado se amplió, abarcando a todos los miembros de la casa: siervos, mujeres cautivas, y descendencia. El vínculo más importante en ese tiempo es un convenio de protección y lealtades mutuas. El uso del término evolucionó progresivamente hacia el contrato familiar moderno, vinculado al concepto de matrimonio romántico (casarse por amor y no por conveniencia) del siglo XIX. El autor destaca que la familia modifica sus configuraciones de manera evolutiva con el correr del tiempo, y que la funcionalidad de una familia debe estudiarse de acuerdo al contexto y al tiempo histórico que se esté viviendo, siempre teniendo presente las propias premisas de la sociedad que la estudia. Explica que el contexto cultural reorganiza una y otra vez cómo la familia se define a sí misma y como la comunidad la representa.

Al respecto, una de las definiciones de familia más utilizadas por la comunidad sistémica es la de Minuchin (1998), quien la define como “un grupo de personas, unidas emocionalmente y/o por lazos de sangre, que han vivido juntos el tiempo suficiente como para haber desarrollado patrones de interacción e historias que justifican y explican tales patrones”. El autor (Minuchin, 1998) distingue entre ‘universalidades familiares’ y ‘particularidades familiares’. Las universalidades tienen que ver con los imperativos relativos al desarrollo que guardan semejanza en todas las familias: la necesidad de los hijos de ser cuidados por sus padres; la organización familiar determina su dinámica; los componentes del sistema familiar tienen edades diferentes y por ende necesidades diferentes; etc. En cambio, las particularidades, refiere que más allá de las semejanzas, todas las familias son diferentes, de acuerdo al momento histórico en que se encuentre, geografía donde habite, cultura en la que esté inmersa, variables sociodemográficas, etc.

Froma Walsh (1994) indica que como consecuencia de los cambios en las estructuras familiares a través del tiempo, diversas definiciones se han dado sobre *normalidad* familiar. Aclara que el mito de un modelo familiar esencial para el funcionamiento familiar o el bienestar tiende a patologizar y estigmatizar aquellos que no se ubican dentro de dichos patrones. Considera que el término “normalidad” familiar es problemático ya que puede referir a conceptos diferentes (normalidad como asintomática, como el promedio, como el estado óptimo, como un proceso, etc.). La autora explica que cuando se define a una familia como *funcional*, el concepto se refiere a la capacidad del sistema para alcanzar sus objetivos, y a las sensaciones subjetivas de bienestar y conexión entre los miembros. Y que siempre la consideración de funcional o disfuncional debe incluir las propias creencias familiares sobre normalidad y salud, así como sus circunstancias económicas, imperativos culturales, y desafíos situacionales y del ciclo vital. Agrega que el término *disfuncionalidad familiar*, tiende a referirse a patrones familiares de bloqueo con respecto a la resolución de sus problemas, y que se encuentra asociada a sintomatología de estrés, más allá del origen del problema. Walsh sugiere que se utilice con precaución la categorización de “familia disfuncional”, ya que lo que puede ser disfuncional a un nivel, puede ser funcional en otro nivel sistémico. También aconseja que se consideren los patrones de interacción particulares que contribuyen al estrés vivido cada familia, y que cuando el patrón familiar se describa como funcional, debemos preguntarnos ¿para qué es funcional? y ¿para quién?.

Ceberio (2013) explica que en la actualidad, en el ámbito de la investigación referente a la familia, nos encontramos viviendo un momento de transición entre paradigmas de estructuras familiares antiguas, donde predomina la rigidez, la asimetría, la claridad de los límites, el hombre ejerciendo mayor poder; hacia nuevas estructuras familiares, caracterizadas por una mayor complementariedad, longevidad, flexibilidad, empoderamiento de la mujer, y apertura en la composición de sus integrantes en cuanto al género y orientación sexual. El autor afirma que hoy en día coexisten ambas estructuras, siendo este periodo histórico un momento de transición.

En el campo de la ciencia, según Minichiello, Maglio, Molina y Schmidt (2010) dos líneas de investigación suelen distinguirse en el estudio de la familia: la *macrosocial* que conceptualiza a la familia como una institución social, donde se agrupan investigaciones sociológicas y demográfica, y la *microsocial*, de allí los investigadores se abocan al estudio psicológico del grupo familiar y sus relaciones internas. Las mismas autoras, refieren que Dilworth-Anderson, Burton y Klein (2004, citado en Minichiello, Maglio, Molina y Schmidt. 2010) diferencian seis enfoques teóricos que han sido aplicados al estudio de la familia, el *enfoque ecológico*, que reconoce la influencia de los recursos naturales y humanos en la vida familiar; el *enfoque evolucionista*, que reconoce a la familia como una adaptación a las tradiciones biológicas y sociales que sobreviven a las distintas generaciones por su éxito reproductivo; el *enfoque sistémico*, el cual, entre otras cosas, distingue estructuras, dinámicas y funciones familiares, describiendo las partes y los procesos que lo hacen actuar como un sistema; el *enfoque evolutivo*, que incluye conceptos como el ciclo vital y el desarrollo familiar; el *interaccionismo simbólico*, que resalta la necesidad humana de buscar significados e identidad interactuando con otros seres humanos, por lo que la familia se convierte en una matriz de significados individuales a evaluar para poder comprender la conducta y, por último, el *enfoque del conflicto social*.

Específicamente el *enfoque sistémico*, tal como explican Ceberio y Watzlawick (1998), recibe aportaciones fundamentalmente los siguientes marcos teóricos de referencia: la ‘Cibernética’ (Wiener, 1947), la ‘Teoría general de los sistemas’ (Bertalanffy, 1968), la ‘Ecología de la mente’ (Bateson, 1972), el ‘Constructivismo’ (Glaserfeld, 1988) y la ‘teoría de la comunicación humana’ (Watzlawick, Jackson, y Beavin, 1967). De esta manera se aprecia cómo este enfoque desde su nacimiento reunió múltiples raíces conceptuales, tales como la matemática, física, informática, biología, antropología, etc. Poco a poco, sus postulados se trasladaron al campo de la comprensión del funcionamiento familiar y el tratamiento terapéutico de las posibles disfuncionalidades en este sistema.

Las autoras de la adaptación argentina de la escala FACES III que mide funcionamiento familiar (Leibovich de Figueroa, Schmidt, y otros. 2010), refieren que la combinación de los enfoques sistémicos, ecológicos y evolutivos proveen un marco de

suma utilidad para analizar el funcionamiento familiar como un todo. A su vez, resaltan ocho modelos teóricos de funcionamiento familiar que han sido los más destacados en términos teóricos, prácticos e instrumentales:

- Modelo de funcionamiento familiar de Minuchin.

Su referente principal es Salvador Minuchin (1985, 1992, 1998), quien, tomando a la familia como un sistema, considera que esta presenta tres componentes: *estructura*, *desarrollo* y *grado de adaptación*.

La *estructura familiar* es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación, y es el conjunto de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Esta estructura se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, los cuales pueden estar formados por intereses, sexo, edad u otras características. Entre los subsistemas más destacados se distinguen: el ‘subsistema conyugal’: compuesto por dos adultos que poseen una relación simétrica, siendo las funciones y pautas de complementariedad; el subsistema parental, el cual tiene como tarea principal socializar al niño, y el ‘subsistema fraterno’, que representa a los hermanos, y es considerado un laboratorio social de relaciones, en tanto que los niños aprenden a cooperar, negociar y competir. Minuchin, refiere que para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites entre los subsistemas deben ser claros ya que conllevan la función de proteger la diferenciación intrasistema, y deber ser firmes pero lo suficientemente flexibles para permitir una modificación cuando la circunstancias cambian. El autor considera que es posible situar a las familias en un gradiente entre uno y otro extremo de límites, según estos sean difusos (familias aglutinadas), claros (espectro normal) o muy rígidos (familias desligadas).

El *desarrollo familiar* es el proceso que atraviesan las familias dentro de diferentes etapas del ciclo vital que implica una reestructuración en sus funciones y pautas.

Y por último, la *adaptación familiar*, es el grado en que la familia se adecua a las circunstancias cambiantes del contexto y a las propias necesidades de los individuos en diferentes momentos, fomentando así el crecimiento psicosocial de cada miembro. En los

procesos de adaptación pueden generarse conflictos que implican la renegociación de nuevas reglas familiares, nuevos subsistemas y nuevas líneas de diferenciación. Se espera que la familia se adapte al estrés de un modo que mantenga su continuidad al mismo tiempo que permita reestructuraciones. En este modelo se apoyaron la mayoría de los modelos posteriores.

- Modelo de funcionamiento familiar de McMaster.

Es desarrollado por Epstein, Bishop, y Baldwin (1983), quienes proponen seis dimensiones para comprender y evaluar el funcionamiento familiar, dimensiones que representan un continuo, y es sus extremos se ubica la disfuncionalidad. Estas son: *resolución de problemas*, esto implica la destreza para resolver los problemas, instrumentales (transporte) o afectivos (depresión), resguardando el funcionamiento familiar, el grado de funcionalidad estará basada de acuerdo a la intensidad y duración de los problemas; *compromiso afectivo*, osea la cantidad y calidad del interés por las actividades de cada miembro de la familia y de la familia completa, siendo la empatía el grado óptimo de compromiso afectivo; *control conductual*, hace alusión a los patrones que utiliza la familiar para manejar el comportamiento de sus integrantes en situaciones que involucran peligro físico, las que exigen afrontar y expresar necesidades psicológicas o biológicas, y aquellas que requieren sociabilización intra o extra familiar, resultado la flexibilidad la premisa que indica funcionalidad; *roles*, analiza las distribución de funciones familiares, las cuales también pueden ser instrumentales (ej. manutención económica) o afectivas (ej. apoyo), esperando que la familia pueda cumplir con las funciones culturalmente delegadas a la familia, sin sobrecargar ningún miembro y supervisando su cumplimiento de forma clara; *comunicación*, se refiere a las modalidades de intercambio de información en la familia, mayores niveles de funcionalidad estarán dados en estilos de comunicación claros y directos; y *respuesta afectiva*, que es la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo, tanto en calidad (comprender las emociones), como en cantidad (grado de respuesta, desde la ausencia hasta la respuesta exagerada).

Este ha sido uno de los modelos más utilizados en investigación ya que los autores diseñaron el instrumento FAD: *The McMaster Family Assessment Device* (Epstein, Baldwin y Bishop, 1983).

- Modelo de procesos de funcionamiento familiar.

Creado por Steinhauer (1987), describe un marco conceptual de funcionamiento familiar basado en siete dimensiones: logro de tareas, comunicación, expresión afectiva, desempeño de roles, compromiso, control y valores y normas. Este modelo amplía los parámetros de funcionamiento familiar propuesto por el Modelo McMaster (Epstein et al., 1983) e indica cómo se influyen entre sí. También, integra tres niveles en su evaluación (sistema, diada e individuo). Este modelo dió lugar al instrumento *Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning* (Skinner, Steinhauer, & Sitarenios. 2000).

- Modelo de sistemas de Beavers de funcionamiento familiar.

Beavers y Hampson (1995) desestiman el uso de tipologías familiares patológicas, y desarrollan un modelo práctico, orientado a la evaluación familiar, describiendo a cada familiar según su nivel de competencia, que se ve en un continuo que va desde un funcionamiento ‘sano’ hasta uno gravemente disfuncional. Este modelo asume la existencia de un potencial de crecimiento y adaptación en todas las familias. La *competencia familiar* indica en qué medida la familia realiza bien sus funciones necesarias, proporcionando apoyo y sustento, estableciendo límites generacionales y liderazgos eficaces, potenciando la autonomía evolutiva de los hijos, negociando conflictos y comunicándose eficazmente. A su vez, incorpora el concepto de *estilo familiar*, de acuerdo al cual la familia puede configurar sistemas centrífugos, tendiente a unir a sus miembros, o sistemas centrípagos, tendiente a separarlos. Mientras más balanceado esté su estilo familiar, más saludable será su nivel de competencia.

- Modelo *FIRO Familiar (Family Fundamental Interpersonal Relational Orientation)*.

Según las autoras este modelo (Doherty & Colangelo, 1984) fue adaptado para su aplicación a las interacciones familiares, proponiendo la evaluación de tres dimensiones que son consideradas necesidades interpersonales básicas de todo individuos: *Inclusión* (proceso de formación de vínculos, permite definir quién está dentro y quién fuera del sistema familiar), *Control* (influencia y poder durante el conflicto) e *Intimidad* (tendencia a intercambios personales cercanos). Uno de los principales postulados de este modelo es que antes los cambios que sufre una familia, sean normativos o no, el dominio más relevante para una adecuada adaptación familiar es la inclusión más que el control. La inclusión resulta prioritaria para la resolución exitosa durante la transición familiar.

- Modelo de Rolland y Walsh.

Vinculado a los conceptos socioconstructivistas, Rolland (1994) afirma que el modo en el cual cada familia funciona está vinculado con diversos componentes: la historia, la cultura, el ciclo vital de la familia, la comunicación y las pautas familiares como la adaptabilidad, la cohesión y los roles. La cultura y la historia adquieren un papel protagónico en el funcionamiento familiar, ya que impone pautas de funcionamiento de la cual depende su adaptabilidad.

- Modelo Circumplejo de los sistemas familiares y maritales.

El modelo circumplejo de los sistemas familiares y maritales (Olson, Sprenkle & Rusell. 1979; 1989) surge con la finalidad de integrar los conceptos teóricos y los estudios empíricos en la literatura sobre la dinámica familiar. Los autores, habiendo estudiado la multiplicidad de conceptos referidos hasta el momento en este campo empírico, refieren que el constructo funcionamiento familiar puede ser definido en base a tres dimensiones: cohesión, adaptabilidad (flexibilidad) y comunicación. Es un modelo que ha tenido una gran difusión académica y empírica con el correr de los años, y una gran variedad de

hipótesis han sido desarrolladas y constadas empíricamente utilizando el modelo Circumplejo (Olson, 2000; Minichiello, Maglio, y Schmidt, 2010).

La hipótesis principal que plantea el modelo, es que los sistemas equilibrados de pareja y familia tienden a ser más funcionales en comparación con los sistemas no equilibrados (Olson, 2000). De esta manera, el balance juega un rol protagónico en la funcionalidad familiar. Los autores refieren que la hipótesis ha sido corroborada en más de 250 estudios donde se implementó la escala de evaluación que surge para evaluar este modelo: Escala FACES: Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, en sus diferentes versiones: FACES I, II, III y IV (Olson, Bell & Porter, 1978; Olson, Portner, & Bell, 1982; Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, Tiesel, Gorall, & Fitterer, 1996). Esta escala fue diseñada para la investigación, la evaluación clínica y la planificación del tratamiento con parejas y familias.

La *cohesión familiar* se define como el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí (Olson, 2000). Dentro del modelo Circumplejo hay conceptos específicos para diagnosticar y medir esta dimensión: unión emocional, frontera familiar, coalición, tiempo, espacio, amigos, tomas de decisiones, intereses y recreación.

Según el nivel de cohesión, la familia puede ser clasificada como: desligada (muy bajo nivel de cohesión), separada (de bajo a moderado), conectadas (de moderado a alto) y enmarañadas (muy alto).

El segundo y tercer nivel (separada y conectada), se consideran niveles moderados o balanceados de cohesión. En estos sistemas los individuos son capaces de ser independientes y, al mismo tiempo, pueden estar conectados con sus familias. En las familias con bajo nivel de cohesión no existe una estructura adecuada de apoyo, los miembros hacen “su propia vida” y predomina el desinterés. En el otro extremo, quienes presentan niveles muy elevados de cohesión no refuerzan la independencia necesaria de sus miembros.

La *adaptabilidad* (o flexibilidad) familiar se define como el monto de cambio en su estructura de poder, sus roles y reglas en respuesta al estrés situacional y propio del desarrollo. Los conceptos específicos que incluye esta dimensión son: poder familiar,

asertividad, control, disciplina, estilo de negociación, reglas, roles, etc. Esta dimensión recibió críticas en sus aspectos conceptuales y métricos, por lo cual el autor modificó la su denominación inicial de *adaptabilidad*, por la de *flexibilidad* (Olson y Gorall, 2003).

Según el nivel de flexibilidad, las familias pueden clasificarse en cuatro tipos: rígidas (muy bajo nivel de adaptabilidad), estructuradas (de bajo a moderado), flexibles (de moderado a alto) y caóticas (muy alto). El segundo y tercer nivel se consideran niveles moderados o balanceados de adaptabilidad. Estos sistemas suelen ser flexibles y consiguen adaptarse a las distintas circunstancias. Un bajo nivel de adaptabilidad implica un estilo familiar autocrático, en donde la capacidad de cambio es limitada. Y un alto nivel de flexibilidad se caracteriza por la falta de estabilidad y por una variabilidad constante que vuelve al sistema desorganizado.

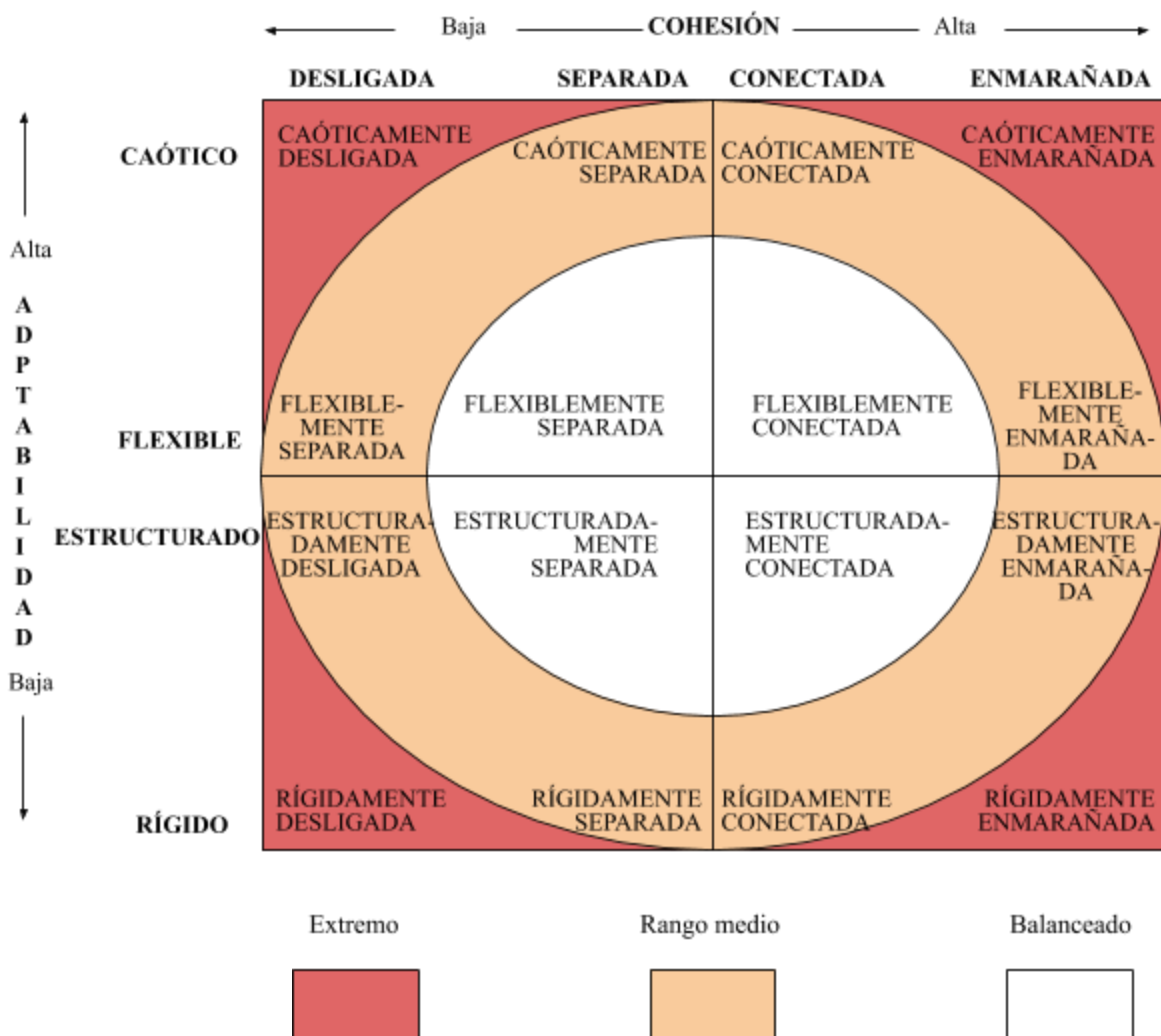
La *comunicación familiar* es la tercer dimensión del modelo y se la considera crítica para facilitar el movimiento dentro de las otras dos dimensiones. Se evalúa teniendo en cuenta: la capacidad de escucha, capacidad para expresar ideas y sentimientos, claridad, continuidad y coherencia relacional, respecto y consideración mutua. Debido a que es una dimensión facilitadora, la comunicación no se incluye en el gráfico del modelo. Esta dimensión se mide específicamente con escalas diseñadas para tal evaluar: comunicación entre los padres y el adolescente (Barnes & Olson, 1982) y la comunicación marital (Olson et al. 1980).

La combinación de los distintos niveles de cohesión y los de adaptabilidad, forman una matriz 4 x 4 que da lugar a una clasificación de 16 tipos sistemas familiares y maritales (ver Figura n° 8). Cuatro de estos 16 son moderados en ambas direcciones (tipo *balanceados*), ocho son extremos en una dirección y moderados en otra (tipo *rango medio*), y cuatro son extremos en ambas direcciones (ver Figura n° 12 en el apartado metodológico - Escala FACES III).

En conclusión, niveles muy bajos o muy altos de cohesión o flexibilidad estarían asociados a un pobre funcionamiento familiar, relaciones disfuncionales y mayor vulnerabilidad al estrés.

A continuación se expone el esquema original del Modelo Circumplejo de Olson.

**Figura 8.** Modelo Circumplejo: 16 tipos de sistemas familiares y maritales (Extraído de Olson, Russell et al. 1989)



- **Modelo de estrés familiar**

Las autoras explican que este modelo da un lugar relevante a los eventos esperados o inesperados que vive una familia, los cuales pueden convertirse en agente de estrés de acuerdo a la evaluación que los miembros del sistema hagan de dicha situación y los recursos autopercebidos. El estrés familiar resulta de un desbalance (real o percibido) entre las demandas y la capacidad para resistir a la crisis, existiendo una serie de factores mediadores que explican las diferentes respuestas familiares e individuales a los estresores, ya que actúan como agentes moduladores del impacto del evento. De estos factores se

destaca los *personales* (rasgos de personalidad), *sociales* (recursos que provee el macrocontexto) y *familiares* (unión emocional entre los miembros, flexibilidad en roles y reglas).

Las autoras concluyen que cada uno de estos modelos puede ser visto como representativo de una etapa en la historia de los modelos de funcionamiento familiar, y que cada etapa incluye y amplía alguno de los aportes propuestos en sus precedentes, pudiendo identificar la influencia de los primeros en los posteriores. A su vez, afirman que cada modelo utiliza una serie de conceptos claves para describir el funcionamiento familiar, siendo que algunos se encuentran emparentados entre sí mientras que otros directamente se repiten a través de los modelos. Algo en común que presentan los modelos es la manera dimensional de comprender el funcionamiento familiar, en lugar de intentar establecer tipologías estancas. Los diferentes autores ubican al funcionamiento familiar equilibrado como saludable, y en sus extremos un funcionamiento más desajustado.

A estos modelos que destaca Leibovich de Figueroa y Schmidt, et al. (2010) debe agregarse, por su relevancia actual, el Modelo de contexto o atmósfera familiar propuesto por el Dr. Linares (1996), donde se apoya su propuesta asistencial de *Terapia Familiar Ultramoderna* (Linares, 2012).

Para comprender el modelo propuesto por Linares, primero debemos considerar el concepto de *nutrición relacional* que el autor formula, ya que este se encuentra a la base de la funcionalidad o disfuncionalidad familiar según en la medida e intensidad en la que se manifieste. Linares concibe a la nutrición relacional como “la conciencia de ser complejamente amados” (Linares, 2012. p. 61). Explica que el amor es un fenómeno relacional complejo complejo que incorpora elementos cognitivos (reconocimiento y valoración), pragmáticos (sociabilización) y emocionales (cariño y ternura).

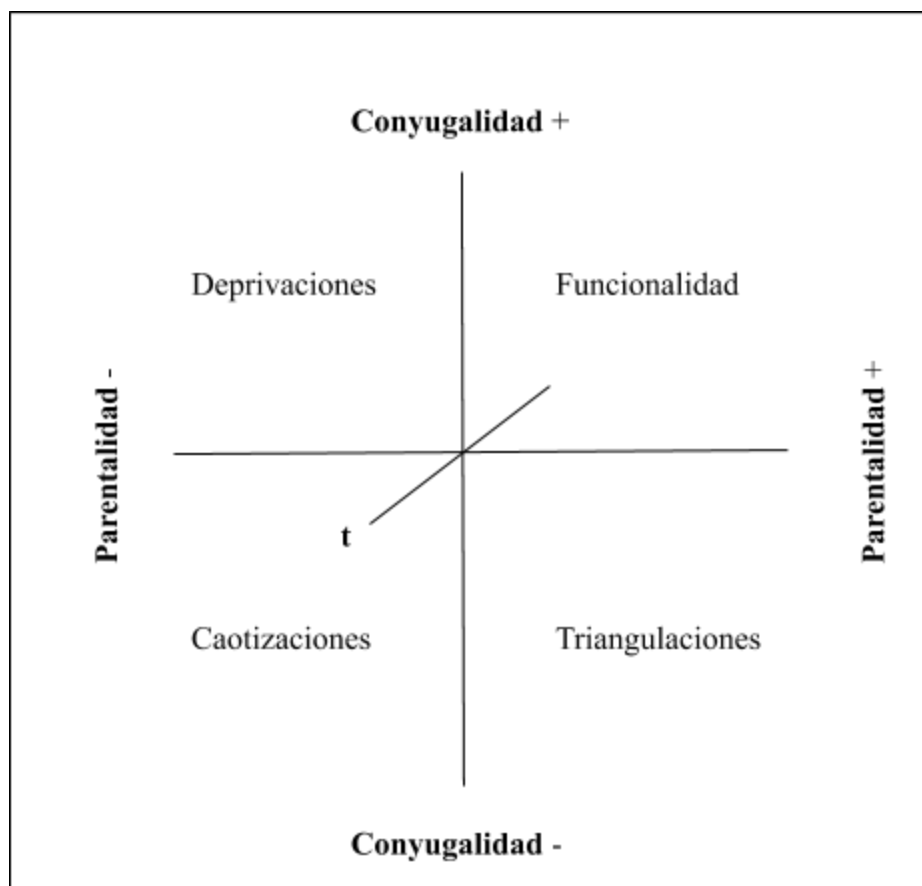
Linares (1996, 2012) distingue una combinatoria de funciones parentales y funciones conyugales dentro del sistema familiar, de acuerdo a las cuales la familia puede ir desde un tipo de funcionamiento más saludable, hasta el contexto propicio para el desarrollo de cuadros graves como la psicosis, trastornos límites de la personalidad, etc.

El autor refiere que la *conyugalidad* es una ecuación que refleja la manera en que los miembros de la pareja parental, o las figuras en que se delega parcial o totalmente el ejercicio de las funciones parentales, se relacionan entre sí. A su vez, puede ser definida como la manera en que se afrontan los conflictos inherentes al ejercicio compartido de la gestión de los hijos, pudiendo representarse como en un continuo de polos ideales que va desde la armonía a la disarmonía, entre los cuales los cónyuges cubren sus necesidades de apoyo, ayuda y nutrición relacional recíproca.

Mientras que la *parentalidad* es una ecuación que recoge el ejercicio de las funciones parentales por parte de los padres o de las figuras delegadas responsables de ellas, pudiendo inscribir estas funciones en un continuo que va de la conservación primaria y deterioro primario. En la parentalidad se destacan las funciones sociabilizantes, mediante las cuales los padres controlan el contacto de sus hijos con la sociedad ayudando a defenderse de las agresiones de los otros (funciones protectoras), y orientándolos sobre cómo tratar a los otros (funciones normativas). Además, la parentalidad también incluye las funciones nutricias, mediante los cuales los padres proporcionan reconocimiento, valoración y amor a sus hijos.

Linares (2012) aclara que las funciones nutricias son más sólidas y menos vulnerables que las sociabilizantes, pero que también son difícilmente compensables o sustituibles cuando se deterioran y las consecuencias de su alteración son más destructivas. Explica Linares, que la parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada sin que ello afecte de manera relevante al estado de la conyugalidad. A modo esquemático, el cruce de estas dos dimensiones crea cuatro espacios o cuadrantes correspondientes a distintas atmósferas relacionales, tal como se representa en la siguiente figura: (ver hoja contigua)

**Figura 9.** Esquema de atmósferas relacionales propuesto por el Dr. Linares (2012).



Hay una tercer dimensión, la cual corresponde al *tiempo*, que en el esquema se encuentra graficada por la letra “t”, y representa el dinamismo del modelo, el cual lejos de ser estático puede evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital. La *funcionalidad* indica que bajo ciertas circunstancias relacionales favorables los niños tienen las mejores opciones para construir una personalidad madura y equilibrada. Las triangulaciones, caotizaciones o deprivaciones, no sólo indicarían disfuncionalidad sino que el autor las considera dentro de las tres grandes variedades de maltrato psicológico. Cada uno de sus tres cuadrantes respectivos conforman el contexto relacional propicio para el desarrollo de diferentes cuadros psicopatológicos, por ejemplo: una combinatoria de una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada suele conformar una atmósfera

relacional donde los hijos son privados de la nutrición relacional necesaria, hiperexigidos e infravalorados en sus esfuerzos, siendo esta combinación un contexto óptimo para el desarrollo de cuadros depresivos.

Habiendo realizado el recorrido teórico por los diferentes modelos de funcionamiento familiar más relevantes, se se realizará un recorrido histórico por la literatura sistémica, destacando los postulados teóricos que mayor impacto académico han generado en la comprensión de las familias que presentan Trastornos por el Uso de Sustancias.

## **10. Funcionamiento familiar y trastornos del Uso de Sustancias**

Resulta interesante comenzar este punto rescatando el artículo de Bateson (1971) donde propone una teoría cibernética del alcoholismo y analiza el programa de los 12 pasos desarrollado por Alcohólicos Anónimos. Menciona que el alcoholismo es un escape de las propias premisas insanas de la persona. La intoxicación proporciona un cambio en su epistemología *sobria*, la cual presenta un error o patología subjetiva, por la tanto la ingesta de alcohol tiene una función correctiva. Bateson considera que los primeros dos pasos propuestos por AA<sup>2</sup> no son una rendición, sino simplemente un cambio en la epistemología, un cambio en cuanto al conocer lo que hace a la personalidad en el mundo.

Es probable que la primera revisión sobre investigaciones de las familias de abusadores de drogas sea la de Seldin (1972). En la misma, el autor comenta que en la mayoría de los artículos se destaca un funcionamiento familiar inestable, marcado por una historia de divorcios y separaciones. La madre es vista como una figura dominante y ambivalente en su papel: en exceso indulgente, y a la vez altamente interdependiente con el niño adicto. El padre se describe como ausente, ya sea por desapego o una separación física real. También menciona que el matrimonio del adicto repetía la dinámica de la familia nuclear.

---

<sup>2</sup> Primer Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: “Admitimos que somos impotentes frente al alcohol”.

Segundo Paso propuesto por el modelo de los 12 pasos de AA: “Creemos que un poder superior a nosotros puede devolvernos la salud”.

En la revista *Family Process*, en el año 1975, aparecía la primera publicación con una revisión sobre el funcionamiento familiar de los abusadores de drogas que diferenciaba metodologías cualitativas, cuantitativas y aquellas con grupos de control (Harbin y Maziar, 1975.) Los autores mencionan que, hasta ese momento, la etiología sobre el consumo compulsivo en la mayoría de las investigaciones se centraba en aspectos sociológicos y epidemiológicos, luego seguían aquellas que indagaban sobre la psicodinámica individual, y las menos eran las que abordaban la problemática desde una perspectiva familiar. De su investigación se desprende que la constelación familiar más frecuentemente identificada es la combinación de una madre sobreprotectora con un padre ausente, o emocionalmente distante, fundamentalmente en la infancia del adicto. Pero, agregan que esta configuración ha sido propuesta para muchos tipos de familias donde hay un paciente psiquiátrico identificado, por lo que sugieren un mayor refinamiento al respecto. A su vez, critican el trabajo de Seldin (1972), comentando que no creen que sea muy útil para determinar modelos de investigación y de aplicación en adicciones ya que incluye muchos artículos psicológicos individuales, sociales y psiquiátricos, pero que no abarcan específicamente la familia en su totalidad, y no diferencia la eficacia de las metodologías implementadas. Refieren que, en general, el exceso de protección de la madre y la ausencia de una identificación positiva con el padre son factores que influyen directamente en la contribución al desarrollo de abuso de sustancias, pero tienden a ser vistos como variables separadas, lectura que no es coherente con los sistemas familiares que ve esas características parentales como interdependientes. El único hallazgo que se observó en todos los estudios que analizaron fue un mayor porcentaje de ausencia de uno de los padres en la infancia del adicto y en la adolescencia temprana. En esta línea, los autores dan valor al trabajo de Cancrini (1970) quien muestra una gran alteración familiar, con un 40% - 45% de los pacientes con un padre ausente o sin familia en absoluto.

Kauffman (1981) realiza un análisis de patrones estructurales familiares mediante los conceptos de Minuchin (1975) en familias de narcóticos. Concluye que la estructura más común era compatible con familias de consumidores de otras sustancias, y con familias de otras patologías. Esta era: madre e hijo extremadamente aglutinados, excluyendo al

padre quien reaccionaba con desligamiento u hostilidad. Por otro lado, menciona que los patrones familiares de adictos a narcóticos varían en diferentes grupos étnicos. Por ejemplo, los padres aparecían como desligados en familias de blancos protestantes y negros, y aglutinados en Italianos y Judíos.

A los fines de flexibilizar algunas posturas que se venían manteniendo, y reforzar otras, Kaufman (1980) describe mitos en los patrones familiares de los abusadores de sustancias:

1. Las familias donde el paciente identificado (PI) tiene un problema de drogas son diferentes de las familias en donde el PI tiene un problema con el alcohol.

2. Las relaciones familiares son relativamente poco importantes en la génesis y el mantenimiento del abuso de sustancias.

3. Las relaciones familiares son factores claves para generar y mantener la mayoría, si no todos, los abusos de sustancias.

4. La intensa coalición transgeneracional entre madre e hijo es única para el abuso de sustancias y es el factor patológico más importante en estas familias.

5. Los padres de este grupo no están comprometidos, son brutales y / o son alcohólicos.

6. Los factores familiares son tan inconsistentes que son generalizables para todos.

7. Los factores familiares en los abusadores de sustancias hombres son generalizables a las mujeres.

8. El triángulo de pareja adicto-parental es tan crucial que se puede pasar por alto el rol de los hermanos.

9. Las estructuras familiares observadas en un punto del tiempo son generalizables a otros períodos del tiempo en el ciclo vital de la familia.

10. Actualmente conocemos las estructuras familiares de los que abusan de sustancias: En este punto, el autor asocia la limitación en el conocimiento a la pobre línea base de investigaciones al respecto. Comenta que los estudios hasta ese momento se habían limitado a dos tipos: observaciones de las conductas familiares (que se ofrecieron como

voluntarias) y entrevistas o inventarios a los abusadores de sustancias, con escasos trabajos que hayan cuantificado los resultados.

Ya en el año 1984, Kaufman describe sus hallazgos en cuanto a las familias de adolescentes que abusan de sustancias. El descubrimiento más recurrente fue que los padres de los jóvenes también abusaban de sustancias, generalmente el padre lo hacía con el alcohol y la madre hacía abuso de medicamentos recetados. Y de manera contundente afirma que el abuso de sustancias por parte de los padres es un determinante mucho más importante del abuso de sustancias de los jóvenes, que la actitud de los padres hacia el consumo que presentan sus hijos. (Kandel et al., 1978, en Kaufman 1984).

Haley (1980) propone un modelo para entender la etapa de individuación del adulto joven. Cuando está dificultado este momento del ciclo vital, pueden presentarse síntomas como la adicción a las drogas, debido a los problemas que surgen entre jóvenes y padres que se separan. Concluye que, si bien la adolescencia es un periodo crítico para comenzar a abusar de sustancias, la emancipación es aquella etapa que reviste mayores riesgos. La posible ida de los jóvenes de la casa implica importantes cambios en los hábitos y las relaciones entre sus padres. La aparición del síntoma puede llegar a bloquear esta evolución manteniendo así el status-quo. Los familiares que muestran síntomas no son siempre los mismos. Haley resalta que la depresión es usualmente presentada por la madre, y la anorexia, depresión, psicosis o drogadicción por parte de los jóvenes (Haley, 1980 en Coletti, 1994). Unos años antes (Haley, 1967) desarrolla un concepto fundamental, el de triángulo perverso, aplicado a coaliciones negadas de dos personas pertenecientes a generaciones diferentes contra una tercera, siendo más grave si se da entre distintas generaciones. Esta triangulación según Haley es característica de la familia de esquizofrénicos y también de adictos.

Stanton, Todd y cols. (1980) describen que los estudios hasta ese momento eran limitados en los datos que suministraban, al menos en términos del paradigma sistémico. Ellos realizan observaciones conductuales de familias de abusadores de drogas “en acción”. Los datos son extraídos de más de 450 videos de sesiones familiares, las cuales se estudiaron en grupo focalizando en secuencias conductuales repetidas, formación de

coaliciones y otros patrones observables. Explican la cronicidad de la drogadicción desde el funcionamiento familiar. La familia recurre a mecanismos homeostáticos frente a los cambios necesarios que exige el ciclo vital, fundamentalmente en la adolescencia del hijo adicto. Estos mecanismos sirven para conservar la adicción, y a su vez la estabilidad familiar. Los investigadores describen un triángulo relacional (mamá-hijo-papá) donde la enfermedad del hijo evita que las tensiones de la pareja conyugal sean visibles, y una vez que los padres atienden la enfermedad y el hijo mejora, la pareja conyugal entra en crisis, y el síntoma irrumpe nuevamente a los fines de mantener el equilibrio en el sistema.

Los autores comentan que la familia prototípica de drogadictos era aquella en la que uno de los padres está intensamente involucrado con el abusador de sustancias, mientras que el otro es más punitivo, distante o ausente (Stanton y Todd, 1982). Usualmente el padre sobre-involucrado e indulgente es del sexo opuesto. Las relaciones padre-hijo varón adicto son descritas generalmente por el adicto como negativa, con implementación de una disciplina ruda e incoherente (sobre todo en sujetos que se inyectan heroína en lugar de inhalarla). El padre resulta ser una figura distante, débil o ausente. En la mujer adicta, resalta la competencia con su madre, a quienes consideran autoritaria y sobreprotectora, mientras que el padre se caracteriza por ser inepto, sexualmente agresivo y alcohólico. En estos casos las posibilidades de incesto son grandes.

También menciona Stanton (1979) que ambos padres de los adictos generalmente tienen relaciones matrimoniales muy perturbadas, sin la posibilidad de relacionarse satisfactoriamente entre sí, y desvían sus luchas a través hacia sus hijos. El niño puede incluso servir como cónyuge sustituto de uno de los padres, lo que permite que el otro mantenga cierta distancia. A menudo, el problema del niño se convierte en la única “causa” alrededor de la cual los padres pueden unirse. En consecuencia, el inicio de la adolescencia, con su amenaza de perder al adolescente ante los extraños, anuncia el pánico de los padres. La familia se queda estancada en esta etapa de desarrollo y se establece un proceso crónico y repetitivo, centrado en el crecimiento, la individuación y el abandono del paciente identificado. El uso de drogas es una solución paradójica al dilema de permanecer o irse, ya

que permite un cierto nivel de competencia dentro de un marco de incompetencia, es decir, es una pseudoindividuación.

Según Stanton (1979) las características distintivas de las familias adictas son las siguientes:

a- Mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, particularmente alcohol entre los hombres, más una propensión a otras conductas similares a la adicción, como el juego y la televisión.

b- Expresión del conflicto más primitiva y directa, con alianzas bastante explícitas.

c- El comportamiento de los padres adictos es caracterizado como “no esquizofrénico”.

d- El adicto tiene un grupo de pares o subcultura al que se retira (brevemente) después de un conflicto familiar.

e- Las madres de los adictos presentan prácticas “simbióticas” de crianza, y también muestran mayores necesidades simbióticas que las madres de esquizofrénicos.

f- Una preponderancia de temas de muerte y muertes prematuras, inesperadas o inoportunas dentro de la familia.

g- El síntoma de la adicción proporciona una forma de “pseudoindividuación” en varios niveles, que se extiende desde el nivel farmacológico individual al de la subcultura de drogas.

Este último concepto de pseudoindividuación es propuesto por Stanton (1979, 1982) para describir cómo el paciente con problemas de consumo, a través de sus conductas transgresoras, protestatarias, y de distanciamiento del mundo de los adultos cercanos a él, pareciera haber dejado atrás definitivamente la infancia y el vínculo con sus padres. Pero estas conductas revisten un carácter ilusorio, ya que estas actitudes lo hunden aún más en su familia de origen, y lo hacen más dependiente de sus padres en términos económicos, de mantenimiento y de tratamientos.

Los investigadores (Stanton y Todd, 1982) llegaron a la conclusión de que el síntoma del consumo abusivo de sustancias tiene la funcionalidad de ofrecer al adicto y su familia una resolución paradójica de su dilema de disolver o mantener la familia, de su permanencia o partida. Esto debido a múltiples factores: el consumo le permite ser infantil

y apegado, aunque esté distante. En cada episodio de consumo se afirma la autonomía y asertividad, llegando incluso a ser agresivos, pero esta es una pseudoindividuación, y la familia atribuye a la sustancia los sentimientos y actitudes hostiles hacia ellos, sin reconocerlos como sentimientos legítimos del paciente. La droga durante la adolescencia brinda una experiencia cuasi-sexual manteniendo la lealtad con la familia de origen, especialmente con la madre. El paciente adicto parece ser exitoso y competente en el marco de la subcultura de la droga pero resulta incompetente en los demás, resolviendo así su dilema pareciendo estar fuera de la familia, aunque solo en un sentido que es tolerable por sus padres.

Ya en el viejo continente, más precisamente en Italia, Cancrini (1982, 1987) rescata las formulaciones de Bowlby sobre cómo las vivencias traumáticas infantiles de separación, y las carencias de cuidados, pueden resultar agentes etiopatogénicos de las toxicomanías. Entiende al trauma no necesariamente como la presencia de un hecho dramático que interrumpe la continuidad de la existencia, sino que efectos similares también pueden darse en diversas situaciones en las cuales la persona no puede adaptarse o rebelarse, y solo logra tener una noción vaga o incierta de estos. Propone una clasificación categorial de las toxicomanías que va desde una descompensación claramente ligada a un trauma, hasta aquella en la que el trauma es mínimo o de difícil identificación.

Tipo A: Toxicomanías Traumáticas: Asociadas a un trauma psíquico de gran intensidad, duelos, enfermedades, separaciones familiares, decepciones sentimentales. Los montos de dolor son descritos como insoportables. Aquí el síntoma de la toxicomanía no depende de la acción de una estructura neurótica precedente y tiene la función de evitar la conciencia y el dolor. (Cancrini, 1994). El autor indica la terapia familiar focalizada en la elaboración del duelo (Cirillo y cols., 1996).

Tipo B: Toxicomanías del área Neurótica: Aquí el síntoma cumple la función de evitación de un conflicto doloroso familiar. Se da fundamentalmente en las situaciones donde el hijo es triangulado en una coalición transgeneracional negada, con límites demasiado permeables entre los subsistemas. Aquí también prevalece la indicación de

tratamiento familiar, como medio para apoyar tanto al paciente como a su pareja en el manejo de la crisis luego del movimiento de la persona joven hacia la separación.

Tipo C: Toxicomanías de transición: la sustancia viene a cubrir o compensar estados neuróticos y excepcionalmente psicóticos. Existe la presencia de antiguos y pequeños traumas verificables y la implicación de ambos padres en la vida y el síntoma del hijo. El problema principal es la dispersión de la identidad del toxicómano al hacer frente a sus diferentes necesidades. La sustancia colabora en controlar síntomas pre-existentes fundamentalmente en personalidades de fácil pasaje al acto (Cancrini, 1982). Sugiere abordaje familiar a los fines de redefinir el síntoma en términos de control y de funciones interpersonales.

Tipo D: Toxicomanías sociopáticas: presencia de notables abandonos prematuros, institucionalizaciones, comportamientos antisociales, antecedentes de enfermedades psiquiátricas en los progenitores. El problema principal es la inhabilidad para lidiar con sus emociones y sentimientos agresivos y la función del síntoma está dada para facilitar su expresión a través de acting out (Cancrini, 1996). Se evidencia la imposibilidad de un verdadero proyecto terapéutico, más bien se puede trabajar a modo de sostén dentro de un recorrido que se estructura en contactos sucesivos y desordenados (Cirillo y cols., 1996).

Con respecto estrictamente al funcionamiento familiar, Cancrini (1988) explica que las familias de los toxicómanos no pueden verse como sistemas homogéneos, y se distancia de Haley (1980) al mencionar que los estudios de este último fueron llevados a cabo exclusivamente con familias incluidas en las categorías B o C de su tipología. También se diferencia de los postulados de Stanton y Todd (1982) por el mismo motivo.

**Tabla 3. Las Familias de los Toxicómanos (Cancrini, 1996)**

<b>Matrimonio</b>	<b>Características Familiares</b>	<b>Función del síntoma</b>	<b>Actitud hacia síntoma</b>
Tipo A	Paciente identificado como hijo parental	Evitación del miedo y el dolor	Basado en la negación
Tipo B: Fingido	Padre periférico y coalición intergeneracional	Mantenimiento de distancia en los padres	Basado en la manipulación y en la provocación
Tipo C: Compulsivo	Límites inciertos entre los miembros de la familia	Evitación de la individuación y la separación	Complicidad, colusión.
Tipo D: Inconsistente	Familias Multiproblemáticas	Mantenimiento de la relación dependiente-agresiva	Indiferente, colusión.

Tal como describe la Tabla n° 3, Cancrini propone que el síntoma de consumo posee una función diferente según la dinámica relacional del sistema familiar. Así, por ejemplo, en una pareja de padres que han establecido un matrimonio pero con una escasa ligazón afectiva entre ellos, y con un funcionamiento parental polarizado donde existe un padre periférico y una madre sobreimplicada con su hijo, pero a su vez coaligada con su propia madre en contra de su este, la función del síntoma será la de mantener la distancia entre sus padres (preservar el equilibrio del sistema) y, a su vez, mantenerse distante de ellos, producto de los sentimientos generados por las manipulaciones a las que se ve sometido gracias a un funcionamiento del sistema caracterizado por la triangulación relacional, a lo que responderá con provocaciones hacia figuras jerárquicas: padres, terapeutas, etc.

Por su parte, también en Italia, Cirillo, S. y cols. (1996) realizaron un estudio de homologías estructurales, donde analizaron en retrospectiva más de un centenar de casos con el objetivo de identificar estructuras típicas de sujetos dependientes a la heroína y trazar un posible recorrido procesal de un toxicodependiente, analizando el desarrollo evolutivo de las relaciones familiares. Encontraron grandes dificultades en los padres de la familia de origen del toxicómano para afrontar las tareas correspondientes a la crianza de sus hijos en la adolescencia. Estos padres no proporcionaban una base segura en los momentos de avatares, base de la cual se pudiera volver a partir para nuevas exploraciones (Josselson, 1980; Bowlby, 1988; Hauser, Powers y Noam, 1991, citado en Cirillo, S y cols., 1996.), y obstaculizaban el desarrollo diferenciado y autónomo de sus hijos adolescentes.

Los autores, refieren que en la familia de origen de los toxicómanos existe una sobrecarga de los valores maternos, debilitando así la función típicamente paterna de facilitar el distanciamiento de la familia, produciéndose una maternalización de la función afectiva paterna, ubicando así al hijo en una triada patogénica relacional paciente-madre-abuela materna. Siguiendo esta línea, afirman que para comprender la elección sintomática es necesario tener un enfoque de acercamiento trigeracional, tomando contacto con las vivencias traumáticas, generalmente encubiertas, que cada padre del adicto presenta en los vínculos con su familia de origen, con repercusiones emocionales minimizadas. Estas carencias son transmitidas a la generación posterior, reconociendo así la

transmisión intergeneracional del trauma o carencia como cofactor etiopatogénico más relevante.

Cirillo y sus colaboradores (1996) se sitúan en la misma línea que Bowlby (1969, 1980) al comentar que en estas familias no existe un exceso de atención materna, sino más bien que la falta de atención a las necesidades del hijo crea un patrón de apego patológico con esta figura. En cuanto a la posición del padre, se destaca su perifericidad explicada a partir de sus propias situaciones de sufrimiento y la privación del aporte paterno durante su niñez y adolescencia obligándolo a una prematura adultización. Otros aspectos que resaltan son un alto porcentaje de separaciones en la pareja conyugal, y padres del futuro toxicómano huérfanos de padre desde joven, o con un padre manifiestamente incompetente.

En síntesis, el continuum del estadio procesal etiopatogénico relacional que ellos sugieren es el siguiente:

1. El padre se distancia prematuramente de su familia de origen aunque de manera aparente.
2. La madre no se distancia nunca, permaneciendo dependiente de la relación con su propia madre.
3. Las dificultades del distanciamiento de los padres crean una unión matrimonial fundada en el intento de replicar y resolver los problemas con su propia familia de origen.
4. El nacimiento del hijo representa la posibilidad de redefinir el rol de padre/madre-hijo en relación a la propia familia de origen. La madre, más atenta a la relación con su propia madre que a su hijo, atiende a este de manera “remendada”. El padre está afectivamente fuera del rol, expropiado por los abuelos maternos.
5. La adolescencia del hijo es una información traumatizadora para los padres, se desconocen las tensiones evolutivas del hijo.
6. El uso de la droga se convierte en una autoterapia, a los fines de afrontar las desilusiones de una infancia colmada de deprivaciones, y a la vez vehículo de protesta respecto de las exigencias reivindicativas no vividas conscientemente a causa de los mecanismos de ocultamiento.

A su vez, dividen estos estadios en tres recorridos posibles, según la modalidad con la que el abandono o carencia es “callado u ocultado”. El primer recorrido es denominado abandono disimulado, el segundo es el abandono desconocido, y el tercero es el abandono activo. Los autores asocian al primer recorrido con el tipo A y B de toxicomanías descritas por Cancrini (1982), al segundo con el Tipo C, y al tercero con el tipo D. Los autores ubican sus postulados dentro de la dimensión relacional-simbólica del modelo sistémico, distanciándose del modelo sistémico-constructivista.

Haciendo foco en los procesos contextuales que determinan la eclosión del consumo de sustancias, Linares (1997) analiza que la metáfora social posmoderna no es ya la producción, sino el consumo, y que la familia que mejor se adapta a ella no es la nuclear, sino la reconstituida, de mayores capacidades consumistas. Y agrega, que la metáfora social del consumo inspira a los dos grandes trastornos posmodernos: la drogodependencia y la anorexia-bulimia. Suma, a su vez, a estos dos cuadros la aparición de la familia multiproblemática, en la cual dentro de la multiplicidad de síntomas posibles que pueden darse en ella, el abuso de sustancias se da de manera muy frecuente, debido a una parentalidad y conyugalidad deterioradas y a la nutrición emocional desplazada por la utilización instrumental en el vínculo parental.

Luego de este periodo se aprecia un decaimiento en la producción literaria sistémica sobre la estructura y el funcionamiento familiar en toxicomanías. Las investigaciones se centran en mayor medida, aunque de manera aislada y fragmentada, sobre el abordaje terapéutico familiar más que en el funcionamiento familiar en sí mismo. En este sentido Juan Luis Linares (2000), comenta que la comunidad psiquiátrica tradicional se ha sentido incómoda frente a los desafíos, la poca docilidad y la gran cantidad de implicaciones sociales, médicas, legales, que presentan los pacientes toxicodependientes, en comparación con pacientes depresivos o psicóticos. Esta incomodidad, según refiere el autor, ha propiciado la renuncia a gestionar las toxicomanías.

Posteriormente a los años 2000, aparecen algunos pocos autores que en solitario continúan desarrollando material teórico sólido con respecto al funcionamiento familiar en el abuso de sustancias contemporáneo a nuestro tiempo. Entre ellos se encuentra, por

ejemplo, el trabajo de Abeijón (2008) en relación a los niveles jerárquicos familiares. Destaca que en estas familias suele darse una inversión de la organización jerárquica habitual, donde las dos figuras parentales no se encuentran en una posición superior a la de los jóvenes, sino que uno de los progenitores queda situado por debajo de la otra figura en la jerarquía familiar. Frente a la pregunta sobre: ¿Cuál es el contexto relacional propio de los Trastornos por consumo de sustancias en la actualidad? Linares (Comunicación personal, 17 de Octubre del 2017) comenta que debido a la enorme expansión del abuso de sustancias en las últimas décadas, el consumo abusivo se presenta como un fenómeno cultural que invade todo el universo psico-relacional disfuncional. De esta manera las drogodependencias no tienen una ubicación precisa en su modelo de parentalidad-conyugalidad, situándose distribuidas en los ámbitos neuróticos, limítrofes y sociopáticos principalmente, y también psicóticos en menor medida.

De la revisión realizada de la literatura sistémica sobre esta problemática se concluye que hay un notable y valioso desarrollo teórico entre los años 70 y 80, el cual disminuyó en los 90, y en las últimas dos décadas ha visto una disgregación de propuestas, las cuales en su mayoría aluden al tratamiento, pero no necesariamente a la comprensión del funcionamiento familiar, corriendo así el riesgo de producir dispositivos terapéuticos para familias con características de años anteriores. Aun así, los postulados desarrollados hasta ahora sobre estas familias son los que han dado lugar a modelos de intervención que han mejorado notablemente la efectividad de los tratamientos, siendo hoy la terapia familiar casi un requisito indispensable en los abordajes de estos trastornos.

Son dos los contextos que nuclea la producción de conocimiento de mayor impacto académico, por un lado el Norteamericano (Minuchin- Haley- Stanton), y dentro del Europeo, fundamentalmente Italia es el país que más sustento teórico, clínico, e investigativo, presenta al respecto (Cancrini - Cirillo - Coletti). Existe una coherencia y una continuidad entre los distintos teóricos de cada contexto, siendo Minuchin, Haley y Cancrini los más influyentes, aunque las clasificaciones de Cancrini no han sido consideradas en los últimos años con la misma relevancia que durante los 80 y los 90,

siendo que es una tipología abarcativa y clarificadora, inclusive con las modificaciones familiares actuales.

Otro punto a destacar de la revisión literaria, es que impresiona una ausencia de responsabilización al padre sobre el acontecer del hijo con problemas de consumo. Más bien, se observa una carga notable e histórica hacia la madre. Es fundamental virar, de una manera ultramoderna (Linares, 2012), hacia la responsabilización de todos los individuos involucrados en el problema, y hacia la focalización de los recursos resilientes y positivos de la familia.

A continuación, se expondrán las investigaciones realizadas con respecto a las variables de la presente investigación, destacando aquellas más relevantes e informando sus metodologías implementadas.

### III. ANTECEDENTES EMPÍRICOS

#### 1. Evaluación psicológica de Apego en adultos.

A lo largo de los últimos cuarenta años, gran cantidad de investigaciones (Bakermans-Kranenburg et al, 2005) se han realizado sobre la TDA empleando distintas metodologías. Desde los comienzos ha habido diferencias entre los investigadores en cuanto a cuál es la metodología apropiada para evaluar estilos de apego en adultos. La discusión ha radicado inicialmente en determinar si las entrevistas o los cuestionarios de autoreportes eran más adecuados para la evaluación del concepto de apego.

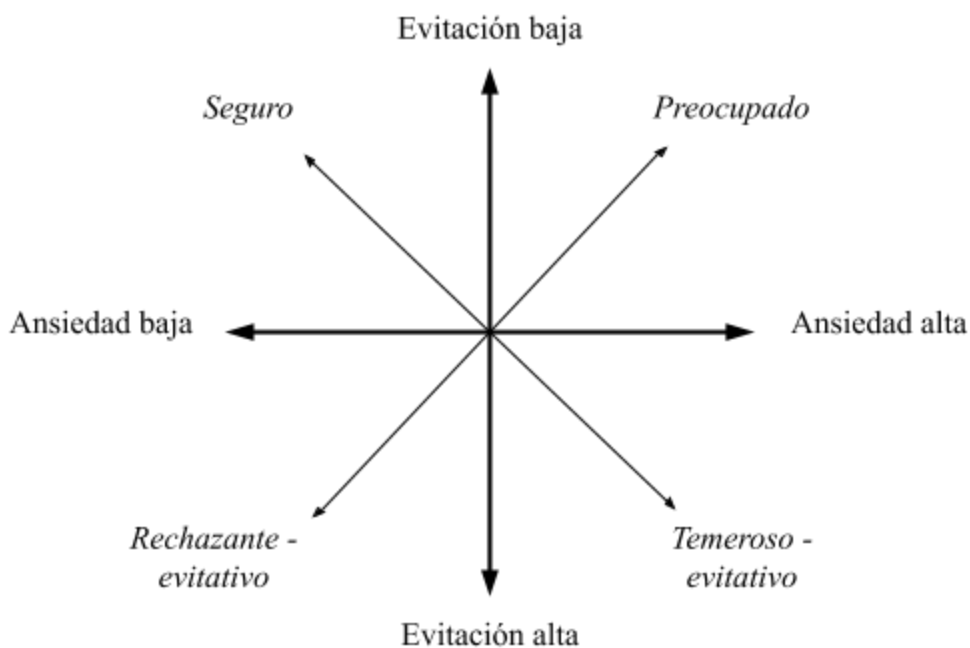
En relación a esto Bartholomew & Shaver (1998) señalaron que allá por los años 80 surgieron dos grandes líneas de investigación. Por un lado las del equipo de Main (George, Kaplan, & Main, 1985), quienes desarrollaron la entrevista de apego adulto (AAI), la cual se basa en la expresión de experiencias infantiles en relación al cuidado recibido por los padres. Quienes trabajaban en el equipo de Main eran psicólogos clínicos preocupados por dilucidar los mecanismos psicodinámicos de defensa que se desprendían de los patrones de apego, el foco estaba puesto en el recuerdo de la relación padre-hijo, y en aspectos cualitativos de la entrevista (representaciones mentales). Según cómo hubiera desarrollado el relato la persona en la entrevista, esta podría ser categorizada en: Apego Seguro, Evitativo o Ansioso. Por otro lado estaba el trabajo de Hazan & Shaver (1987) quienes desarrollaron un cuestionario de autoreporte donde foco estaba puesto en las relaciones románticas del presente (patrones comportamentales), el mismo se denominó: *Romantic Attachment Categories* (RAC). La persona podía ser clasificados en 3 categorías: Apego seguro, Evitativo o Ansioso. El equipo de Shaver estaba compuesto por psicólogos de la personalidad y sociales quienes tendían a pensar en términos de rasgos de la personalidad e interacciones sociales.

La psicóloga canadiense Bartholomew en 1990 había realizado un estudio comparativo entre ambos métodos, en el cual encontró cierta divergencia: La AAI intentaba dilucidar defensas, mientras que el cuestionario daba cuenta de miedos conscientes que

determinadas conductas de apego. Por otra parte notaba cierta diferencia de conceptualización en cuanto al constructo de apego adulto.

A su vez, encontró cierto grado de convergencia entre ambas maneras de proceder en cuanto a los resultados obtenidos al incluir a las personas en categorías. Frente a esta situación, la autora diseñó en 1991 un cuestionario de autoreporte *Relationship Questionnaire* (RQ) agregando una categoría más al confeccionado por Shaver: Apego Seguro, Ansioso, Evitativo y “Temeroso”. Subyacente a los cuatro estilos de apego hay dos dimensiones: ansiedad y evitación. A este cuestionario le sumó dos entrevistas, que apuntaban por un lado a las relaciones infantiles, y por otro a las relaciones románticas mantenidas al momento de ser entrevistado, apoyándose así en los principios de la AAI. Así, Bartholomew ideó medidas de entrevista y autoinforme de los cuatro estilos y las dos dimensiones que los organizan conceptualmente, tal como se observa en el modelo bidimensional de las diferencias individuales en el apego adulto:

**Figura 10** . Modelo bidimensional de las diferencias individuales en el apego adulto. Bartholomew (1990), ilustrado por Shaver y Fraley (2010)



Posteriormente, en 1994, Bartholomew da forma al RSQ. Esta escala fue tomada por Casullo & Liporace (2005) para realizar estudios empíricos en nuestro contexto, obteniendo por estas últimas como resultado la posibilidad de distinguir 3 dimensiones en lugar de 4, unificando los estilos evitativos y temerosos. Los autores refieren que esos resultados coinciden con los descubrimientos iniciales de Ainsworth, revisados por Shaver (1987).

También en 1991, Sperling & Berman crean el ASI (Attachment Style Inventory), el cual consistía en cuatro viñetas a puntuar del 1 al 9, e incluía en su evaluación a figuras de apego cercanas tales como pareja, amigos, madre y padre. Sus resultados revelaron que las puntuaciones se distribuían en dos factores que fueron nombrados como ‘ansiedad asociada al apego’, y ‘evitación asociada al apego’. Luego en el 1998, usaron su información para desarrollar el *Experiences in Close Relationships (ECR) inventory*. Un cuestionario de 36 ítems utilizando aquellos que mejor impactaron en las dimensiones de ansiedad y evitación. Este cuestionario, y sus derivados, ha sido durante mucho tiempo el más utilizado para evaluar apego en adultos (Crowell, J. Fraley, C. Roisman, G. 2016).

El ECR fue revisado y mejorado por Fraley, Brennan & Waller (2000) quienes confeccionan el *Experiences in Close Relationship-Revised Questionnaire (ECR-R)*. Los autores encontraron que la ECR podría ser mejorada usando métodos IRT (Item Response Theory) para seleccionar elementos del original Brennan et al. (1998). Ya en 2011 Fraley, M. & Brumbaugh dan forma final al *Experiences in Close Relationship- Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS)*, el cual está diseñado para evaluar la dimensión del apego en un contexto múltiple, teniendo en cuenta la posibilidad de que los modelos operativos internos varíen en cada tipo de relación. Por ejemplo, una persona puede haber vivido experiencias de rechazo por parte de sus padres y haber establecido una relación romántica con un compañero que lo apoye. La persona puede sentir seguridad con respecto a su pareja, e insegura con respecto a sus padres. De esta manera Fraley et al. (2011) Permiten la evaluación de los factores apego ansioso y evitativo en diferentes relaciones.

De este último cuestionario Paolicchi et al. (2014) realizaron un estudio psicométrico de la adaptación a la Argentina obteniendo muy buenos resultados, y por ende

es la escala que se utilizó en la presente investigación. El detalle de la composición de dicha escala se encuentra en el apartado “Método”- “Técnicas de recolección de datos” de este trabajo.

Los instrumentos iniciales fueron claves para la Evaluación de Apego en Adultos, ya que los posteriores se desprenden fundamentalmente de ellos. La AAI continúa siendo utilizada en la actualidad. Su dificultad radica en que se necesita un entrenamiento previo de al menos 200 hrs para su utilización y resulta ser sumamente costosa la capacitación.

Otra discusión que en los últimos años se ha llevado a cabo, y que continúa abierta, es con respecto a si los patrones de apego en adultos tienen que ser considerados categorías (seguro o inseguro) o dimensiones (alta o baja ansiedad y evitación en el apego), y a su vez se plantea cuál es la mejor manera de conceptualizar las dimensiones subyacentes a los estilos de apego (Casullo, 2004; Paolicchi, G. et al 2014; Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. 2015). Al respecto, Crowell, J. Fraley, C. y Roisman, G. (2016) relatan que si bien inicialmente las evaluaciones aportaban datos que podían ser clasificados en categorías, esto trajo una serie de inconvenientes: las clasificaciones no eran altamente estables; las categorías se excluían mutuamente pero la información derivado del uso en un continuo daba cuenta que esto no era así; las categorías poseían menor capacidad predictiva; y se perdía importante información sobre las diferencias individuales. Por lo tanto muchos investigadores comenzaron a usar sus puntuaciones como una manera de medir a las personas en un continuo dimensional. En la misma línea, Obegi y Berant (2009) comentan que los clínicos tienden a pensar en términos categoriales, los resultados de las investigaciones sugieren que describir a las personas en un continuo de seguridad es más adecuado.

Fraley y Waller (1998) y Fraley, Hudson, Heffernan y Segal (2015) utilizaron técnicas taxométricas a los fines de examinar si las diferencias individuales de apego son continuas o categóricas. Sus resultados sugieren que los patrones de apego se distribuyen en un continuo, tanto en la infancia como en la adultez.

Con respecto a la estabilidad o al cambio de los patrones de apego, Fraley (2002) y; Fraley y Brumbaugh (2004) mencionan que en la edad adulta, donde predominan los

procesos de selección en lugar de los de socialización (como en la infancia), las personas tienden a exhibir una 'inestabilidad estable' en sus patrones de apego. Es decir que sus patrones de apego medido en diferentes oportunidades fluctúan en torno a un valor común y estable.

Guzmán, C. Medina, C. (2007) mencionan que existe una tercer vía a los modelos representacional y comportamental, es aquella que utiliza una visión de *prototipos* para evaluar y conceptualizar el constructo de apego en adultos. Un prototipo es un miembro ideal de una categoría, definido en términos de reunir las características más comunes de esa categoría, pero que ninguna de tales categorías tomadas de manera individual o en conjunto resulta suficiente para definir a un miembro del grupo. Los investigadores refieren que las mediciones basadas en este modelo parecen resultar pertinentes para la investigación en apego, ya que es muy difícil que los adultos correspondan perfectamente a alguno de los patrones clásicos de apego, dado las múltiples influencias del pasado, y también por las influencias específicas de las relaciones actuales. Un instrumento que evalúa prototipos es la *Adult Attachment Prototype Rating* (AAPR) desarrollado por Bernhard, S & Lobo-Drost, A. en el 2011. Es un instrumento en formato de entrevista la cual debe ser audiograbada y codificada por jueces entrenados.

Fraley y Shaver (2008) señalan que a lo largo de los años han habido debates sobre la medida en que las clasificaciones de apego son reflejos "meramente" del temperamento infantil en lugar de plantearse algo sobre la forma en que los niños organizan sus emociones y comportamiento en relación con una figura de apego específica: una organización basada en la historia de interacciones con esa figura. Ellos afirman, que en gran medida las clasificaciones son específicas de la relación.

Los autores de la escala ECR-RS (Fraley et al., 2011) concluyen que las medida de apego específicas en cada relación generalmente predicen mejor resultados intra e interpersonales que las medidas de apego más amplias, pero las medidas más amplias predicen mejor los rasgos de personalidad.

Por otra parte, Joseph H. Obegi, y Ety Berant (2009) sostienen que quizás uno de los aspectos más confusos con respecto a la investigación en apego sea la proliferación de las

clasificaciones de apego. Esto ha llevado a que existan múltiples forma de evaluarlo. Los investigadores manifiestan que no hay una manera exclusiva, sino que son complementarias entre ellas. Describen en la siguiente tabla tres de los métodos más relevantes para evaluarlo:

**Tabla 4.** Clasificaciones de apego comúnmente utilizadas. Obegi y Berant (2009)

Herramienta	Método	Dominio del apego	Categorías
Situación extraña	Observación	Niño-padres	Seguro, ansioso- ambivalente, Ansioso-evitativo
Entrevista de apego adulto (AAI)	Entrevista	Niño-padres	Seguro/autónomo, preocupado, rechazante, irresuelto/desorganizado
Cuestionario de experiencias en relaciones cercanas (ECR)	Auto-reporte	Adulto-Adulto	Seguro, preocupado, rechazante, temeroso

Nota: Investigación sobre la situación extraña: Ainsworth, Blehar, Waters and Wall (1978). Investigación sobre la AAI: George, Kaplan y Main (1984, 1985, 1996). Investigación sobre el ECR: Brennan, Clark, y Shaver (1998)

A continuación, se describe la revisión realizada de las investigaciones que incluyen apego y trastornos por el uso de sustancias en adultos.

## 2. Evaluación del Apego en Trastornos por el Uso de Sustancias

Schindler *et al.* (2005) afirman que ha habido un creciente interés en la conexión del apego y la psicopatología, sin embargo, todavía hay relativamente poca investigación sobre el apego y los trastornos del uso de sustancias (TUS). Explican que solo algunos pocos estudios se centran directamente en la relación entre apego y los trastornos del uso de sustancias, mientras que varios otros estudios incluyen a los TUS como un aspecto secundario y no lo estudian sistemáticamente. Además, sugieren que sería importante aprender más sobre la la relación entre el apego y los TUS porque ambos incluyen la regulación de las emociones y las estrategias de afrontamiento como conceptos centrales. En su revisión aseguraron que el estudio llevado a cabo por Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec,

Sapir, and Weizman (2003) fue el único realizado hasta el 2005 específicamente con una muestra clínica de adictos (N= 56). En dicho estudio encontraron que la mayoría (61%) de los participantes se clasificaron como evasivos, el 27% como seguros y solo el 12% como ansiosos / ambivalentes. Según los autores de la revisión, la evidencia más consistente de una conexión entre los TUS y una sola categoría de apego se encuentra en la mayoría de los estudios que utilizan las medidas de Hazan y Shaver (1987). Estos estudios indican un vínculo entre los TUS y el apego evitativo. Agregan que los pocos estudios que adoptan el modelo de Bartholomew proporcionan escasa evidencia de una relación entre la evitación temerosa y el uso de sustancias.

Andersson y Eisemann (2004), evaluaron apego y abuso de sustancia pidiendo a pacientes consumidores de sustancias y a un grupo de control ‘sano’ que completara escalas de autoreporte de apego. Encontraron que los consumidores de sustancias eran más ansiosos y evasivos en promedio que el grupo de control. Similar metodología y resultados tuvo el estudio realizado por Schindler et al. (2005) quienes utilizaron el sistema de codificación de entrevistas de Bartholomew (1990) para evaluar el apego en una muestra de 71 adolescentes y jóvenes adultos alemanes drogodependientes (DDP de 14 a 25 años) y 39 controles no clínicos. El apego temeroso fue predominante en los DDP, mientras que el grupo de control fue predominantemente seguro.

Resultados similares, con distinta metodología, aportó la investigación llevada a cabo por Casper, Yucuis, Troutman, y Spinks (2006). Los autores utilizaron la Entrevista de Apego Adulto (AAI por su siglas en inglés) y la Entrevista Semi-Estructurada de la genética del Alcohol. La muestra estaba compuesta por sujetos adoptados que participaron de un estudio de adopción longitudinal. Los resultados arrojaron que las personas clasificadas como evitativas y preocupadas reportaron las tasas más altas de abuso o dependencia de sustancias. Las personas clasificadas como evitativas informaron tasas significativamente más bajas de participación en el tratamiento a pesar de sus altas tasas de abuso o dependencia de sustancias. Como se esperaba, el grupo de apego seguro continuo informó tasas más bajas tanto de abuso o dependencia de sustancias. Concluyen, que los

tratamientos en TUS necesitan tener en cuenta las representaciones de apego para promover una recuperación exitosa.

Por su parte, Mikulincer y Shaver (2007) realizaron una revisión sobre las bases del apego y la psicopatología en adultos, la cual incluye un apartado sobre abusos de sustancias que se enmarca dentro de los desórdenes conductuales. De la revisión se desprende que las personas con un apego ansioso informan que usan el alcohol para hacer frente a la ansiedad, la tensión y la angustia. En cambio, las personas con un apego evitativo son más propensas a decir que beben para evitar la dependencia emocional o para mejorar el estado de ánimo positivo.

¿La heroína es un sustituto del apego? Esa fue la pregunta que se hicieron Schindler, Thomasius, Petersen, y Sack (2009). Para responder, evaluaron mediante la *Family Attachment Interview* (Bartholomew) a 82 jóvenes adultos, y los compararon con un grupo de control de 22 sujetos. Los resultados indicaron que los abusadores de heroína ( $N = 22$ ) eran principalmente *evitativos-temerosos*, los abusadores de éxtasis ( $N = 31$ ) presentaban un apego más *preocupado*, *evitativo-temeroso* y *evitativo-rechazante* y los abusadores de cannabis ( $N = 19$ ) eran principalmente *evitativos* y *seguros*. Por su parte los sujetos del grupo control ( $N = 22$ ) eran principalmente *seguros*. Los autores indican que, en base a la hipótesis de la automedicación, las preferencias por sustancias específicas se ven influenciadas por estrategias específicas de apego. La heroína, parece ser utilizada como un sustituto emocional por la falta de estrategias de afrontamiento. El cannabis, parece usarse para apoyar las estrategias existentes de desactivación y distanciamiento. El abuso de éxtasis, se relacionó con un apego inseguro pero no con una estrategia de apego específica.

Schindler & Sack (2015) exploraron los patrones de apego en pacientes con comorbilidad entre trastorno límite de la personalidad (TLP) y trastornos por el uso de sustancias (TUS) ( $N = 14$ ), y los compararon con una muestra de pacientes diagnosticados con TLP ( $N = 21$ ) o TUS solamente ( $N = 22$ ). Para conocer los patrones de apego utilizaron el *Bartholomew attachment interview coding system*. Las comparaciones entre grupos mostraron que los pacientes comórbidos estaban significativamente menos preocupados y

más evasivos. Los patrones de apego del grupo comórbido fueron más similares a los que abusan de sustancias que a los pacientes límite.

Sümer, N. Oruçular, Y. & Çapar, T. (2015) realizan una reciente e interesante revisión de 22 estudios empíricos encontrados sobre apego y conductas adictivas de diversos tipos (no solo sustancias). Los resultados de la revisión dan cuenta de que el apego inseguro es un factor de riesgo para los comportamientos de adicción, definidos recientemente como un trastorno de apego. Los autores manifiestan que las estrategias de hiperactivación y desactivación de las emociones que subyacen a los estilos de apego ansiosos y evitativos pueden colaborar en desarrollar una tendencia a conductas adictivas por diferentes razones.

Otra revisión es la realizada por Becoña, Fernández del Río, Calafat, Fernández Hermida, (2014). En este caso se centran en la influencia de los estilos de apego y el consumo de sustancias durante la adolescencia. Realizan una revisión de los últimos 30 años (1980 a 2010), seleccionando 28 estudios empíricos, y 8 revisiones, cuyos resultados indican que el apego seguro actúa como factor de protección frente al consumo de sustancias. Por otra parte mencionan que existe una gran disparidad entre las concepciones de apego utilizadas, alejándose de las proposiciones iniciales de Bowlby. Agregan que existe una sobre-representación de madres, excluyendo a la figura de los padres como cuidador que puede ejercer influencia en el sistema de apego. La revisión da cuenta de que existen una mayor cantidad de estudios cuantitativos que cualitativos, y transversales que longitudinales. Consideran que la relación entre estilos de apego y consumo de sustancias en la adolescencia se encuentra influenciado por otras variables como: relaciones cercanas, género, otros familiares que brinden apoyo, etc. Concluyen mencionando que si bien la variabilidad de los instrumentos utilizados han contribuido con el hecho de que no sea posible obtener resultados generalizables, los estudios basados en la concepción tradicional del apego que clasifican a este como seguro o inseguro, acuerdan en que existe una clara relación entre consumo de sustancias y apego inseguro. No quedando claro cuál tipo de apego inseguro (ansioso, evitativo o desorganizado) resulta más cercano al consumo de sustancias. También remarcan la necesidad de distinguir entre los tipos de consumo, no

siendo lo mismo un consumo experimental que desarrollar hábitos de consumo dependientes.

Por otra parte, cabe destacar el trabajo empírico realizado por Fletcher, K. Nutton, J. & Brend, D. (2015), el cual se titula: “El Apego una cuestión de sustancia: El potencial de la teoría del apego en el tratamiento de las adicciones”. Los autores sintetizan las investigaciones existente sobre la teoría del apego en el tratamiento de problemáticas de consumo. Ellos refieren que un creciente corpus de investigaciones han establecido que vivencias traumáticas tempranas y apegos inseguros constituyen factores de riesgo correlacionados para desarrollar trastornos por abuso de sustancias. Sostienen que mientras más exposición a situaciones traumáticas y negligencias, a edades más tempranas, mayor es el riesgo de que se desarrollen problemáticas de abuso de sustancias.

Fairbairn et al. (2018) señalan que el uso de sustancias se ha asociado durante mucho tiempo en una relación cercana a la angustia, pero no se ha establecido la dirección de influencia para esta asociación. Los autores explican que a menudo se ha asumido que el uso de sustancias es el agente causal y que la angustia de una relación cercana es el efecto. Pero refieren que las investigaciones que buscan establecer la precedencia temporal en esta vinculación ha arrojado resultados mixtos, y que los modelos teóricos del uso de sustancias y los procesos de relación cercana presentan la plausibilidad de la vía inversa: que las relaciones cercanas inseguras pueden servir como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de sustancias posteriores. Por ende, los autores realizaron un meta-análisis de asociaciones longitudinales entre el uso de sustancias y la seguridad del apego interpersonal. Su meta-análisis estuvo dirigido a estudios longitudinales de apego y uso de sustancias, donde examinaron 665 tamaños de efecto extraídos de 34 muestras (total  $N = 56,721$ ) que abarcan marcos de tiempo que varían de 1 mes a 20 años ( $M = 3.8$  años). Los resultados revelaron una correlación prospectiva significativa entre el apego temprano y el uso posterior de sustancias, y menor seguridad en el apego precede temporalmente al incremento del uso de sustancias. Concluyen refiriendo que el apego inseguro puede ser un factor de vulnerabilidad para el uso de sustancias.

Al buscar antecedentes sobre investigaciones llevadas a cabo en el contexto latinoamericano, sólo se encontraron dos trabajos que vinculan directamente al apego con los trastornos del uso de sustancias en adultos. La búsqueda fue realizada utilizando diversos reservorios científicos, tales como Scholar Google, Proquest, SciELO, etc., e incluyó distintas nomenclaturas en el título del trabajo como: “apego + adicción”; “apego + droga”; “apego + sustancias”; “apego + problemas de consumo”; etc. El primer estudio hallado, fue el realizado en Chile, por Espinoza, González y Spencer (2013). Las autoras estudiaron la relación entre apego adulto y apoyo social percibido en adultos (N = 28) con consumo problemático de sustancias, aplicando el cuestionario Ca-Mir para evaluar apego, y contrastaron los resultados con una muestra no clínica. Concluyeron que personas con consumo problemático tienden a puntuar más alto en la dimensión de preocupación y más bajo en la dimensión de seguridad del apego respecto de la muestra no clínica. El segundo estudio encontrado, de menor alcance, fue un trabajo de graduación previo a la obtención del título de psicóloga clínica, realizado en Ecuador en el año 2017 por Anita Vanegas, quién evaluó los estilos de apego de 15 pacientes institucionalizados adictos a sustancias, aplicando el test CaMir más un grupo focal, resultando que el estilo de apego evitativo fue el mayor prevalencia.

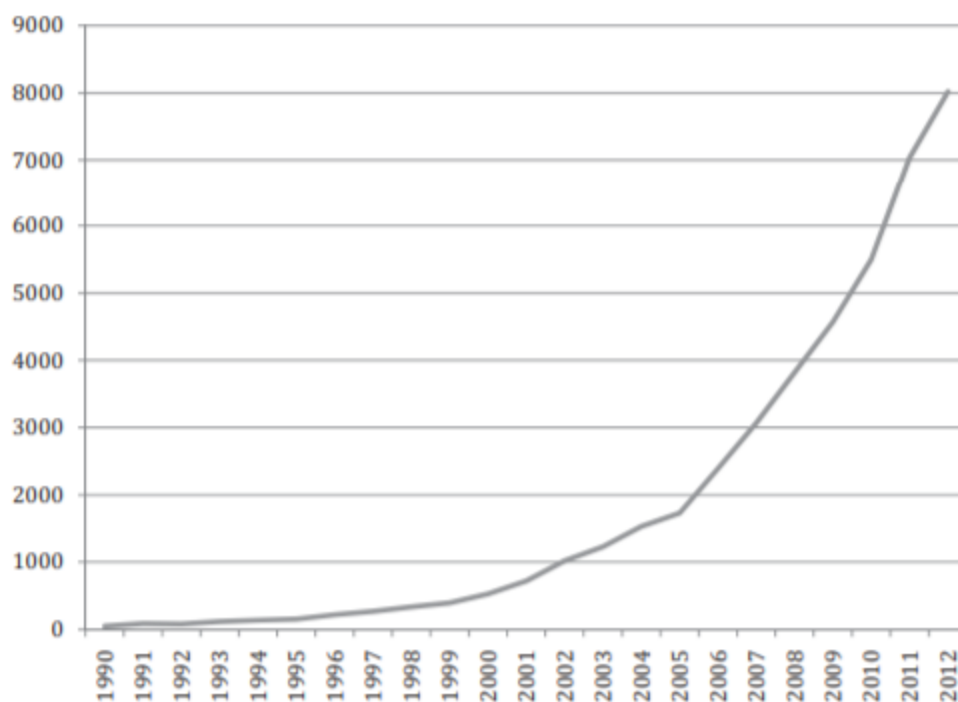
No se encontraron trabajos empíricos realizados en Argentina que vinculen directamente la variable apego con trastornos de sustancias en adultos.

### **3. Evaluación de la Regulación Emocional.**

James Gross (2014) explica que en el siglo pasado las investigaciones psicológicas sobre la regulación emocional se centraron en: las defensas psicológicas (Freud, 1926/1959); el estrés y el afrontamiento (Lazarus, 1966); el apego (Bowlby, 1969) y en la auto regulación (Mischel, 1996). Recién a principios de los 90' comenzaron a aparecer artículos con que incluían en el título el concepto de regulación emocional. El autor afirma que en la actualidad se pueden encontrar cientos de nuevas publicaciones por año, siendo la

regulación emocional una de las áreas de crecimiento más rápido en la psicología. Tal como se detalla en figura n° 11, que se encuentra a continuación:

**Figura 11.** Número de publicaciones que contienen el término exacto de regulación emocional en Scholar Google desde el 1990 hasta el 2012. Adaptado de Gross (2013).



¿Son algunas formas de regulación emocional más sanas que otras? Es la pregunta que se hacían John, O. & Gross, J. en el año 2004. Para ello realizaron una revisión de investigaciones que evaluaran dos estrategias de regulación emocional de uso común: la reevaluación (cambiar la forma en que uno piensa a un evento potencialmente provocador de emociones) y la supresión (cambiar la forma en que uno responde de manera conductual a un evento desencadenante de emociones). De esta revisión se desprende que el uso de la estrategia de reevaluación posee un perfil más saludable a corto plazo de consecuencias afectivas, cognitivas, sociales y de bienestar individual que la supresión. Aunque señalan

que la supresión puede ser vital si no se puede recurrir a la reevaluación o a otras formas de regulación emocional.

En línea con lo anterior, Tianqiang Hu, Dajun Zhang, Jinliang Wang, Ritesh Mistry, Guangming Ran & Xinqiang Wang (2014), realizan una revisión meta analítica de la relación entre estrategias de regulación emocional (reevaluación cognitiva y supresión expresiva) y salud mental. Para ello tomaron 48 estudios, que incluían un total de 21.150 participantes. Los resultados mostraron que la reevaluación cognitiva se correlacionó significativa y positivamente con indicadores positivos de salud mental, y que la represión de la expresión emocional se correlacionó negativamente con indicadores positivos de salud mental. Aunque encontraron diferencias entre los resultados de muestras occidentales y orientales, señalando así que los estudios que asocien salud mental y regulación emocional debería incluir una variable moderadora como la cultura.

Aldao, A. Nolen-Hoeksema, & Schweizer, S. (2010) revisaron 144 estudios donde se examinaban la relación entre seis estrategias de regulación emocional (aceptación, evitación, resolución de problemas, reevaluación, supresión y rumiación) y los síntomas de cuatro psicopatologías (ansiedad, depresión, trastornos de alimentación y de uso de sustancias). Encontraron una mayor utilización de la rumiación, un importante uso de la evitación, resolución de problemas y supresión, y escaso uso de la reevaluación y aceptación. Los investigadores refieren que estos resultados son sorprendentes dada la influencia que pueden tener algunos abordajes psicoterapéuticos que utilizan la aceptación y reevaluación como recurso terapéutico. Por otra parte encontraron que los trastornos conocidos como internalizantes estaban más asociados a estrategias reguladoras que los externalizantes. A su vez, los autores destacan que en la investigación sobre la regulación emocional es necesario que se utilice un enfoque multi-muestra para el estudio asociado a la psicopatología.

En el año 2011, Kinkead B. Garrido, L. y Uribe, N. llevan a cabo otra revisión sobre las modalidades evaluativas de la regulación emocional. El estudio da cuenta de que la regulación emocional es una concepto complejo de medir, para el cual se han desarrollado diversas evaluaciones, inclusive algunas con diseños experimentales. Entre las diversas

investigaciones y modalidades evaluativa los resultados sugieren un papel preponderante de la capacidad de regular las emociones para el desarrollo psíquico sano del ser humano. Por otra parte, refieren que las investigaciones que han mostrado validez en términos comparativos se han focalizado en: en la construcción de instrumentos; como campo inicial de investigación; en la asociación entre regulación emocional y desarrollo psicológico (apego, habilidades sociales, personalidad, etc); en la vinculación con síntomas y psicopatologías (depresión, ansiedad, alexitimia, fobias, etc).

Berking, M. *et al.* (2013) refieren que los resultados de las investigaciones que asocian la capacidad para regular las emociones y salud mental, reflejan dos puntos importantes: la incapacidad para regular eficazmente las emociones plantea riesgos para la salud mental, y mejorar las habilidades de regulación emocional podría colaborar en restaurar la salud mental afectada. Los autores refieren que en el lenguaje científico se ha denominado de la misma manera a los afectos, que a las emociones y a sentimientos, lo que ha dado lugar a confusiones, y dificultades en la generalización de los resultados. En cuanto a trastornos psicopatológicos específicos, señalan que las investigaciones longitudinales han encontrado que la creencia positiva de una persona en su capacidad de modificar con éxito su propio afecto negativo puede predecir reducciones futuras en la depresión (Kassel *et al.*, 2007) y el uso de estrategias de regulación generalmente consideradas como desadaptativas pueden predecir síntomas depresivos.

Diversos instrumentos han sido desarrollados para evaluar la regulación emocional, según el modelo teórico en el cual se apoyen, algunos suelen ser más directos y explícitos en la evaluación, y otros abordan el concepto de manera implícita y por la tangente. (Kinkead, *et al.* 2011). También varían la modalidad evaluativa según sean dirigidas a niños, adolescentes o adultos. A continuación, se mencionarán algunas de las más herramientas más relevantes utilizadas para evaluar regulación emocional en adultos.

Durante mucho tiempo el instrumento más utilizado para medir la regulación emocional fue el *Generalized Expectancy for Negative Mood Regulation Scale* (NMR), desarrollado por Catanzaro, S. & Mearns, J. (1990). Por aquella época, y en la misma línea evaluativa, también surge la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman,

Turvey, & Palfai. 1995). Estas escalas ponían el acento en la eliminación, evitación y alivio de las emociones negativas como un aspecto positivo, en oposición a la capacidad de actuar de manera deseada en presencia de estas emociones, tal como plantean escalas desarrolladas con posterioridad.

Un instrumento muy utilizado también ha sido el *Cognitive Emotion Regulation Questionnaire* (CERQ), creado por Garfenski, Kraaij & Spinhoven (2001). El cuestionario evalúa nueve procesos de afrontamiento: auto-culpa; culpar a otros; aceptación; centrarse en la planificación; reorientación positiva; rumiación; reevaluación positiva; puesta en perspectiva y catastrofismo. La auto-inculpación, el culpar a otros, la rumiación y el catastrofismo considerados como estrategias desadaptativas, y el resto como adaptativas. La limitación que presenta este cuestionario es que evalúa exclusivamente procesos cognitivos, desestimando aspectos conductuales en la regulación emocional, y tampoco contempla el grado de aceptación y acceso al abanico de emociones posibles.

Gross & John (2003) confeccionan el *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ), el cual mide exclusivamente dos tipos de estrategias de regulación emocional: la supresión de la emoción, la cual implica reprimir la conducta de expresión emocional, y la reevaluación cognitiva, que alude a modificaciones del pensamiento que modulen el impacto emocional.

En 2004 se construye por un lado la *Measure of Affect Regulation Styles* (MARS; Larsen & Prizmic, 2004), y por otro la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS; Gratz & Roemer. 2004). La escala MARS mide distintas estrategias reguladoras tanto cognitivas, como conductuales, orientadas a cambiar la situación o la emoción. Por su parte, la escala DERS fue desarrollada para evaluar la desregulación emocional de una manera más exhaustiva que las medidas anteriores, apoyándose fundamentalmente en los postulados de Thompson (1994), los cuales refieren que la regulación emocional adaptativa incluye la modulación de la experiencia, y no la supresión de ciertas emociones. Los autores proponen que la regulación emocional se basa en cuatro dimensiones: a) conciencia y comprensión de las emociones; b) aceptación de las emociones; c) habilidad de dirigir el comportamiento y no actuar impulsivamente; y d) acceso a estrategias de regulación emocional percibidas como efectivas. Así, las dificultades en la regulación emocional estaría

dada por la ausencia relativa de alguna o todas las dimensiones mencionadas. Luego, los autores desglosaron la dimensión de conciencia y claridad en dos dimensiones, y a su vez, también diferenciaron la interferencia de en las conductas dirigidas a metas, quedando la escala compuesta finalmente por seis dimensiones. Las mismas se detallan en el apartado del presente trabajo “Método - Técnicas de recolección de datos - Escala DERS”.

Adaptaciones de la Escala DERS se han realizado en distintos contextos e idiomas. La adaptación al castellano es realizada por Hervás, G. y Jodar, R. (2008) mediante un estudio longitudinal y otro transversal realizado en España. El análisis factorial refleja cinco factores interpretables, uno menos que los seis factores originales de la escala (ver apartado método del presente plan de tesis). De igual manera, los resultados proporcionan indicadores de buenas propiedades psicométricas.

Una Validación de la escala DERS, realizada en Argentina, es llevada a cabo por Medrano y Trógolo (2014). En esta oportunidad, el análisis factorial revela estructura original de seis factores interpretables, encontrando resultados que respaldan la utilización de la escala en Argentina, fundamentalmente en el ámbito universitario ya que la muestra estaba compuesta completamente con estudiantes de tercer nivel. Esta es la escala que se utilizará en el presente trabajo.

Además de las escalas, existen otras maneras de evaluar la regulación emocional tales como entrevistas audio-grabadas, o listas de cotejo, fundamentalmente completada por los padres quienes informan sobre el manejo de las emociones de sus hijos. (Kinkead, B. et al. 2011).

#### **4. Evaluación de la regulación emocional en Trastornos por el Uso de Sustancias**

Al realizar la revisión de los estudios que investigan posibles vínculos entre el aspecto emocional y el consumo de sustancias en adultos, se encuentra que algunos autores se han basado en el concepto de ‘inteligencia emocional’, otros en la ‘modulación afectiva’, y otros a partir de los postulados de la ‘regulación emocional’.

Al respecto, Ruiz, Salazar, y Caballo (2012), a raíz de una investigación en una población con trastornos de la personalidad, afirman que la inteligencia emocional percibida y la regulación emocional son conceptos diferentes, aunque mantienen una relación coherente en cada estilo de personalidad. Un trabajo que estudió la inteligencia emocional en individuos dependientes a la cocaína ( $N = 33$ ) en comparación con sujetos saludables ( $N = 53$ ), arrojó como resultado que aquellos que los primeros presentaban puntajes más bajos inteligencia emocional y en las subescalas: afrontamiento emocional, afrontamiento conductual y pensamiento categórico. Además, presentaron un reconocimiento emocional global significativamente más pobre y un reconocimiento más pobre de las expresiones faciales de disgusto. Los autores concluyen que estos déficit traen aparejados dificultades para establecer relaciones sociales gratificantes (Fernández-Serrano et al., 2012).

Otra característica del rastreo bibliográfico es el considerablemente menor número de investigaciones que asocian regulación emocional con los TUS, en comparación con otros cuadros clínicos. Para graficar esto, cuando en el buscador *Scholar Google* se introducen los conceptos *emotion regulation + substance use disorder* para que figuren en el título del trabajo, en un lapso temporal de los últimos 30 años (1990 a 2020), solo 14 artículos aparecen como resultado (Un dato de interés es que estos 14 estudios han sido llevados a cabo entre el año 2011 y 2020). En cambio, cuando se realiza el mismo rastreo, pero se reemplaza el concepto *substance use disorder* por el término *anxiety*, 478 son los respectivos resultados, o cuando se lo intercambia con la variable *depression*, 393 son los resultados<sup>3</sup>. Pese a estas limitaciones, se describirán los resultados de aquellos artículos que, incluyendo los conceptos regulación emocional y TUS, resulten relevantes para la presente investigación.

Hedy Kober (2014) realiza una revisión de investigaciones que asocian dificultades de la regulación emocional en los usuarios con problemas de consumo. El autor menciona que la evidencia de las investigaciones apoya la idea de que el uso de sustancia es utilizado para regular emociones negativas. A su vez, la revisión de Kober da cuenta de que las

---

<sup>3</sup> Comparación realizada el día 8 de Febrero del 2020.

personas que presentan consumo problemático de sustancias reportan grandes dificultades en la regulación emocional, y sugiere que la habilidad para regular los 'craving' (fuertes deseos de consumir sustancias) de manera efectiva se encuentra directamente asociada a la reducción del uso de sustancias en las personas con consumo problemático de estas. El autor también afirma que la desregulación emocional se constituye como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de consumo.

Una importante investigación que sirve como antecedente del presente trabajo, fue la realizada por Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper & Sinha (2007), quienes estudiaron las dificultades en la regulación de las emociones y el control de los impulsos durante la abstinencia de cocaína. Para ello administraron la Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS) en pacientes (N = 60) con problemas de consumo de cocaína en busca de tratamiento recientemente abstinentes. Completaron la DERS durante su primera semana de tratamiento hospitalario y al alta (3-4 semanas después), y las puntuaciones se compararon con los controles comunitarios (n = 50). Los resultados indicaron que en comparación con los controles, las personas dependientes de cocaína informaron dificultades relacionadas con la comprensión de las emociones, el manejo de las emociones y el control de los impulsos en la primera semana de abstinencia. Con la abstinencia continua, los individuos dependientes de cocaína mostraron dificultades sólo en el control de los impulsos. Los autores concluyeron que los individuos dependientes de la cocaína informan dificultades de regulación emocional, particularmente durante la abstinencia temprana.

La misma metodología utilizaron Fox, Hong, y Sinha (2008) en pacientes (N= 50) con trastornos por el uso de alcohol. Los autores encontraron que en comparación con los bebedores sociales, los pacientes dependientes del alcohol informaron diferencias significativas en la conciencia emocional y el control de los impulsos durante la semana 1 de tratamiento. Se observaron mejoras significativas en la conciencia y la claridad de las emociones después de 5 semanas de abstinencia prolongada. Sin embargo, las dificultades significativas con el control de los impulsos persistieron hasta el alta. Concluyeron que los resultados de la DERS indican problemas prolongados de control de impulsos relacionados

con el estrés en alcohólicos abstinentes, lo que puede contribuir a una mayor vulnerabilidad a la recaída.

Gratz y Tull (2010) afirmaban que a pesar del énfasis en el papel de la desregulación de la emoción en la autolesión deliberada (DSH por sus siglas en Inglés), ningún estudio había examinado esta asociación entre pacientes con trastornos por uso de sustancias (TUS) y llevaron adelante una investigación donde vincularon dichas variables. Examinaron si las dificultades en la regulación emocional aumentaba en pacientes hospitalizados con TUS (N= 61, entre 18 y 65 años) con presencia de autolesiones deliberadas, frente a aquellos que no presentaban esta conducta. Los resultados indicaron una mayor desregulación de las emociones entre los pacientes con TUS con DSH frente a los que no presentaban DSH.

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011) midieron la regulación emocional y la frecuencia del uso de sustancias en 27 mujeres con dependencia del uso de sustancias y trastorno límite de la personalidad, quienes recibieron durante 20 semanas tratamiento dialéctico comportamental (DBT). Para esto utilizaron antes del tratamiento y posterior al tratamiento realizado la *Escala de Regulación de Dificultades en las Emociones* (DERS) y el *Inventario de Depresión de Beck* (BDI). Encontraron que el tratamiento aumentó las capacidades de la regulación emocional y disminuyó el consumo de sustancias.

También con una muestra total de mujeres (N = 52, edades entre 18 a 58 años), se estudiaron los cambios en los síntomas de estrés postraumático en el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias, evaluando también el papel mediador de la disociación corporal y la regulación emocional (Price & Herting, 2013). El tratamiento estuvo basado en la conciencia plena en la terapia orientada al cuerpo, y consistió en atención residencial para pacientes internados durante 3 semanas, seguida de un tratamiento intensivo ambulatorio durante aproximadamente 16 semanas. Aproximadamente el 65% de las participantes reportaron traumas sexuales y / o físicos en la infancia o en la edad adulta; estas personas cumplieron los criterios de detección para Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Se aplicaron instrumentos de autoinforme, administradas en 4

puntos de tiempo de evaluación durante el período de estudio de 9 meses (línea de base, 3, 6 y 9 meses). Las escalas usadas fueron: la escala de disociación corporal (BD), la Escala de síntomas de TEPT modificada (MPSS) y tres subescalas (dificultades de control de impulsos, acceso limitado a estrategias de regulación de la emoción y falta de claridad emocional) de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Los resultados indicaron que la disociación corporal y la regulación de la emoción tuvieron efectos directos significativos sobre los síntomas de TEPT desde el inicio hasta un seguimiento de 6 meses, y que la disociación corporal también puede operar indirectamente para reducir los síntomas de TEPT a través de su efecto sobre las dificultades de regulación emocional. Según los autores, estos resultados sugieren la importancia de abordar la disociación corporal y las dificultades de regulación emocional en el tratamiento del trastorno por abuso de sustancias de las mujeres.

En el 2015, Di Pierro, Benzi y Madeddu, investigaron las dificultades en la regulación emocional en 58 pacientes internados con trastornos por consumo de sustancias, y los compararon con 73 participantes comunitarios que constituyeron el grupo control. Para evaluar la regulación emocional la escala aplicada fue la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS). Los resultados mostraron que las personas con TUS presentan un acceso limitado a las estrategias de regulación de las emociones cuando experimentan emociones negativas. Cuantas más dificultades para acceder a tales estrategias fueron, se utilizaron las defensas menos maduras; cuanto menos defensas maduras se usaban, más probable era la presencia de TUS.

Una reciente investigación (Marceau, Kelly & Solowij. 2018) estudió la relación entre las funciones ejecutivas y la regulación de las emociones en mujeres que acuden a tratamiento terapéutico comunitario para el trastorno por consumo de sustancias. Los autores utilizaron un diseño transversal, donde los participantes (N = 50, todas mujeres) completaron una batería de cuestionarios que incluía la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS) y el *Inventario de Calificación de Comportamiento de la Función Ejecutiva - Versión para adultos* (BRIEF-A). Además, completaron la evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas, incluido el índice de memoria de trabajo

(WMI; Wechsler Adult Intelligence Scale) y las medidas de inhibición y cambio de tareas (prueba de interferencia de palabras de color; sistema de función ejecutiva Delis-Kaplan). Los resultados arrojaron que la disfunción ejecutiva, según lo evaluado por el *Global Executive Composite* (GEC; BRIEF-A), y los indicadores del trastorno de la personalidad (Evaluación estandarizada de la personalidad - Escala abreviada; SAPAS) se correlacionaron positivamente con las puntuaciones DERS. La regresión jerárquica secuencial indicó que las puntuaciones de cambio de tareas, GEC y SAPAS predijeron estadísticamente las puntuaciones DERS, mientras que la memoria de trabajo y la inhibición no lo hicieron. Concluyen que el deterioro de las funciones ejecutivas, particularmente el cambio de tareas, se relaciona con dificultades en la regulación de las emociones.

Otra investigación realizada en el 2019 (Cavicchioli, Movalli, & Maffei. 2019), estudió las dificultades en la regulación emocional, la atención plena y la gravedad del trastorno por el uso de sustancias (específicamente alcohol), haciendo foco en el papel mediador de la atención y las actitudes de aceptación. Para este fin, se evaluaron dos dominios relacionados de la atención plena: (a) autorregulación de la atención (utilizando la *Escala de conciencia de atención plena*, MAAS) y (b) actitudes de aceptación (aplicando el *cuestionario de cinco facetas de atención plena*, FFMQ). También se administró la Escala de Regulación de Dificultades en las Emociones (DERS). Las escalas fueron aplicadas en doscientos cuarenta y cuatro (149 hombres y 95 mujeres) personas con trastorno por consumo de alcohol (79% pacientes internados, 21% pacientes ambulatorios), las cuales tenían edades comprendidas entre 21 y 71 años. La atención plena, la DER y la gravedad del TUS se evaluaron después de un período de desintoxicación de 2 semanas. La abstinencia se confirmó mediante una evaluación diaria de toxicología urinaria. Los resultados indicaron que la autorregulación de la atención y las actitudes de aceptación fueron mediadores significativos de la relación entre la gravedad de las dificultades en la regulación emocional y el trastorno por el uso de alcohol.

El rastreo de antecedentes no arrojó resultados en el contexto hispanohablante sobre investigaciones que estudien la regulación emocional y consumo de sustancias en poblaciones clínicas de adultos.

A continuación, se expondrán las principales modalidades evaluativas de la tercer variable de investigación: Funcionamiento familiar.

## **5. Evaluación del funcionamiento familiar**

La evaluación del funcionamiento familiar puede dividirse entre enfoques cualitativos y cuantitativos, o en una combinatoria de ambos. Entre los cualitativos se encuentran: la observación en cámara Gesell, en consultorio o en el ambiente natural, entrevistas individuales, diadas o con todo el grupo familiar, desarrollo de Genogramas, análisis del discurso, técnicas narrativas y pruebas gráficas. Las evaluaciones cuantitativas incluyen pruebas psicométricas como los autoinformes, los cuales pueden ser administrados a uno, varios o todos los miembros del sistema familiar.

Schmidt (2010) refiere que cuatro niveles de (foco) de evaluación familiar varían en función del objetivo del estudio, y sugiere que estos deben estar explicitados. Los niveles son: ‘intrapersonal’, rasgos de un sujeto para luego relacionarlos con consecuencias directas o indirectas sobre el sistema; ‘interpersonal’, osea las formas de interacción entre distintos miembros (diadas); ‘grupal’, aquí se interesa conocer la familia como un todo, evaluando cuestiones de organización, dinámica y funcionamiento familiar; e ‘intersistémico’, en este nivel interesan las relaciones entre sistemas, siendo posible, por ejemplo, evaluar el contexto familiar (microsistema) y su relación con otros (contexto laboral, educativo, etc.). A su vez, la autora menciona que las perspectivas de evaluación del sistema familiar puede ser ‘interna’, cuando lo que se quiere conocer es la percepción del sujeto sobre su sistema familia) o ‘externa’ cuando quien evalúa los distintos niveles sistémicos (sistema y subsistemas) no pertenece al contexto familiar.

En la Tabla N° 5, las investigadoras argentinas Maglio y Schmidt (2010) resumen los principales inventarios que han recibido un tratamiento psicométrico riguroso y que gozan de prestigio internacional o nacional.

Las autoras mencionan que la mayoría de estos instrumentos no han sido adaptados a nuestro contexto, o su adaptación ha sido deficitaria. En por eso, que en la presente investigación ha sido aplicada la Escala FACES III, la cual sí se encuentra validada en nuestro contexto.

**Tabla 5.** Instrumentos psicométricos para evaluar funcionamiento familiar. (Maglio y Schmidt (2010))

<b>Instrumento de evaluación</b>	<b>Autor/es y año de publicación</b>
Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES I, II, III, y IV)	Olson, Portner y Lavee (1985) Olson y Gorall (2003)
Escala de Comunicación padres-adolescentes	Barnes y Olson (1982)
Escala de Puntuación Clínica (CRS)	Thomas y Olson (1993)
Recursos de Evaluación Familiar (FAD)	Epstein, Bishop y Baldwin (1993)
Inventario Familiar de Autoreporte (SFI)	Beavers, Hampson y Hugs (1985)
Medida de Evaluación Familiar (FAM)	Skinner, Steinhauer y Santa-Bárbara (1983)
Escala de Clima Familiar (FES)	Moos y Moos (1984)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Pless y Satterwhite (1973)
Índice de Funcionamiento Familiar (FFI)	Linder-Pelz, Levy, Tamir, Spencer y Epstein (1984)
APGAR Familiar	Smilkstein (1978)
Escala McMaster de valoración clínica	Miller, Ryan, Keitner, Bishop y Epstein (2000)
Escala de Adaptación Familiar (FAS)	Antonovsky y Sourani (1988)
Encuesta de Relación Padre-Hijo (PCRS)	Fine y Schwebe (1983)
Escala de Funcionamiento Familiar	Palomar (1998)
Escala de Funcionamiento Familiar	García Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving (2006)

Como se ha mencionado, diferentes instrumentos y metodologías han sido aplicados para medir el funcionamiento familiar en una amplia variedad de fenómenos psicopatológicos. Más allá de la herramienta implementada, la disfuncionalidad familiar, tal como se la ha conceptualizado en el apartado teórico, se encuentra asociada a mayores indicadores de patología. Se describirán algunos de estos estudios y modalidades investigativas implementadas.

En el año 1996, trabajadoras sociales de Estados Unidos, analizaron y compararon el funcionamiento familiar de 103 familias que denominaron como “negligentes” y 102 “no negligentes (Gaudin, Polansky, Kilpatrick, & Shilton. 1996). Se utilizaron medidas de autoinforme (*SFI* - The Self-Report Family Inventory) y entrevistas y observaciones en el ambiente familiar. Las calificaciones de las interacciones familiares observadas y grabadas en video indicaron que las familias de negligencia eran menos organizadas, más caóticas, menos expresivas verbalmente, mostraban menos afecto positivo y más negativo que las familias de comparación. Sin embargo, hubo grandes diferencias en las medidas de funcionamiento entre las familias negligentes, identificando distintos tipos de funcionamiento familiar negligente.

Friedmann, McDermut, *et. al* (1997) realizaron en Israel una comparación del funcionamiento familiar entre familias de pacientes con una amplia gama de trastornos psiquiátricos y población “no clínica”. Se compararon las siete dimensiones que evalúa el *FAD* (Family Assessment Device) entre familias de pacientes con un trastorno del espectro esquizofrenia ( $i = 61$ ), trastorno bipolar ( $n = 60$ ), depresión mayor ( $n = 111$ ), trastorno de ansiedad ( $n = 15$ ), trastorno alimentario ( $n = 26$ ), trastorno por abuso de sustancias ( $n = 48$ ) y trastorno de adaptación ( $n = 46$ ). Las familias en cada grupo psiquiátrico también se compararon con un grupo control de familias no clínicas ( $N = 353$ ). Los resultados indicaron que las familias de pacientes psiquiátricos experimentan niveles más altos de disfunción en comparación con las familias no clínicas. A su vez, independientemente del diagnóstico específico, tener un miembro de la familia en una fase aguda de una enfermedad psiquiátrica era un factor de riesgo para el mal funcionamiento de la familia en comparación con el funcionamiento de las familias de control. Concluyen que tener un

miembro de la familia con una enfermedad psiquiátrica es un estresor general para las familias, y las intervenciones familiares deben considerarse para la mayoría de los pacientes que requieren hospitalización psiquiátrica por el inicio o exacerbación aguda de cualquier trastorno psiquiátrico.

Resultados similares se encontraron previamente utilizando el mismo instrumentos de evaluación en una población de “pacientes psiquiátricos” y sus familias (Miller, Kabacoff, Keitner, Epstein & Bishop. 1986). Los resultados indicaron que las familias de pacientes con depresión mayor, dependencia del alcohol y trastorno de adaptación informaron una mayor disfunción familiar que las familias no clínicas. De igual manera, Phillips, West, Shen y Zheng (1998) a través de la escala FACES II compararon familias chinas con pacientes esquizofrénicos y familias controles, concluyendo que en las primeras había niveles significativamente más bajos de cohesión y adaptabilidad.

En la Habana, Cuba, los investigadores Guibert y Miranda (2001), realizaron un estudio analítico retrospectivo de corte transversal del tipo caso control, a los fines de caracterizar el funcionamiento familiar diferencial de individuos que realizaron intentos de suicidio. La muestra se conformó por 62 individuos y sus respectivas familias, 31 del grupo estudio e igual cantidad del grupo control. Se les aplicó la entrevista familiar semiestructurada circular, la prueba de funcionamiento familiar FF-SIL y se observaron sus interacciones familiares. Los resultados indicaron que el funcionamiento familiar (FF) en los individuos que realizaron intento suicida es predominantemente disfuncional, que las características diferenciales del funcionamiento familiar en las suicidas fueron la poca adaptabilidad (67,7 %), la baja cohesión (70,9 %), y la desarmonía (87,1 %) y que en las familias de los suicidas predominaron significativamente todos los factores familiares de riesgo esenciales que predisponen al suicidio.

A los fines de evaluar correctamente las tres dimensiones (cohesión, adaptación y comunicación) del Modelo Circumplejo del Sistema Familiar y Marital (Olson, Sprenkle & Rusell. 1979; 1989), sus autores desarrollaron diversos instrumentos de evaluación de autoinforme, los cuales permiten tener perspectiva interna de su propio y a su vez una perspectiva externa del funcionamiento familiar. La Escala FACES (Escala de Cohesión y

Adaptabilidad Familiar) proporciona una perspectiva interna, mientras que la Escala de Calificación Clínica (CRS) proporciona una perspectiva externa. Olson & Gorall (2003) afirman que en los más de 700 estudios realizados con la escala FACES III los resultados informaron que las mayoría de las familias que no presentaban problemas eran ‘balanceadas’, mientras que las familias con algún tipo de problema (enfermedad crónica, problemas emocionales en algunos de sus miembros, discapacidad) se clasificaron como ‘extremas’.

En nuestro contexto, se observó que la mayoría de las familias de adolescentes con trastornos alimentarios evaluada con la escala FACES III, percibían un funcionamiento de tipo desligado comparado con las familias de adolescentes de población general. No se apreciaron diferencias significativas con respecto a los niveles de flexibilidad en estas familias (Maglio, 2009, citado en Leibovich de Figueroa *et al.* 2010).

Al respecto, una revisión sistemática de la literatura sobre el funcionamiento familiar en todos los diagnósticos de trastornos alimentarios, en comparación con las familias de control Holtom-Viesel y Allan (2014), informó resultados que indicaron que las familias con trastornos alimentarios informaron un peor funcionamiento familiar que las familias de control, aunque encontraron poca evidencia de un patrón típico de disfunción familiar. Con respecto a la recuperación, los sujetos con percepciones más positivas del funcionamiento familiar generalmente tuvieron resultados más positivos, independientemente de la gravedad del trastorno alimentario.

Otra revisión sistemática realizada en el 2014, pero en esta oportunidad de 148 estudios en población clínica adulta en general evaluada con el *FAD* (Family assessment Device), indicó que la disfuncionalidad familiar se relacionó con varios resultados clínicos del paciente, incluidas tasas de recuperación más bajas y adherencia al tratamiento, mayor tiempo de recuperación, peor calidad de vida y mayor riesgo de recaída y abandono (Staccini, Tomba, Grandi, Keitner, 2014).

Leibovich de Figueroa, Schmidt y otros, realizaron la adaptación de la escala FACES III en Argentina (Schmidt 2002, 2003; Leibovich de Figueroa, Schmidt, y otros 2010). En este proceso, la escala fue administrada en una variedad de grupos clínicos (por

ejemplo, drogodependientes y sus familias), y no clínicos (trabajadores en situación de inestabilidad laboral. A su vez, se evaluaron diferentes etapas del ciclo vital y distintas fases de tratamiento. Los resultados corroboraron las hipótesis planteadas por Olson *et al.* (1985), aunque encontraron dificultades con respecto a la dimensión flexibilidad, la cual no se comportó como un constructo único.

En el próximo apartado, se mencionan las investigaciones que específicamente vinculan el funcionamiento familiar y los trastornos por el uso de sustancias.

## **6. Evaluación del funcionamiento familiar en trastornos del uso de sustancias**

El realizar la búsqueda de antecedentes investigativos en las principales revistas sistémicas se encuentra que los resultados que unen funcionamiento familiar y trastornos por el uso de sustancias (o adicciones, o consumo problemático, etc.) tienen una frecuencia de aparición considerablemente menor en su comparativa con otros cuadros clínicos<sup>4</sup>. La revista *REDES digital* (Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales), una de las más referenciadas en el ámbito sistémico hispanohablante, cuenta con un solo artículo que habla de adicciones, el cual no es vinculado al funcionamiento familiar, y un artículo que sí asocia los términos ‘trastornos por el uso de sustancias’ y el ‘funcionamiento familiar’ en el título de la investigación (Cócola, 2018). En la revista *Family Process*, revista históricamente relevante en el campo de la terapia familiar sistémica, desde el año 1960 hasta el año 2020, 19 artículos incluyen la palabra ‘addiction’ (adicción) o ‘substance’ (sustancia) en el título de su trabajo, frente a los 49 que figuran cuando se reemplaza a dichos conceptos por el de ‘depression’ (depresión). Y cuando se busca en la misma revista directamente las variables juntas en el título de los trabajos: ‘family functioning’ (funcionamiento familiar) y ‘addiction’ o ‘substance’, ningún artículo es arrojado como resultado, pero si aparecen 15 artículos cuando a la variable ‘family functioning’ se asocia la variable ‘depression’. Por su parte, el buscador Google Académico informa 50 resultados en los últimos 10 años que vinculan la variable ‘family functioning’ y addiction (20) o ‘substance’ (30), que incluyen muestras principalmente de adolescentes, y no solo se

---

<sup>4</sup> Comparativa realizada el día 15 de Febrero del 2020.

centran en sustancias, sino que el consumo de internet es uno de los factores más investigados en la actualidad, fundamentalmente en el contexto oriental.

De la revisión, se destacan algunas investigaciones, tales como la de Liepman, Nirenber, *et al.* (1989) quienes evaluaron el funcionamiento familiar de 20 veteranos alcohólicos masculinos y sus parejas femeninas durante los períodos de consumo de alcohol y abstinencia. El instrumento utilizado fue el Dispositivo de evaluación familiar de McMaster (FAD). El estudio indicó que en las 7 escalas del FAD, los alcohólicos y sus compañeras percibían que el funcionamiento familiar era mejor durante los períodos de abstinencia que de consumo. A diferencia de sus compañeros alcohólicos, las parejas femeninas otorgaron calificaciones más saludables a todas a las escalas del FAD, excepto roles en condiciones de abstinencia, e involucración afectiva en condiciones de consumo. De acuerdo a los puntajes de corte publicados para el FAD, los alcohólicos como grupo consideraban que su funcionamiento familiar en consumo y en abstinencia no era saludable, aunque el grupo femenino consideraba que la resolución de problemas y el control conductual secos de la familia eran saludables. Según los autores, estos hallazgos sugieren que el funcionamiento familiar de las parejas involucradas con el alcohol es bifásico, oscilando entre la bebida y los períodos de abstinencia.

En 1991, una investigación examinó la relación entre el funcionamiento familiar y el abuso de sustancias en pacientes psiquiátricos adolescentes hospitalizados tras una crisis psiquiátrica aguda (McKAY, Murphy, Rivinus, & Maisto, 1991). Los adolescentes informaron, mediante un cuestionario, sobre su uso de drogas y alcohol, problemas relacionados con la intoxicación, y el funcionamiento familiar, durante los 4 meses anteriores a la hospitalización. La muestra estuvo compuesta por un total de 45 personas (16 adolescentes). Nuevamente el instrumento utilizado fue el FAD. Los adolescentes apreciaron a sus familias mayoritariamente disfuncionales. De manera correlacional, mayores grados de disfunción familiar percibido en las áreas de respuesta afectiva y el funcionamiento de roles se asociaron con niveles más altos de abuso de sustancias.

McGaha (1993) encontró diferencias significativas en los niveles de cohesión y flexibilidad al estudiar familias de alcohólicos o drogodependientes (adictos a otras

sustancias distintas al alcohol) y familias sin miembros que presentan estas patologías. Solo el 3% de las familias donde la dependencia química estaba presente clasificaron obtuvo una puntuación del rango *balanceado* del FACES III. Mientras que el 40% de las familias no dependientes químicamente obtuvieron una puntuación balanceada. El 42% de aquellas de familias químicamente dependientes obtuvieron puntajes en el rango severamente disfuncional, mientras que solo 8 o 15% de aquellos de familias que no tenían dependencia química lo hicieron.

Con el fin de estudiar el impacto de los eventos de la vida sobre la adaptabilidad y la cohesión en las familias drogadictas, Mijalković, Goldner-Vukov & Marinković (1994) compararon 30 familias de adictos con 30 familias “sanas”, siendo evaluadas con la escala FACES III. Encontraron que las primeras tenían un mayor número de eventos estresantes, los cuales estaban negativamente asociados a la cohesión y adaptabilidad familiar.

En el Sur-este de California, una investigación examinó el papel de la estructura y el funcionamiento de la familia en la predicción del uso de sustancias entre adolescentes hispanos / latinos (Wagner Ritt-Olson, Chou, Pokhrel Duan, Baezconde-Garbanati, Soto, & Unger, 2010). La muestra ( $N = 1433$ ) estaba compuesta por adolescentes de ascendencia Mexicana, nacidos en EEUU, recolectados de estudios varios anteriores. Se utilizaron cuatro medidas de funcionamiento familiar: La comunicación entre padres e hijos se evaluó utilizando cuatro ítems que preguntaban sobre la comunicación percibida con sus padres; el monitoreo de los padres se evaluó utilizando tres ítems que preguntaban sobre las percepciones de los estudiantes sobre el seguimiento de sus padres de sus actividades; el conflicto familiar y la cohesión familiar se evaluaron con seis preguntas seleccionadas de la escala FACES-II. Vivir con un padre soltero se asoció con menos control parental y menos cohesión familiar, vivir con una madre soltera se asoció con menos control parental, y no vivir con ninguno de los padres se asoció con menos comunicación, menos supervisión de los padres, más conflictos familiares y menos cohesión familiar. Sus resultados sugieren que mejorar las habilidades básicas de crianza y ofrecer apoyo social y recursos adicionales para ayudar a los padres a controlar a los adolescentes puede ayudar a prevenir el uso de

sustancias. Estas intervenciones pueden ser particularmente beneficiosas para padres solteros.

Una importante estudio a los fines de la presente investigación, fue el trabajo realizada en Argentina por Schmidt (2001), quién utilizando la Escala FACES III, comparó 32 familias con un miembro drogadependiente y 32 familias controles (sin miembros con trastorno orgánico o conductual severo). La autora encontró que las familias que se hallaban en una primer fase de tratamiento (M1 = 0 a 12 meses), reportaban menores niveles de cohesión y adaptabilidad que familias controles. De acuerdo a la clasificación propuesta por el Modelo Circumplejo, son familias que tienden a funcionar como desligadas y rígidas. La autora afirma que este resultado indica que la escala FACES III permite hallar características diferenciales entre distintos tipos de sistemas familiares. A su vez, se compararon los resultados obtenidos por las familias en primera fase de tratamiento y la familias en segunda fase de tratamiento (M1 = 13 a 24 meses), observando un aumento significativo de los niveles de cohesión y adaptabilidad, alcanzando estas últimas los niveles de las familias controles. Schmidt refiere que estos resultados además indican que la Escala FACES III también permite captar diferencias en el funcionamiento familiar de familias que se encuentran en distintas fases de adaptación al evento estresante.

En otra investigación realizada por la misma autora (Schmidt, 2002) se compararon familias de drogodependientes, familia de discapacitados (con un miembro con discapacidad motriz) y familias controles. Se observaron tres tipos de sistemas familiares claramente diferenciados, donde las primeras tienen los niveles más bajos de cohesión y adaptabilidad, las segundas, moderados, y las terceras, altos. Schmidt (2003) en su tesis doctoral informa que altos niveles de flexibilidad parecerían contribuir a un aumento en la probabilidad de recaída de una persona drogodependiente en tratamiento.

Cabe señalar, que en la revisión se observa que la mayor parte de los trabajos se encuentran enfocados a familias de adolescentes con consumo que han desarrollado un consumo habitual y problemático. Por otra parte, las muestras de las investigaciones están conformadas en su gran mayoría por personas de género masculino, y pacientes internados en comunidades terapéuticas.

Si bien la Escala FACES III se ha aplicado a una gran cantidad de estudios, tanto en muestras clínicas, como no clínicas (Olson & Gorall, 2003), resultan escasas las investigaciones que lo aplican en trastornos por el uso de sustancias. Tenemos la suerte de contar con una experiencia de esta en nuestro contexto (Schmidt, 2001) a los fines de poder comparar los resultados, aunque en ese caso la autora estudió a la percepción de 32 sujetos con consumo problemático y a su familia mediante una evaluación multimiembro, y en la presente investigación se evalúa la percepción del funcionamiento familiar de 183 consumidores problemáticos específicamente de cocaína, sin incluir la percepción del resto de los miembros del sistema familiar de cada uno.

En una revisión exhaustiva sobre el papel de la familia en la prevención e intervención con el uso y abuso de sustancias (Velleman, Templeton, y & Copello, 2005) los autores afirman que hay evidencia significativa de la participación de la familia en el desarrollo del uso indebido de sustancias por parte de los jóvenes. Dada esta participación familiar, la revisión explora y evalúa las intervenciones destinadas a incluir a la familia en la prevención de esta problemática. La revisión concluye mencionando que existe una escasez de investigación metodológicamente muy sólida en esta área, pero la investigación realizada por ellos sugiere fuertemente que la familia puede tener un papel central en la prevención del uso de sustancias y el mal uso posterior entre los jóvenes.

Debajo, en el último apartado de los antecedentes de investigación, se incluyen los estudios que integran dos o tres de las variables aquí examinadas en trastornos por el uso de sustancias.

## **7. Evaluación de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar en Trastornos por el Uso de Sustancias**

Si bien existe gran cantidad de investigaciones con respecto a estilos de apego (Bakermans-Kranenburg & van IJzendoorn, 2009; Martinez, C. Santelices, M. 2005), y otro tanto con respecto a dificultades en la regulación emocional, es menor el número de investigaciones que incluyen ambas variables, y tal como afirma Thorberg, F. & Lyvers, M. (2009) existen escasas investigaciones empíricas sobre la relación del apego y regulación

emocional en personas con problemas de consumo de sustancias. A su vez, no se han encontrado investigaciones que incluyan estas dos variables, más el estudio del funcionamiento familiar en adultos con trastornos por el uso de sustancias. Debajo se menciona investigaciones que incluyen al menos dos de las variables aquí examinadas en muestras con este cuadro clínico, e investigaciones relevantes que aportan datos útiles aunque no incluyan necesariamente sujetos con trastornos por el uso de sustancias.

Una de ellas es la de Cooper, Shaver & Collins (1998) que evalúan estilos de apego, regulación emocional y adaptación en con una muestra de 1989 adolescentes, con quienes se realizaron entrevistas estructuradas tomadas por 30 investigadores entrenados y a su vez se les aplicó un cuestionario. Los resultados indican que los adolescentes con apego seguro son quienes presentan mayores niveles de adaptación, y aquellos con apego inseguro-ansioso quienes presentan peores niveles con respecto a la adaptación. En cambio los adolescentes con apego inseguro-evitativo presentaron mayores niveles de sintomatología y peor autoconcepto, e iguales niveles de involucración en situaciones de riesgo (incluido el consumo de sustancias) como los de apego seguro.

Un importante antecedente con respecto al presente trabajo, es la investigación realizada en Israel, llevada a cabo por Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman (2003) quienes estudiaron en 1998 la asociación entre los estilos de apego de los esposos adictos (N = 56) y sus esposas (N = 56), y sus percepciones del funcionamiento familiar. La muestra estaba compuesta por pacientes que consumían heroína (52.9%) y pacientes ambulatorios desintoxicados con múltiples medicamentos. Los instrumentos utilizados fueron la escala de estilos de apego adultos, y la Escala FACES III. Los resultados indicaron que las percepciones de adaptabilidad y cohesión familiar entre los esposos consumidores de drogas y sus esposas no difieren de la norma israelí. La mayoría de los usuarios de drogas (60.7%) se caracterizaron por el estilo de apego evitativo, seguido por el estilo seguro (26.8%) y el estilo ansioso / ambivalente (12,5%). La mitad de las esposas (53.6%) se caracterizaron por el estilo seguro, seguido por el estilo evasivo (42.9%) y el estilo ansioso / ambivalente (3.6%). Un estilo seguro en marido y mujer se asoció con

niveles más altos de cohesión y adaptabilidad familiar, y el estilo ansioso- ambivalente con una menor percepción de cohesión y adaptabilidad familiar.

Al respecto del apego en adultos y el funcionamiento familiar, Cook (2000) estudió la seguridad del apego en las relaciones adultas utilizando tres medidas de apego del cuestionario RS (comodidad con la cercanía, dependencia y ansiedad), en una muestra de 208 familias de clase media. La investigación probó 3 hipótesis sobre las fuentes interpersonales de la seguridad del apego adulto: (a) la seguridad del apego es específica de cada relación, (b) las características de las parejas afectan la seguridad del apego, y (c) la seguridad del apego es recíproca. Estos resultados dan cuenta de la naturaleza interpersonal en lugar de intrapsíquica de la seguridad del apego, y destaca cómo los procesos sociales contribuyen al desarrollo y mantenimiento de modelos operantes internos de las relaciones. El autor concluye que los modelos operantes internos de las relaciones, si están funcionando, pueden no ser tan internos después de todo, y que se justifica un mayor énfasis en las fuentes interpersonales de la seguridad del apego adulto.

Por su parte, el rol del contexto familiar en el desarrollo de la regulación emocional es explicado en la revisión realizada por Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson (2007), donde las autoras identifican que el desarrollo de la regulación emocional se encuentra influenciado principalmente por tres factores del contexto familiar: a) la observación (modelado); b) prácticas parentales específicamente relacionadas con la emoción (*coaching* emocional, reacciones a las emociones); y c) clima emocional de la familia (estilos de crianza, la relación de apego, la expresividad familiar y la relación matrimonial). En este proceso juega un papel primordial las características de los padres en cuanto a su salud mental, historia familiar, etc.), las características propias de los hijos (reactividad a la tristeza, enojo, miedo), y la relación entre ellos.

Una investigación longitudinal de gran relevancia fue la desarrollada por Simpson, Collins, Tran & Haydon (2007). Si bien no incluye una muestra con Trastornos por el Uso de Sustancias, vale mencionarlo ya que es un estudio longitudinal desarrollado en Minnesota, donde los resultados predijeron que las experiencias emocionales de los adultos con las parejas románticas muestran una continuidad de la seguridad en las experiencias de

apego con sus cuidadores de la infancia. El estilo de apego que se observó en la infancia a través del estudio de la situación extraña predijo cómo regulan sus emociones en la adultez. Puntualmente, encontraron que aquellos niños que a los 12 meses clasificaban en una relación de apego inseguro con su madre, informaron y expresaron más emociones negativas que positivas en sus relaciones de pareja adultas (20-23 años de edad promedio). Y en contrapartida, aquellos puntuados a los 12 meses con apego seguro fueron clasificados por sus maestros como socialmente más competentes en su infancia, relaciones más seguras con sus amigos en la adolescencia, y experiencias emocionales diarias más positivas en sus relaciones románticas adultas (tanto informado por ellos como por su pareja).

Siguiendo la línea de experiencias infantiles y su influencia en la adultez, una investigación cuantitativa exploró el papel del entorno familiar temprano y el estilo de apego adulto al explicar los resultados a largo plazo entre los sobrevivientes de abuso infantil que presentaban diversas sintomatologías psicológicas, entre ellas abuso de sustancias (Riggs, Sahl, Greenwald, Atkison, Paulson, & Ross, 2007). La muestra estaba conformada por 80 pacientes adultos, que se encontraban en un programa de tratamiento del trauma. Se les aplicaron las escalas: Experiences in Close Relationships Scale (ECR) que evalúa apego; Family Environment Scale (FES), que mide entorno familiar, y tres inventarios que miden características de personalidad. Los análisis de regresión jerárquica fueron significativos para el trastorno de identidad disociativo, abuso de sustancias, trastorno de ansiedad, estrés postraumático, somatización y seis dimensiones del trastorno de personalidad. Los resultados aportaron evidencia que reforzó la idea de que el estilo de apego adulto media la relación entre algunos tipos de entornos familiares tempranos y la psicopatología posterior. Cinco escalas del entorno familiar (independencia, organización, control, conflicto, expresividad) también predijeron estados psicopatológicos posteriores.

Otro estudio a tener en cuenta aquí es el llevado a cabo por Thorberg, F. & Lyvers, M. (2009), quienes estudiaron el apego en relación a la regulación de los afectos y el funcionamiento interpersonal en 100 pacientes (58 hombres, 42 mujeres) como problemas de consumo de sustancias (43 tratados por dependencia al Alcohol, 17 a cannabis, 21 a la heroína y 19 por abuso anfetaminas o cocaína), en un centro ambulatorio de adicciones de

Australia. Los autores mencionan que en estudios anteriores se han encontrado dificultades en la regulación de los afectos en consumidores problemáticos de sustancias, y que recientemente las adicciones han sido consideradas un problema trastorno de apego, de ahí la idea evaluar la correlación entre las variables. A la muestra se les aplicaron los siguientes cuestionarios: *The Revised Adult Attachment Scale (RAAS)*, *The negative mood regulation (NMR)*, *The Fear of Intimacy Scale (FIS)* y *The differentiation of self inventory (DSI)*. Sus hallazgos apoyan la teoría del apego, sugiriendo que el apego inseguro está asociado y predice las habilidades de regulación del afecto y las dificultades en el funcionamiento interpersonal en una muestra de trastorno por uso de sustancias en pacientes. Proponen que la inclusión y evaluación del apego parece ser importante en el desarrollo de programas de tratamiento para personas que abusan de sustancias. Y concluyen mencionando que ya que los adictos reportan usar alcohol y drogas para regular estados de ánimo negativos, tal vez la "seguridad de apego ganado" a través de esfuerzos terapéuticos y una mayor confianza en las habilidades de regulación del estado de ánimo puede conducir a niveles disminuidos de afecto negativo que podría disminuir el uso de sustancias como regulador del estado de ánimo

La investigación de Thorberg & Lyvers reviste características similares al trabajo que se pretende desarrollar en la presente investigación, aunque presenta algunas diferencias y puntos a tener en cuenta. Primero, se desarrolla en un contexto muy distinto al Argentino, y especialmente distinto al de la provincia de Mendoza. Por otra parte, los investigadores no aclaran datos demográficos de la muestra más que sexo, edad y diagnóstico de consumo. En cuanto al procedimiento los participantes debían haber estado al menos 3 semanas en abstinencia previo a contestar los cuestionarios, estado que fue controlado mediante análisis clínicos. Esto es algo que no se realizará en la presente investigación. La variable funcionamiento familiar no fue evaluada en la investigación de Thorberg & Lyver, como sí lo será en este caso, y también los instrumentos a aplicar serán distintos, todos validados en Argentina.

Siguiendo la tendencia reciente de ampliar el concepto de adicciones a conductas y no solo a sustancias, investigadores de Turquía (Şenormancı, Şenormancı, Güçlü, &

Konkan, 2014) midieron apego y funcionamiento familiar en 30 pacientes adultos que presentaban criterios para la adicción a internet, y los compararon con un grupo de control de 30 personas. Los instrumentos utilizados fueron Beck Depression Inventory (BDI), the Experiences in Close Relationships Questionnaire-r (ECR-r) y el Family Assessment Device (FAD). Los pacientes con adicción a internet obtuvieron puntajes más altos en depresión y apego ansioso que el grupo de control. A su vez, los primeros evaluaron su funcionamiento familiar de manera más negativa que el grupo de control. Los autores concluyen que puede ser importante evaluar los estilos de apego y el funcionamiento familiar de los pacientes con adicción a Internet. Y afirman que los enfoques de tratamiento integral que incluyen a otros miembros de la familia pueden hacer contribuciones importantes al éxito del tratamiento.

Una investigación cualitativa, realizada con un grupo de mujeres ( $N = 7$ , edades entre 26 y 40 años) consumidoras de heroína, estudió las relaciones disfuncionales como un mediador potencial del abuso de sustancias y conductas delictivas (Kreis, Gillings, Svanberg & Schwannauer, 2016). La muestra fue seleccionada de los servicios comunitarios de tratamiento de abuso de sustancias pertenecientes a la Junta Nacional de Salud de Escocia, principalmente de programas de tratamiento de drogas ordenados por la corte. Se incluyeron mujeres con condenas penales previas, con una edad mínima de 18 años. Los criterios de exclusión fueron: discapacidad de aprendizaje, psicosis aguda e intoxicación en la etapa de consentimiento o entrevista. Los datos fueron analizados utilizando la teoría social constructivista fundamentada. Los resultados indicaron que el uso indebido y el abuso de sustancias de los participantes estaba relacionado con experiencias de reacciones adversas. Las autoras pudieron construir un modelo provisorio que incluye la interrelación entre la desconexión familiar (pérdida de apoyo familiar), las relaciones disfuncionales con su pareja íntima (relación abusiva, adicción compartida, compañeros en el crimen), la pérdida de hijos, el abuso de sustancias y los delitos relacionados con las drogas, en el contexto de traumas complejos, apego inseguro y vergüenza (abusos sexuales previos, abuso de sustancias parentales, rechazo / ausencia / abandono de los padres, falta de afecto parental). A su vez, destacan que la importancia potencial de la vergüenza en el

abuso de sustancias de las mujeres ha tenido poca investigación previa, y que los tratamientos pueden mejorar al incorporar los datos arrojados por su trabajo.

Al realizar la revisión de los antecedentes empíricos, no se encontró ningún artículo que incluya juntas en el título de su trabajo a las tres variables aquí investigadas: apego, regulación emocional y funcionamiento familiar, aplicadas en trastornos por el uso de sustancias. Este resultado fue arrojado tanto en la búsqueda en inglés y en castellano, mediante diferentes combinatorias de elementos que aparezcan en el título del trabajo, tales como: family + substance + emotion + attachment; family functioning + substance + emotion regulation + attachment; cohesion + substance + emotion; etc. La búsqueda se realizó en diferentes reservorios académicos empíricos, como: Scholar google, proquest, PsycINFO, SciELO, PSYCLINE, etc.

Un factor contextual que se desprende de las revisiones es que prácticamente todos los estudios ha sido realizado con población anglosajona. A su vez, son pocos los estudios en la cual se incluya población de escasos recursos económicos o sin educación formal. Por otra parte, los problemas de consumo incluyen conceptos que han recibido una nomenclatura muy heterogénea dificultando la generalización de resultados. Por ejemplo para mencionar “adicciones” se puede utilizar las palabras: problemas de consumo, abuso de sustancias, dependencia de estupefacientes, desórdenes adictivos, etc. La terminología asociada a las “adicciones” parece estar más relacionada con el modelo abstencionista de abordaje, en cambio, la referencia a estas como “problemáticas de consumo” se encuentra cercana la modelo de reducción de daño.

A continuación se describen las preguntas, objetivos e hipótesis que guían a la presente investigación. Luego se explica la metodología implementada, el análisis de resultados y su discusión, y para finalizar se mencionan las principales conclusiones extraídas.

#### IV. PLANTEO DEL PROBLEMA

Los Trastornos por el Uso de Sustancias representan un problema de salud pública de magnitudes cada vez mayores a nivel provincial, nacional y mundial (Organización Mundial de la Salud, 2018; Ministerio de Salud de la Argentina, 2018; CICAD y OEA 2019). A su vez, los trastornos mentales y del uso de sustancias constituyen la principal causa de discapacidad a nivel mundial (OMS, 2016). En nuestro país, se estimó que el 17.5% de las muertes para el grupo de 15 a 64 años estaba asociada directamente al consumo de sustancias (SEDRONAR, 2016). La principal causa de muertes a nivel mundial (entre un 60% y 70%) se deben a Enfermedades No Transmisibles (ENT), las cuales incluyen el consumo abusivo o dependiente de sustancias entre sus cuatro principales factores predisponentes. Más allá de las implicancias sanitarias esta problemática también conlleva graves pérdidas económicas y sociales, tanto para la persona como para la sociedad en conjunto (OMS, 2018).

Si bien está clara la incidencia del consumo abusivo o dependiente de sustancias en la salud, no son frecuentes los análisis que se enfoquen en una comprensión integrativa de los factores ambientales y personales que colaboran en el desarrollo y mantenimiento de la problemática. El presente trabajo pretende arrojar luz al respecto, midiendo en sujetos con Trastornos por el Uso de cocaína las relaciones, y posibles causas, entre tres variables de relevancia clínica y académica: *estilos de apego* (Bowlby, J. 1969, 1980, 1982; Ainsworth 1978; Fraley, 2011), *Dificultades en la regulación emocional* (Gross, J. 1998; Gratz, K. & Roemer, L. 2004) y *Funcionamiento familiar* (Olson, Russell y Sprenkle, 1979; Leibovich de Figueroa N. B, Schmidt V. I, y otros. 2010). Tal como se explica en el apartado “Antecedentes” de este trabajo, existe una importante cantidad de estudios que asocian apego y regulación emocional, aunque en escasas oportunidades son vinculadas a sujetos con problemas de consumo, y menos aún, al funcionamiento familiar. En esta interconexión es donde radican los aportes novedosos que puede propiciar este trabajo, además del hecho de ser aplicado en una población estudiada con mucha menos frecuencia, como son los usuarios de centros públicos asistenciales en adicciones.

A continuación se describen las preguntas, objetivos e hipótesis que enmarcan la investigación actual.

### **1. Preguntas de la investigación**

Las preguntas que promueven y orientan la presente investigación son las siguientes:

- ¿Cuáles son los patrones de apego predominantes en sujetos con trastornos por consumo de cocaína?
- ¿Cuáles son las medidas de las dificultades en la regulación emocional en sujetos con trastornos por consumo de cocaína?
- ¿Cuáles son las tendencias de funcionamiento familiar en sujetos con trastornos por consumo de cocaína?
- ¿Existe alguna relación entre estilos de apego, dificultades en la regulación emocional y funcionamiento familiar?
- ¿Los estilos de apego predicen las dificultades en la regulación emocional en personas con trastornos por el uso de cocaína?
- ¿El funcionamiento familiar percibido predice las dificultades en la regulación emocional en personas con trastornos por el uso de cocaína?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de patrones de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar según género?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de patrones de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar según estudios cursados?
- ¿Existen diferencias significativas en los niveles de patrones de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar según ocupación?

Seguidamente, se exponen los objetivos que se propone este estudio.

## 2. Objetivos de la investigación

Los objetivos que persigue el trabajo actual son los siguientes:

Objetivo General: Evaluar si existe una asociación y relaciones predictoras entre patrones de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar, en adultos con trastornos por consumo de cocaína que no se encuentran en tratamiento.

Objetivos Específicos:

- Medir dimensiones de apego en adultos que presentan trastorno por consumo de cocaína.
- Medir dificultades en la regulación emocional en adultos que presentan trastorno por consumo de cocaína.
- Medir el funcionamiento familiar percibido en adultos que presentan trastorno por consumo de cocaína.
- Precisar si uno o ambos de los subtipos de estilos de apego inseguro (ansioso o evitativo) se asocia en mayor medida al trastorno por el uso de cocaína.
- Precisar si una o varias de las dimensiones de la dificultades en la regulación emocional se asocia en mayor medida al trastorno por el uso de cocaína.
- Precisar si uno de los dos tipos de disfuncionalidad familiar percibida se asocia en mayor medida al trastorno por el uso de cocaína.
- Identificar si existe una asociación entre estilos de apegos inseguros, dificultades en la regulación emocional, disfuncionalidad familiar percibida y trastornos por el uso de cocaína.
- Identificar relaciones de causalidad entre las variables y sus dimensiones que se encuentren asociadas si las hubiera.
- Comparar medias e identificar sus posibles diferencias significativas en cada dimensión de la investigación según estudios género, estudios cursados, y ocupación.

### **3. Hipótesis de la investigación**

Las hipótesis que sostiene esta investigación son las siguientes:

- H1: Existe una asociación entre estilos de apego inseguros, dificultades en la regulación emocional y disfuncionalidad familiar en adultos con trastorno por consumo de cocaína.
- H2: Altas puntuaciones en apego inseguro y el funcionamiento familiar extremo predicen a las dificultades en la regulación emocional
- H3: Los estilos de apego inseguros predominan en los adultos que presentan trastorno por consumo de cocaína.
- H4: Los adultos con trastorno por consumo de cocaína presentan en su mayoría elevados puntajes en las dificultades en la regulación de sus emociones.
- H5: El grado de cohesión familiar es mayoritariamente extremo (desligado o muy conectado) en adultos con trastorno por consumo de cocaína.
- H6: El grado de flexibilidad familiar es mayoritariamente extremo (caótico o muy flexible) en adultos con trastorno por consumo de cocaína.
- H7: La muestra no presentará diferencias significativas según género, en las puntuaciones de apego, dificultades en la regulación emocional y funcionamiento familiar percibido.
- H8: Menores niveles de estudios y de ocupación estarán asociados en mayor medida a mayores dificultades en la regulación emocional, apego inseguro y funcionamiento familiar extremo.

A continuación, se desarrollará el apartado metodológico, el cual refiere el diseño y alcance de la presente investigación, detalla las características de la muestra, comenta las técnicas instrumentadas y explica los pasos que se siguieron para la obtención de los datos.

## V. MÉTODO

### 1. Diseño

La presente investigación es un estudio *cuantitativo*, de tipo *no experimental*, de corte *transversal* y con un alcance *correlacional* (Hernández Sampieri, R. Collado, C. F. y Lucio, P. B. 2014).

### 2. Participantes

La muestra de esta investigación es no probabilística e incidental (Hernández Sampieri et al., 2014) y está compuesta por 183 sujetos, mujeres y hombres, de 18 a 43 años que presentan trastorno por consumo de cocaína, y que asisten a centros ambulatorio asistenciales en adicciones (CPAA) públicos, pertenecientes al Ministerio de Salud, de la provincia de Mendoza, Argentina. Un aspecto que destaca de la muestra, es que los 183 sujetos no se encontraban en tratamiento al momento de la administración de las escalas. Esto fue realizado con el objetivo de que el proceso terapéutico no influyera en los resultados obtenidos. Para garantizar eso, las escalas fueron administradas a las personas inmediatamente concluían su entrevista de admisión en el CPAA (ver ficha de admisión en el apartado “Anexos”). Dichas entrevistas de admisión siempre fueron realizadas por equipos interdisciplinarios (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) que determinaron en conjunto, según los criterios del “Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales” (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) la existencia de un *Trastorno por el uso de cocaína*. Este aspecto metodológico implicó que el trabajo se desarrollara entre los meses de Noviembre del 2017 a Julio del 2019.

Por otra parte, se estipuló que el límite de edad fuera de 45 años, a los fines de evitar, dentro de lo posible, sujetos con deterioro cognitivo por consumo crónico de sustancias cuyas respuestas pudieran alterar la confiabilidad de las escalas administradas. Los criterios de exclusión fueron: discapacidad de aprendizaje, psicosis descompensada e intoxicación en la etapa de consentimiento o entrevista.

Las edades de la muestra coinciden con los datos ofrecidos por el Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos a nivel nacional en 2018, elaborado por SEDRONAR (2018), quienes refieren que en el segundo semestre el grupo etario que aportó la mayor cantidad de pacientes asistidos fueron aquellos entre los 18 y 36 años de edad, concentrando el 74% de los pacientes, considerando ambos sexos.

Es necesario mencionar que los criterios de admisión para recibir abordaje en el CPAA son: que la persona sea mayor de 14 años, no posean obra social, y presente algún tipo de consumo problemático. Pueden asistir de manera voluntaria, por indicación médica, legal o sugerencia de algún allegado. Los participantes de la presente investigación han sido evaluados de manera interdisciplinaria, previamente a la aplicación de las escalas, por Lic. en psicología, Lic. en trabajo social y Médicos/as psiquiatras que determinan que, por lo referido por el usuario del servicio al momento de la evaluación, el mismo presenta trastorno por consumo de cocaína. Casi la totalidad de la muestra no ha finalizado sus estudios secundarios, abandonando la escolaridad en edades tempranas (13-14 años). También en su mayoría, presentan carencias económicas, y habitan en zonas de gran vulnerabilidad. Estos aspectos se ampliarán en la sección “Análisis de resultados - características demográficas de la muestra”.

Generalmente, los estudios que evalúan las tres variables aquí mencionadas lo suelen hacer en contextos cercanos a lo que en Argentina podríamos identificar como clase media, y en poblaciones que tienen un nivel académico mayor al de la muestra aquí presentada. El hecho de que las investigaciones se centren fundamentalmente en ese sector demográfico tiene la desventaja de dejar por fuera del ámbito científico a una gran porción de la población: quienes asisten a centros públicos. Este grupo también requieren de estudio para la mejora en la comprensión, prevención y asistencia de su problemática. Se considera que este trabajo posee un valor agregado al incluir y focalizar la muestra en personas con limitados recursos económicos y menor desarrollo académico. Aspecto que implicó un trabajo extra en la recolección de datos, tal como se describe más adelante.

A continuación, se describen los instrumentos utilizados para la recolección de datos, a los fines de poder medir las variables de la investigación.

### 3. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos fueron: un cuestionario socio-demográfico ad hoc, y tres escalas de respuesta tipo likert para cada una de las variables de la investigación. Para evaluar Estilos de Apego en Adultos se aplicó el *Experiences in Close Relationships-Relationship Structures questionnaire* ([ECR-RS], Fraley, 2011), para medir regulación emocional se administró la *Difficulties in Emotion Regulation Scale* ([DERS], Gratz and Roemer, 2004), y para estimar el funcionamiento familiar percibido se tomó la escala *family adaptability and cohesion evaluation scale* ([FACES III], Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992). Los tres instrumentos han sido validados en Argentina recientemente presentando, a su vez, buenos indicadores de confiabilidad. A continuación se describirán las características principales de cada uno.

#### 3.1. Cuestionario socio-demográfico construido ad hoc

Se construyó un cuestionario a los fines de obtener datos acerca de las características sociodemográficas de los participantes, el cuestionario incluyó las categorías: género, edad, estudios cursados, ocupación, país de origen, país de residencia (en caso de que no hubiera coincidencia se consultó cuánto tiempo estuvo viviendo en el país de origen), provincia de crianza, situación conyugal y parental, y si tanto su padre como su madre estaban vivos al momento de la administración de la escala.

#### 3.2. Escala DERS

El instrumento *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), desarrollada por Gratz and Romers (2004), evalúa las dificultades funcionales y déficit que pueden surgir durante el procesamiento de las emociones. Los autores propusieron una conceptualización integrativa de la regulación emocional que incluía, no solo la modulación del estado emocional, sino también la conciencia, comprensión, aceptación de las emociones, y la capacidad de actuar de formas deseas independientemente del estado emocional. Por ello, originalmente la escala se conformó por seis subescalas que representan seis factores que

dan cuenta de una visión integradora del constructo “dificultades en la regulación emocional”:

1) Falta de Aceptación Emocional: tendencias a tener respuestas: compuesta por elementos que reflejan una tendencia a experimentar emociones negativas secundarias como respuesta a una emoción negativa primaria, o reacciones no aceptables de la angustia (Item n° 10 de la escala aplicada: “Cuando me disgusto me da vergüenza sentirme así”)

2) Interferencia en Conductas Dirigidas a Metas: compuesto por ítems que manifiestan dificultades para concentrarse y realizar tareas al experimentar emociones negativas (Item n° 19 de la escala aplicada: “Cuando me altero me cuesta concentrarme”)

3) Dificultades en el Control de Impulsos: conformado por ítems que demuestran dificultades para controlar el propio comportamiento cuando se experimenta una emoción negativa (Item n° 12 de la escala aplicada: “Cuando me altero pierdo el control”)

4) Falta de Conciencia Emocional: dimensión formada por reactivos que dan cuenta de la tendencia a atender y reconocer las emociones. Los ítems deben invertirse para evaluar la falta de conciencia emocional (Ítem n° 2 de la escala aplicada: “Presto atención a cómo me siento”)

5) Falta de Claridad Emocional: compuesta por elementos que reflejan el grado en que las personas conocen y comprende las emociones que está experimentando. (Item n° 4 de la escala aplicada: “Me cuesta entender mis sentimientos”)

6) Acceso Limitado a Estrategias de Regulación Emocional: conformada por ítems que indican la creencia de que es poco lo que se puede hacer para regular las emociones displacenteras de manera efectiva. (Item n° “Cuando me disgusto creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor)

Originalmente la escala DERS cuenta con 36 ítems con respuesta tipo Likert de 5 posiciones (Desde 1= casi nunca/ 0-10% de las veces, hasta 5=casi siempre/90-100% de las veces), presentando una elevada consistencia interna de la escala total:  $\alpha = .93$  y de cada una de las subescalas (entre  $\alpha = .8$  y  $\alpha = .9$ ), buena fiabilidad test-retest en un periodo de 4 a 8 semanas ( $\rho = .88$ ,  $p < .01$ ) y una adecuada validez predictiva y de criterio.

La escala DERS fue adaptada al castellano y validada por Hervás y Jódar (2008) en España. Los autores encontraron diferencias en la estructura factorial, se observó la existencia de un factor menos, ya que su análisis no discriminó entre los ítems dificultades en el control de los impulsos y acceso limitado a estrategias de regulación emocional. Frente a esto, los autores agruparon los ítems en un solo factor denominado “Descontrol emocional”. El número final total de ítems utilizados en la versión final adaptada fue de 28 (en lugar de los 36 de la escala original). Su estudio demostró adecuadas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de  $\alpha = .93$  para la escala completa y entre  $\alpha = .73$  y  $\alpha = .91$  para las distintas dimensiones, y también mostraron buenos indicadores de validez convergente e incremental.

En el 2014 Medrano y Trógolo realizan la validación de la escala DERS en Argentina, obteniendo buenos indicadores de confiabilidad y validez aunque con algunas diferencias en comparación con la escala original. Para su validación utilizaron la escala DERS adaptada a la población española por Hervás y Jódar (2008). La escala validada en Argentina fue aplicada a estudiantes de la provincia de Córdoba, en su mayoría mujeres, y quedó compuesta por 28 ítems, conformada por la misma estructura factorial de seis dimensiones que la escal original, y con la misma modalidad de respuesta tipo likert. En cuanto a la consistencia interna se obtuvieron los siguientes resultados: falta de conciencia emocional  $\alpha = .71$ , falta de claridad emocional  $\alpha = .70$ , falta de aceptación emocional  $\alpha = .84$ , interferencia en conductas dirigidas a metas  $\alpha = .82$ , dificultades en el control de los impulsos  $\alpha = .87$ , acceso limitado a estrategias de regulación emocional  $\alpha = .54$ . También se realizaron estudios de validez concurrente evidenciando resultados satisfactorios. Pese a algunas limitaciones (homogeneidad y tamaño de la muestra) cuenta con la ventaja de ser un instrumento validado en nuestro contexto para indagar las dificultades en la regulación emocional. A su vez, resulta pertinente su utilización en la presente investigación ya que posee un lenguaje claro y preciso, lo cual facilita su comprensión dadas las características de las capacidades en la lecto-escritura de la muestra.

Para la evaluación de la escala se sumaron y promediaron los puntajes obtenidos de todos los ítems de la escala completa y dentro de cada dimensión, rotando previamente

aquellos que eran invertidos. Mayores puntajes evidencian mayores dificultades en la regulación emocional.

### 3.3. Escala ECR-RS

El cuestionario “Experiencias en relaciones cercanas-estructuras de relaciones” desarrollado por Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011), es un instrumento de autoinforme diseñado para evaluar dimensiones de apego en varios dominios relacionales. La escala ofrece información sobre estilos de apego con las relaciones cercanas en general y con personas cercanas específicas (madre, padre, pareja romántica y mejor amigo/a) en base a las dimensiones de apego: *ansiedad* ante el abandono, es decir, el grado de preocupación sobre si los demás sienten afecto por ellos, y por si están disponibles frente a sus necesidades afectivas; y *evitación* ante la intimidad, lo cual evalúa el nivel en que una persona se siente segura y cómoda con la cercanía y dependencia emocional de los demás. Esta escala posee una versión en línea (Yourpersonality.net/relstructures, 2020) de libre acceso, la cual proporciona resultados las diferencias individuales de apego a través de múltiples relaciones y emite comentarios sobre la estructura correlacional sobre sus puntajes obtenidos.

Los ítems que componen la escala son nueve, los mismos pueden ser utilizados para medir estilos de apego con respecto a las relaciones cercanas en general o cada una de las relaciones cercanas específicas, según el interés del investigador. De estos nueve ítems, los seis primeros corresponden a la dimensión de apego evitativo (ej.: Ítem n° 6 : “prefiero no mostrar a otros como me siento en el fondo”), y los tres últimos están vinculados con el apego ansioso (ej.: Ítem n° 8: “tengo miedo de que otras personas me abandonen”)<sup>5</sup>. La confiabilidad test-retest (más de 30 días) de la escala ha sido de  $\alpha = .65$  para las relaciones románticas, y  $\alpha = .80$  en cuanto al apego con los padres.

La ECR-RS, sobre la cual se realizó un estudio psicométrico en Argentina (Paolicchi y cols. 2014) evaluando su validez y confiabilidad, posee una estructura tipo likert con siete opciones de respuesta (desde 1 = totalmente de acuerdo, hasta 7 =

---

<sup>5</sup> Los 9 ítems que componen la escala utilizada en la presente investigación pueden encontrarse en la sección anexos, donde aparece la escala completa.

totalmente en desacuerdo) para cada uno de los nueve ítems que indagan acerca de la percepción de apego de los adultos en relación con relaciones cercanas en general, y con cuatro figuras importantes, a saber: madre, padre, pareja y mejor amigo/a. Por ende, en total la escala se encuentra conformada por 45 ítems, y busca describir los MOI (Modelos Operativos Internos, también denominados Modelos Internos de Relación) de la persona con cada una de las personas con las cuales establece vínculos de apego. Las orientaciones posibles se dividen en dos dimensiones: apego “seguro” o “inseguro”, subdividiéndose esta última dimensión en dos subtipos: inseguro ansioso o inseguro evitativo. Las medidas psicométricas de esta escala en aplicada en Argentina han demostrado muy buenos niveles de validez y confiabilidad ( $\alpha = .90$  escala completa, estilo inseguro evitativo  $\alpha = .74$ , estilo inseguro ansioso  $\alpha = .86$ ), permitiendo así continuar trabajando con su aplicación para evaluar modelos internos de relación en adultos.

La ECR-RS fué la escala elegida para medir apego adulto en el presente trabajo de investigación por lo anteriormente mencionado en el apartado “evaluación del apego en adultos”, más lo aquí referido sobre los buenos indicadores obtenidos en la adaptación y validación a la Argentina.

Teniendo en cuenta los objetivos aquí planteados y las características demográficas de la muestra, es que no se utilizó la sección de la escala que evalúa “apego con el mejor amigo/a”. De esta manera la escala completa finalmente administrada quedó compuesta por 36 ítems, que se dividen en 4 objetivos: relaciones cercanas en general, apego con la madre, con el padre y con la pareja.

Las consignas para responder la escala para las relaciones cercanas en general fue: “Por favor, lea cada una de las siguientes afirmaciones y califique en qué medida cree que cada una de las afirmaciones describe mejor sus sentimientos acerca de las relaciones cercanas en general”. La consigna para cada una de las relaciones específicas fue: “Por favor, conteste las siguientes preguntas acerca de su madre, o figura de madre/ padre o figura de padre”. Siguiendo las indicaciones de los autores de la escala, en aquellos casos donde la persona no haya tenido (por fallecimiento o ausencia) relación con algún progenitor, se le consultó sobre aquella persona que ocupó la figura de madre o padre, si es

que lo hubiera. Lo mismo sucedió en aquellos caso donde la persona no se encontraba en pareja al momento de la administración de la escala, la consigna era frente a esta situación fué la siguiente: “si actualmente no está en una relación de citas o matrimonial con alguien, responda a estas preguntas con respecto a una ex pareja o a una relación que le gustaría tener con alguien”.

Para la evaluación de la escala se promediaron los puntajes obtenidos de todos los ítems dentro de cada dimensión (ansiosa o evitativa) y en cada relación, rotando previamente aquellos que eran invertidos, tales como el ítem n° 3: “normalmente hablo de mis problemas y preocupaciones con los demás”. Los puntajes más altos se interpretan como mayores niveles de evitación y/o ansiedad, y por lo tanto un mayor apego inseguro. Bajos niveles de ansiedad y/o evitación dan cuenta de un apego seguro.

#### 3.4. Escala *FACES III*

La escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar ([*FACES III*] Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la tercer versión de las escalas *FACES*, las cuales se apoyan en los fundamentos teóricos del Modelo Circumplejo de sistemas familiares y maritales formulado por Olson, Russell y Sprenkle (1979). Estos autores consideran que las dimensiones más relevantes para tratar y comprender los sistemas familiares son: la cohesión, la flexibilidad y la comunicación. Las dos primeras fueron operacionalizadas en una serie de escalas denominada *FACES (family adaptability and cohesion evaluation scale)*, y la tercera se evalúa con una escala de comunicación diseñada puntualmente para este fin, la cual fue luego incorporada a la *FACES IV*, adjuntando además, una escala de satisfacción marital. Olson (1994) propone modificar el término ‘adaptabilidad’, por ‘flexibilidad’ debido a la confusión semántica que dicho concepto genera al asociarse a fácilmente a otros (por ejemplo, adaptación).

La Escala *FACES III* proporciona una evaluación de cómo las personas perciben a sus familias y cuál es la discrepancia con el ideal que tienen de estas. Su desarrollo logró reducir la alta correlación existente entre ambos factores (cohesión y flexibilidad) y de la deseabilidad social que aparecía en la *FACES II*. Originalmente obtuvo adecuados

indicadores de consistencia interna tanto para la escala completa:  $\alpha = .68$ , como en ambas dimensiones:  $\alpha = .77$  para cohesión, y  $\alpha = .62$  para flexibilidad. También obtuvo buenos indicadores de validez aparente y de contenido. La correlación entre ambas dimensiones fue casi nula ( $r = .03$ ) (Olson, 1986).

Ha sido adaptada en una gran variedad de contextos culturales, y ya en el 2003 Olson y Gorall (2003) calculaban que existían más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. La escala ha sido implementada tanto en nuestro contexto como en el resto del mundo en evaluación clínica, planificación de los tratamientos, valoración del impacto de la intervención y en programas de investigación

La adaptación de la escala en Argentina consistió en un trabajo que se extendió a lo largo de años, y cursó diferentes etapas, el proceso se describe en el libro *Ecoevaluación Psicológica del Contexto Familiar, aspectos teóricos y empíricos* (Leibovich de Figueroa, Schmidt y otros. 2010). La adaptación lingüístico-conceptual con procedimiento de retrotraducción y revisión por parte de jueces expertos fue realizada por Zamponi y Pereyra (1997). Luego, se utilizaron una variedad de grupos clínicos (pacientes drogodependientes y sus familias) y no clínicos (trabajadores en situación de inestabilidad laboral) (Maglio, 2009; Schmidt, 2003). El uso se extendió a otros campos, y esos estudios fueron la primera evidencia de validez de contenido. Además, el instrumento demostró ser capaz de captar las diferencias en el funcionamiento de familias que se encontraban en distintas fases de adaptación a un evento estresante. En la adaptación de la escala en la Argentina participaron 1397 (jóvenes a partir de los 12 años y adultos) del Gran Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense). Se trató de una muestra no probabilística, donde los sujetos fueron elegidos al azar. Los criterios de inclusión para la muestra de adultos fueron los siguientes: ser madre/padre, estar conviviendo con al menos un hijo/a, y residir en el Gran Buenos Aires. Los adultos constituyeron un  $N$  de 808 sujetos.

Se consideraron dos grandes etapas del ciclo vital para comparar a los grupos: 'etapa de consolidación' (familia con hijos pequeños) y 'etapa de apertura' (familia con hijos adolescentes). Se observaron que las familias con hijos menores a los 12 años tenían mayores niveles de cohesión y menor nivel de flexibilidad que las otras.

La calidad de la escala en nuestro país se estableció a partir de la validez de contenido (analizando el proceso de adaptación lingüístico-conceptual), evaluación de la estructura interna (análisis de los componentes principales y análisis factorial confirmatorio) y validez relacionada con múltiples criterios y confiabilidad (consistencia interna). Luego del proceso de adaptación lingüística la escala fue aplicada en diferentes grupos clínicos y no clínicos. El análisis de confiabilidad arrojó adecuados resultados de consistencia interna en cada uno de sus componentes. La variable flexibilidad presentó un coeficiente de confiabilidad de  $\alpha = .55$ . Esta variable es más compleja y los ítems tienden a agruparse en más de un factor, no comportándose como un constructo unitario desde el punto de vista métrico. La variable cohesión presentó un coeficiente de confiabilidad de  $\alpha = .81$ . Esta variable apunta a contenidos más integrados, lo cual refleja el carácter unidimensional del componente. Las autoras mencionan que esta dificultad en la dimensión Flexibilidad viene dada desde el origen teórico del concepto, ya que en inicialmente solía definirse como medida de la capacidad de la familia para cambiar su estructura de liderazgo, roles y reglas al estrés de desarrollo y cambios no normativos, y luego se definió como “monto de cambio”, para luego pasar a ser definida como la cualidad y expresión de liderazgo, organización, roles, reglas y negociaciones. Es por ello, que sugieren que el factor *flexibilidad* sea tomado de modo más cauteloso que el factor *cohesión*. Las autoras concluyen que la escala presenta adecuados índices de validez y confiabilidad, especialmente en la dimensión cohesión.

La escala FACES III puede ser completada por personas de 12 o más años, y está compuesta por 40 ítems, cada uno se evalúa con una escala Likert de cinco opciones de respuesta: casi siempre; muchas veces; a veces sí y a veces no; pocas veces; casi nunca. La escala se divide en dos partes.

Parte I: compuesta por 20 ítems. Evalúa en nivel de cohesión y flexibilidad familiar percibido por el sujeto al momento de responder a la escala (“Familia real”). Los ítems son del tipo “nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia” (cohesión), “mi familia cambia el modo de hacer las cosas” (flexibilidad)

Parte II: compuesta por 20 ítems que demuestran el nivel de cohesión y flexibilidad que al sujeto le gustaría que haya en su familia. Son los mismos ítems que para la parte I, pero se modifica la consigna general.

La parte I mide las siguientes dimensiones:

- Cohesión real: grado de unión emocional percibido por el sujeto respecto de su familia actual
- Flexibilidad real: monto de cambio que el sujeto considera que tiene su familia actual (no debe confundirse con la habilidad de la familia para cambiar la estructura, sino que indica cuánto cambia ese grupo según la percepción de uno o varios de sus miembros)

La parte II mide las siguientes dimensiones:

- Cohesión ideal: grado de unión emocional que al sujeto le gustaría que hubiera en su familia actual
- Flexibilidad ideal: monto de cambio que al sujeto querría que su familia tenga.

También, de las diferencias entre las escalas “real” e “ideal” se obtiene el *índice de satisfacción* que la persona alcanza con el funcionamiento de su familia.

Su administración puede ser en un solo sujeto, a una pareja, o con varios miembros de la familia, lo que permite evaluar acuerdos y discrepancias entre las percepciones de los integrantes de todo un sistema familiar. La evaluación multi-miembro es la recomendada para captar el funcionamiento familiar como una forma de captar su complejidad (Leibovich de Figueroa N. B, Schmidt V. I, y otros. 2010). También es posible administrar ambas partes de la escala o una sola, focalizando el análisis exclusivamente en el funcionamiento familiar percibido por el sujeto. La aplicación puede ser con fines clínicos o investigativos.




Los puntajes se obtienen sumando los valores de cada dimensión. El valor de cada ítem está dado por la opción de respuesta elegida por el sujeto. Una vez obtenido este puntaje bruto, se lo ubica en el baremo correspondiente al ciclo vital de la familia, y se obtiene un puntaje percentilar, el cual permite identificar el *tipo de familia* según el nivel de

cohesión y flexibilidad percibidos (tal como se expresa en el Figura 12) . Esto da como resultado 16 tipos de combinaciones posibles que nos ofrecerán la posibilidad de conocer el tipo de *funcionamiento familiar general* y los *subtipos de funcionamiento familiar*, tal como se representa aquí:

**Figura 12.** *Tipos de familia, tipos de funcionamiento general y subtipos de funcionamiento familiar percibido que resultan de los puntajes obtenidos en la escala FACES III. Adaptado de Olson (2000)*

		Nivel de cohesión familiar percibido			
		Desligada	Separada	Conectada	Muy conectada
Nivel de flexibilidad familiar percibido	Tipos de familia:				
	Rígida	Rígidamente desligada	Rígidamente separada	Rígidamente conectada	Rígida y muy conectada
	Estructurada	Estructuradamente desligada	Estructuradamente separada	Estructuradamente conectada	Estructurada y muy conectada
	Flexible	Flexiblemente desligada	Flexiblemente separada	Flexiblemente conectada	Flexible y muy conectada
	Muy flexible	Muy flexible y desligada	Muy flexible y separada	Muy flexible y conectada	Muy flexible y muy conectada

**Tipos de funcionamiento familiar general**

-  Funcionamiento extremo
-  Funcionamiento rango medio
-  Funcionamiento balanceado

Leibovich de Figueroa, Schmidt y otros (2010) comentan que teniendo en cuenta el nivel de ‘cohesión’ se puede encontrar a la familia:

- Muy conectada: presenta un nivel emocional alto, las relaciones son muy cercanas y el énfasis está puesto en el permanecer juntos. Existe un nivel de apoyo adecuado entre los miembros. El tiempo y el espacio más importante son los compartidos. En ocasiones se postergan las decisiones individuales por las familiares.

- Conectada: tiene una cercanía emocional moderada a alta. El tiempo compartido es más importante que el vivido fuera de casa. La unión es valorada. Se comparten intereses pero también hay intereses personales.

- Separada: se aprecia cierta distancia emocional. El tiempo vivido en forma independiente es importante aunque existe también tiempo compartido y decisiones conjuntas. Los intereses suelen ser independientes pero existe la posibilidad de ser compar algunos de ellos.

- Desligada: se observa una separación emocional extrema, caracterizada por una escasa implicancia entre los miembros de la familia, mucha separación personal e independencia. Además, los miembros son incapaces de brindarse apoyo mutuo.

Considerando el nivel de flexibilidad, la familia puede ser tipificada como:

- Muy flexible: presenta un nivel de flexibilidad alto, con tendencia hacia el cambio en el liderazgo, decisiones impulsivas, con roles y reglas muy flexibles. Todos tienen el mismo grado de injerencia en las negociaciones.

- Flexible: presenta un liderazgo igualitario, con un estilo democrático en la toma de decisiones, negociaciones amplias en las cuales se incluye activamente a los hijos, y hay un cambio fluido en las reglas cuando es necesario.

- Estructurada: tiene un liderazgo democrático, con capacidad de negociación incluso con los hijos. Los roles son estables con cierta participación de los otros, y las reglas pueden cambiar aunque hay algunas firmemente establecidas.

- Rígida: un individuo está a cargo del sistema y es muy controlador, ejerciendo un liderazgo autoritario. Las negociaciones son limitadas, y las posibilidades de cambio en sus líderes, roles y reglas son muy escasas. Son sistemas a los que les resulta difícil adaptarse a los eventos estresantes.

A su vez, la funcionalidad o disfuncionalidad familiar va a estar determinada por la obtención en la escala de puntajes extremos (puntuaciones muy bajas o muy altas tanto en cohesión como en flexibilidad), medios (puntuaciones altas o bajas en una sola dimensión y equilibrado en la otra) o balanceados (puntajes equilibrados en ambas dimensiones). Las familias con un funcionamiento balanceado se conducen de manera más saludable, tienen

una adecuada comunicación, y tienen mayor probabilidad de afrontamiento eficaz frente a las demandas ambientales. Las familias con un funcionamiento medio, se comportan de manera relativamente saludable pero pueden presentar problemas de adaptación o en las relaciones entre sus miembros, fundamentalmente en la dimensión que presentan más desbalanceada. Las familias con funcionamiento extremo presentan un pobre funcionamiento familiar, disfuncionalidad en sus relaciones, pobre comunicación, y mayor vulnerabilidad al estrés.

Un aspecto a considerar, es que la relación curvilínea propuesta en el modelo circunplejo no siempre se ha encontrado al administrar la escala FACES III, por lo cuál se optó por desarrollar la FACES IV tal como fue explicado en el apartado “Antecedentes-Evaluación del funcionamiento familiar” del presente trabajo. Los autores de la adaptación argentina (Leibovich de Figueroa, Schmidt y otros. 2010) comentan que tratan a las dimensiones cohesión y flexibilidad como lineales, y de allí que los puntajes altos en ambas dimensiones (cohesión y flexibilidad) se interpreten como “muy conectadas” y “muy flexibles”, y no como “enmarañadas” o “caóticas”. También destacan que mayor cohesión no implica falta de autonomía, ya que no hay ítems no hay indicadores empíricos (ítems) que permitan conocer el grado de autonomía que experimenta el sujeto. Por lo tanto, niveles altos de cohesión no deben ser considerados como negativos, sino más bien lo contrario, ya que indican que la familia está muy unida emocionalmente. En cambio, niveles altos en flexibilidad señalan importantes montos de cambio a considerar.

La dimensión flexibilidad resulta más compleja que la cohesión, y es la que presenta indicadores psicométricos más pobres. Algunos estudios realizados en nuestro contexto sugieren que, a los fines de obtener resultados con mejores indicadores de validez, la escala FACES debería analizarse de acuerdo a tres factores donde esté presente la variable cohesión y la variable flexibilidad se desglose en Flexibilidad I y Flexibilidad II (Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. 2010), aunque refieren que se necesita mucha más investigación para tomar esa decisión, y que hay suficiente evidencia empírica de la buena capacidad de la escala para discriminar grupos familiares siguiendo a un modelo bifactorial.

Por último, los autores de la adaptación de la escala en Argentina mencionan que si bien se habla de tipos de familia para diferenciar niveles de cohesión y de flexibilidad, no pretender construir una ‘tipología de familia’ similar a un sistema clasificatorio comprendido por categorías excluyentes. El modelo circunplejo es dimensional, lo cual significa que se habla de diferentes grados de las variables en juego.

#### **4. Procedimiento de recolección de datos**

El primer paso en la recolección de datos fue solicitar autorización para administrar las escalas en centros de asistencia en adicciones públicos al comité de Ética, Docencia e Investigación de la Dirección de Salud Mental y Adicciones, y al Plan Provincial de Adicciones, pertenecientes al Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Mendoza. Una vez autorizada la ejecución de la investigación se procedió a la recolección de datos propiamente dicha.

Durante todo el proceso de recolección de datos se garantizó la participación voluntaria y anónima de los sujetos de la muestra, garantizando la confidencialidad de los datos de los participantes, a los cuales se les informó en líneas generales en qué consistía la investigación, y se les ofreció retirarse del procedimiento si así lo deseaban. También se les comentó que podían tener acceso a los datos una vez que estos estuviesen disponibles. Además, se contó con el consentimiento informado firmado por cada uno de los participantes.

Inicialmente se aplicó el cuestionario socio-demográfico, luego la escala DERS ya que reviste menor nivel de complejidad en su comprensión, posteriormente la ERC-RS, y finalmente la escala FACES III.

Se administró el cuestionario socio demográfico más los tres cuestionarios luego de la entrevista de admisión en la cual el usuario asiste por primera vez al CPAA (Centro Preventivo Asistencial en Adicciones). La decisión de aplicarlo en este momento radica en que la persona reciba la menor influencia posible que puede generar el tratamiento terapéutico en cuanto a sus orientaciones en los estilos de apego, regulación emocional y funcionamiento familiar.

El proceso de aplicación de las escalas fue de una única sesión y contó con el autor de la presente investigación para la administración de cada una de las escalas. El tiempo de aplicación de los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos con cada sujeto. Una vez alcanzado el número de personas necesario, se procedió a volcar los datos al formato digital y luego se realizó el análisis de resultados, el cual se informa a continuación.

## VI. ANÁLISIS DE DATOS

En la presente sección, se presentan los principales resultados obtenidos de la investigación, cuyo análisis fue realizado mediante el programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, en su versión n° 25.

La presentación comienza por el detalle de las características sociodemográficas de la muestra, luego se informan los índices de confiabilidad de las escalas administradas, el análisis descriptivo de las variables, las asociaciones obtenidas entre ellas, posibles relaciones causales mediante el análisis de regresión, la comparación de medias según género, y el apartado finaliza con el análisis de la varianza a través del cual compararon los datos según estudios cursados, ocupación y edades.

### 1. Características sociodemográficas de la muestra

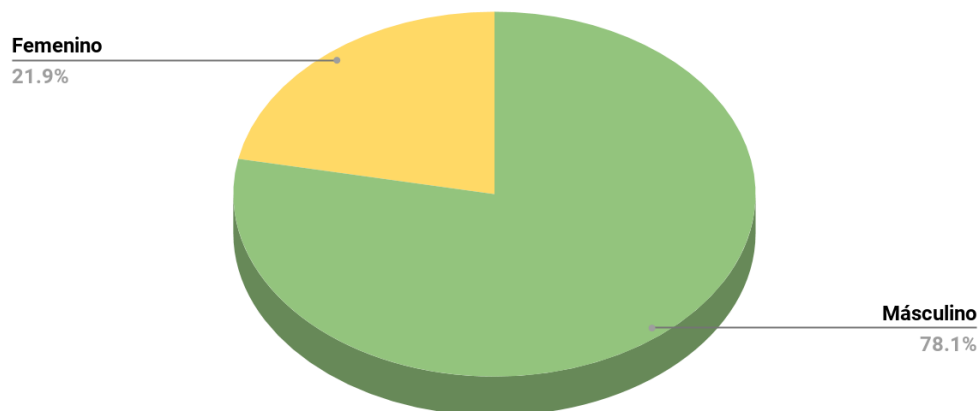
#### 1.1. Tamaño

La muestra está compuesta por 183 personas ( $N = 183$ ) con trastorno por consumo de cocaína. Este número fue el posible obtener por el investigador a los fines de alcanzar un número de sujetos suficiente para realizar mediciones confiables y válidas de alcance correlacional, en una muestra específica de usuarios sin tratamiento con problemas de consumo de cocaína.

#### 1.2. Género

La muestra se encuentra conformada en su totalidad por 143 personas de género masculino y 40 personas de género femenino, tal como grafica la figura n° 13:

Figura 13: Composición por género del total de la muestra



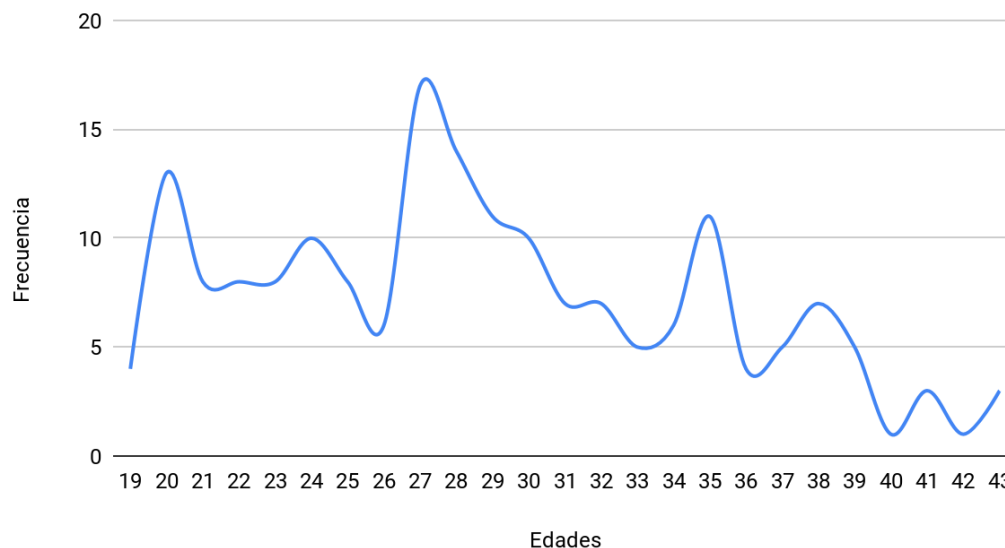
### 1.3. Edad

Para ser parte de la muestra los participantes debían cumplir la condición de tener una edad mínima de 18 años y no tener una edad superior a los 45 años al momento de contestar las escalas. Esto se dispuso a lo fines de evitar que la muestra estuviera conformada por personas que llevaran consumiendo de manera problemática alguna sustancia durante más de 25 años. De esta manera se buscó reducir lo más posible el sesgo asociado al deterioro cognitivo que un tipo de consumo crónico genera, y otorgando a su vez un amplitud de edades que permitiera realizar comparativas entre ellas.

**Tabla 6.** Estadísticos descriptivos de las edades del total de la muestra

<b>Edad</b>	
Media	28,78
Mediana	28,00
Moda	27
Desv. Desviación	6,15
Asimetría	0,33
Error estándar de asimetría	0,18
Curtosis	- 0,72
Error estándar de curtosis	0,36
Mínimo	18
Máximo	43

**Figura 14.** Distribución de frecuencias de edades de la muestra



Tal como indica la tabla n° 6, las edades del total de la muestra presentan un mínimo de 18 y un máximo de 43 años, siendo el valor promedio los 28.78 años ( $DS = 6.15$ ), con una distribución asimétrica de tendencia positiva.

**Tabla 7.** Estadísticos descriptivos de las edades de la muestra en función del género

Género y Edad	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Masculino	143	29,37	6,08	.51
Femenino	40	26,68	6,01	.95

La tabla refleja una diferencia en las edades medias para hombres y mujeres, siendo el género masculino ( $M = 29.97$ ,  $DE = 6.08$ ) en promedio mayor que el femenino ( $M = 26.68$ ,  $DE = 6.01$ ).

La población que asiste a los CPAA reside, en su mayoría, en una zona urbano-marginal, presentando de manera homogénea grandes carencias económicas y de desarrollo académico y laboral, tal como se describe en la siguientes tablas y gráficos.

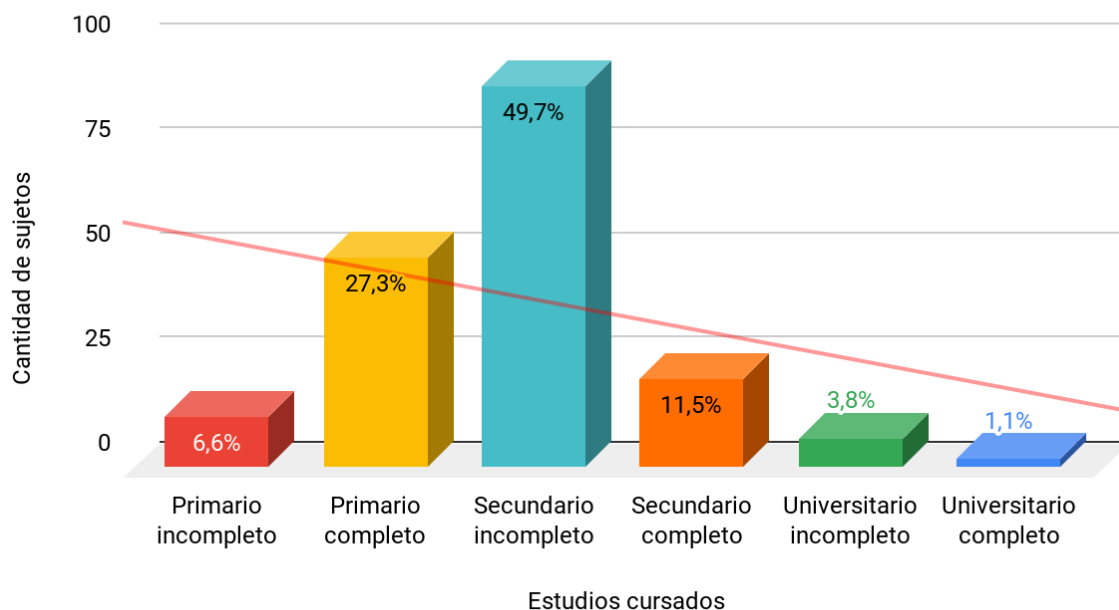
#### 1.4. Estudios cursados

**Tabla 8.** Frecuencias y proporciones de los estudios cursados de la muestra

Estudios cursados	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primario incompleto	12	6,6	6,6
Primario completo	50	27,3	33,9
Secundario incompleto	91	49,7	83,6
Secundario completo	21	11,5	95,1
Universitario incompleto	7	3,8	98,9
Universitario completo	2	1,1	100,0
Total	183	100,0	

Debajo (Figura n° 15), se puede observar de manera más gráfica la distribución de los estudios de la muestra, lo cual evidencia grandes diferencias entre estudios primarios y superiores.

**Figura 15. Estudios cursados de la muestra**



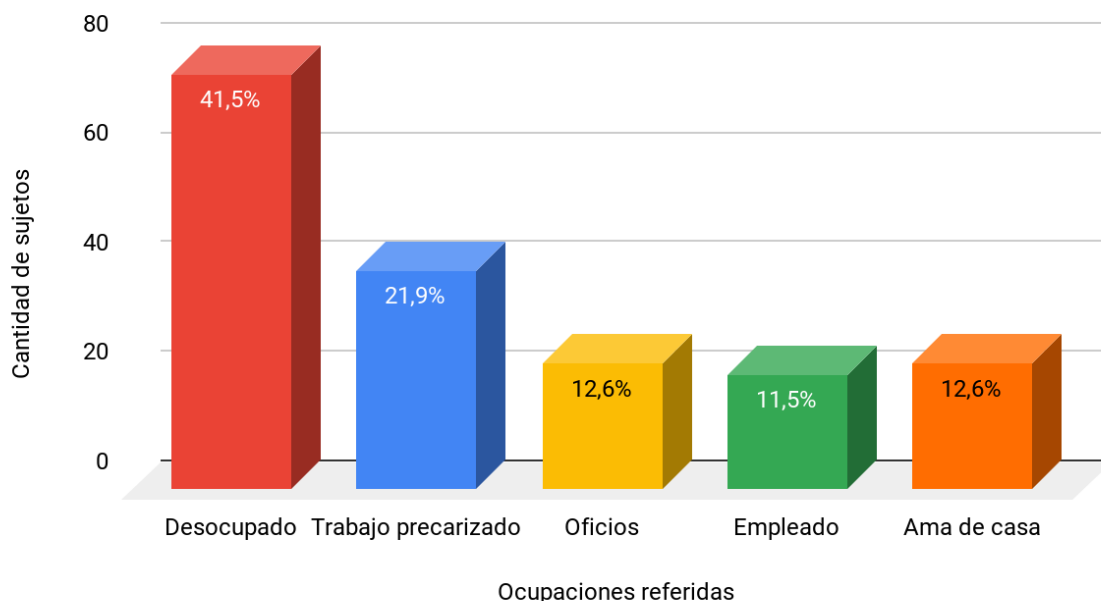
En la figura n° 15 se destaca que el 83% de la muestra no ha completado la educación formal, quedando así por fuera del sistema educativo a edades tempranas. El 33% solo ha cursado parcial o totalmente los estudios primarios, y únicamente el 11% ha finalizado los estudios secundarios.

### 1.5. Ocupación

**Tabla 9. Frecuencias y proporciones de las ocupaciones de la muestra**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Desocupado	76	41,5	41,5
Trabajo precarizado	40	21,9	63,4
Oficios	23	12,6	76,0
Empleado	21	11,5	87,4
Ama de casa	23	12,6	100,0
Total	183	100,0	

Figura 16. Frecuencias de ocupaciones referidas por los sujetos de la muestra



Se decidió incorporar la categoría “trabajo precarizado” debido a la alta concurrencia al CPAA de personas en situaciones laborales donde no se cumplen los derechos básicos del trabajador, ni las condiciones formales esperables, ni una estabilidad constante. Fueron incluidos en esta categoría trabajos como: vendedor ambulante, ‘changas’ esporádicas, trabajos puntuales en el rubro de la construcción, etc. Se diferenció de la categoría oficios cuando fueron, por ejemplo, carpinteros o metalúrgicos, de trabajo a tiempo completo en su oficio.

En la figura n° 16 se aprecia un alto porcentaje de desocupación (41,5%), como así también que el 63,4% de la muestra no se encuentra trabajando o lo hace solo en condiciones precarias.

### 1.6. Nacionalidad

De los 183 sujetos que componen la muestra, 182 son de nacionalidad Argentina, y 1 de nacionalidad Peruana.

### *1.7. Provincia de residencia*

El 100% de la muestra se encontraba residiendo en la provincia de Mendoza, Argentina, al momento de la administración de las escalas.

### *1.8. Provincia de crianza*

A los fines de localizar el contexto en el cual desarrollaron los principales estilos de apego, y patrones de regulación emocional, se consultó a los participantes acerca de la provincia en la que fueron criados durante sus primeros cinco años de vida. El 96,7% (177 sujetos) fue criado en la provincia de Mendoza, Argentina, mientras que el restante 3,3% (6 sujetos) fue criado en otra provincia del Argentina o de Chile.

Este dato adquiere relevancia a nivel local a los fines de pensar estrategias preventivas, ya que se cuenta con una muestra que, casi en su totalidad, fue criada en la provincia en la cual son atendidos.

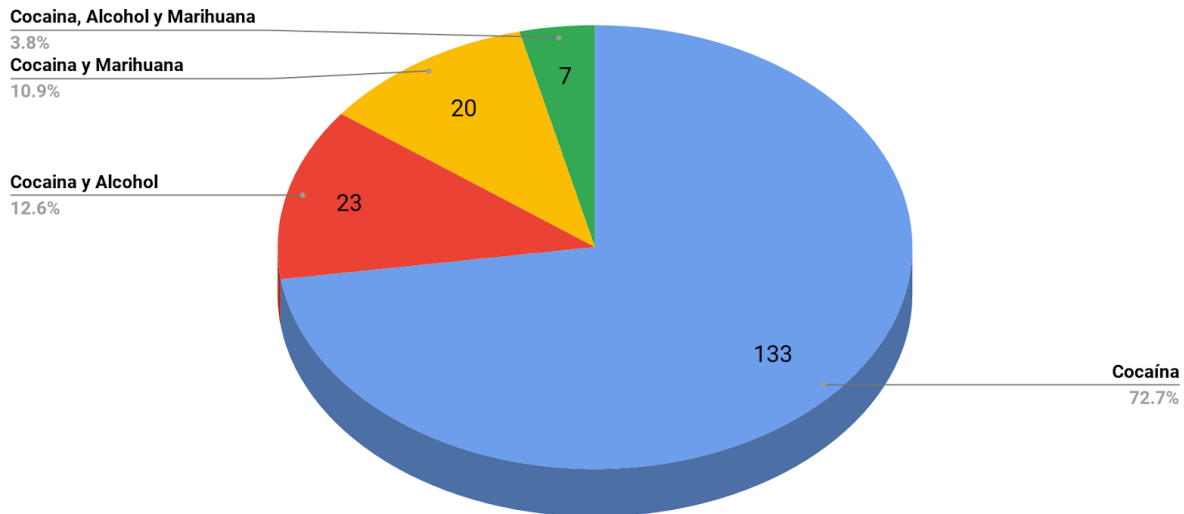
### *1.9. Tipo de problema de consumo por el cual consulta*

Las personas que exhiben trastornos del uso de sustancias suelen presentar abuso o dependencia a más de una sustancias. El grados de problematización del consumo de cada una puede variar, como así también la demanda de tratamiento al respecto. En el cuestionario sociodemográfico administrado se consultó cuál, o cuáles, eran las sustancias por las cuales solicitaba tratamiento en ese momento, quedando de esta manera expresadas sus respuestas:

**Tabla 10.** Frecuencias y proporciones del tipo de consumo por el cual consultan

<b>Tipo de problema de consumo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Cocaína	133	72,7	72,7
Cocaína y Alcohol	23	12,6	85,2
Cocaína y Marihuana	20	10,9	96,2
Cocaína, Alcohol y Marihuana	7	3,8	100,0
Total	183	100,0	

Figura 17. Tipo de trastorno por consumo de sustancias por el cual consultan



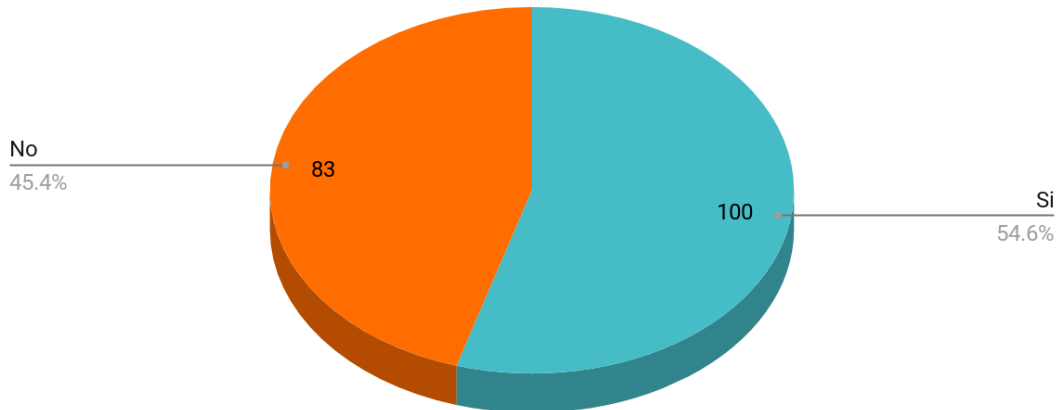
La figura n° 17 da cuenta de que el 72.7% de la muestra consulta exclusivamente por el consumo de cocaína, siendo que el 27.3% restante se divide las consultas de mayor a menor frecuencia entre ‘cocaína y alcohol’ (12.6%), ‘cocaína y marihuana’ (10.9%) y ‘cocaína, alcohol y marihuana’ (3.8%). Esto no quiere decir que los sujetos de la muestra presenten en ese porcentaje su problema de consumo con una o varias sustancias, sino que es el resultado del porcentaje de la sustancia por la cual consultan y demandan tratamiento pudiendo no haber conciencia de problemática o demanda de tratamiento por las demás. En este caso, el consumo exclusivo de cocaína es por el cual asisten al CPAA por una amplia mayoría.

#### 1.10. Situación conyugal

Se consultó a cada participante si se encontraba en pareja al momento de la administración de las escalas. El 54,6% (100 sujetos) respondió que Sí, mientras que el 45,4% (83) respondió que No.

**Figura 18. Situación conyugal de los sujetos de la muestra**

¿Se encuentra en pareja actualmente?



Tal como indica la figura n° 18, la mayor parte de la muestra (54.6%) sí se encontraba en pareja al momento de responder las escalas.

A su vez, a aquellos que sí estaban en una relación de pareja, se les preguntó el tiempo (años o meses) de esa relación, el cual se detalla en la siguiente tabla:

**Tabla II.** Estadísticos descriptivos del tiempo de relación que llevan los sujetos que se encuentran en pareja

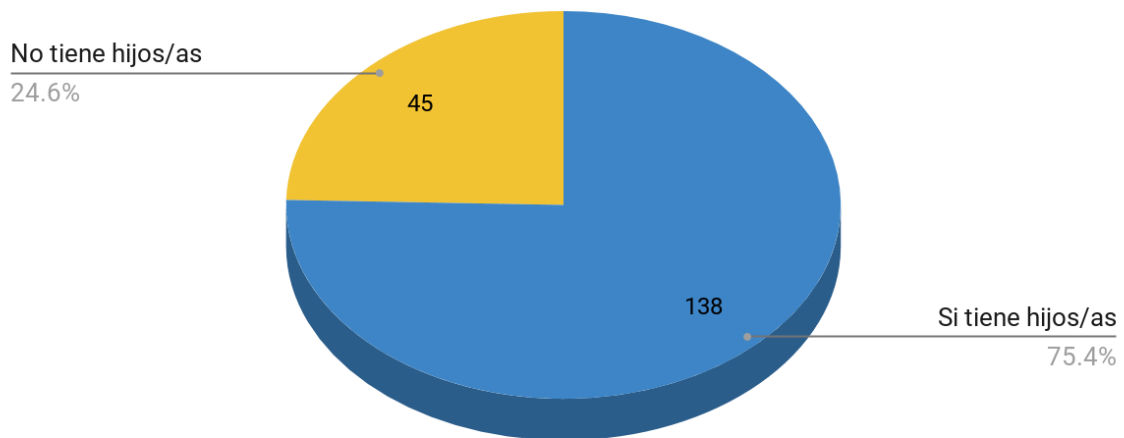
Tiempo de la relación	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Meses de relación	10	1	9	4,00	3,05
Años de Relación	90	1	22	7,90	5,32

La tabla n° 11 agrega que el promedio de años en pareja ( $N = 90$ ) para los sujetos de la muestra fue de  $M = 7.90$  años, con una desviación estándar de  $DE = 5.32$ . Diez sujetos llevaban entre 1 y 9 meses de relación, con una promedio de  $M = 4.00$  meses, y una desviación estándar de  $DE = 3.05$

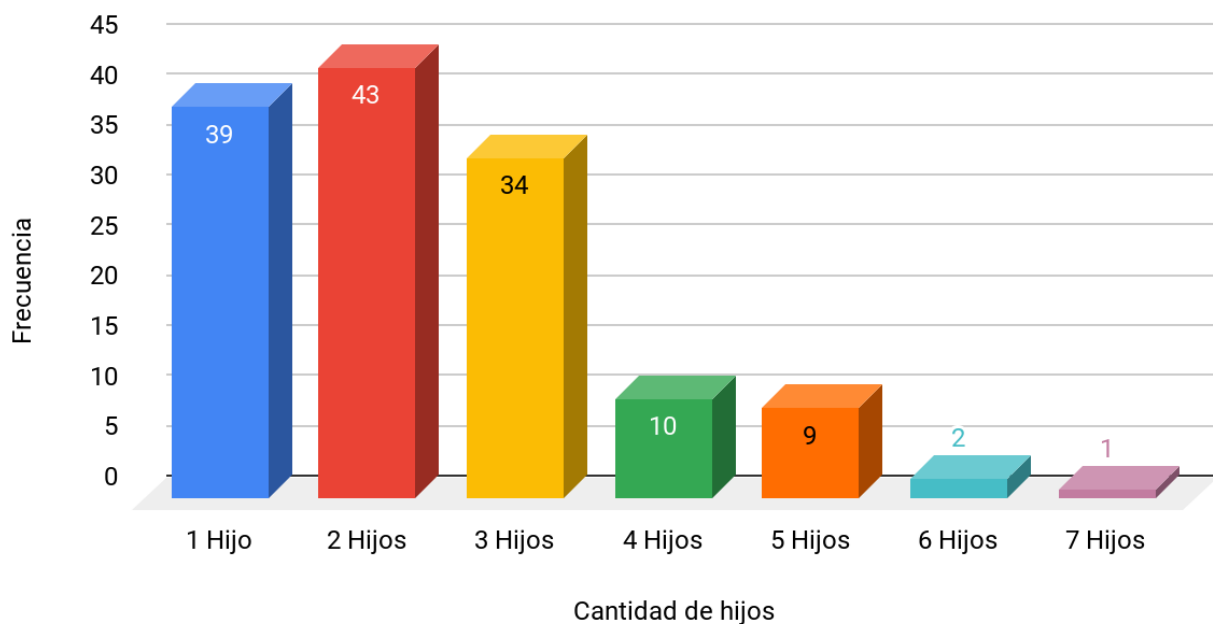
### 1.11. Hijos

Al momento de la administración de las escalas se consultó si tenían o no hijos, y en caso afirmativo las edades de los mismos. Los siguientes gráficos y tablas describen sus respuestas:

**Figura 19. Sujetos de la muestra con y sin hijos /as**  
¿Tiene hijos/as?



**Figura 20. Cantidad de hijos en el total de mujeres y hombres que refirieron tener uno o más hijos**



El 75,4% de la muestra sí tenía hijos al momento de responder las escalas, como lo informa la figura n° 19.

En la figura n° 20 podemos observar como 2 (dos) son la cantidad de hijos que más frecuencia presenta entre aquellos sujetos (75% de la muestra) tanto hombres como mujeres que mencionaron tener hijos al momento de la administración de las escalas. Otra lectura a realizarse es que el 66% de la muestra total tiene hasta 3 hijos.

**Tabla 12.** Frecuencias de cantidad de hijos por género

<b>Género</b>	Si tiene hijos	No tiene hijos	Total
Masculino	103	40	143
Femenino	35	5	40
Total	138	45	183

Para describir con mayor exactitud la tabla anterior resulta necesario agregar a la cantidad la proporción de hijos por género, la cual se queda expresada en la siguiente tabla:

**Tabla 13.** Proporción de cantidad de hijos por género

<b>Género</b>	Si tiene hijos	No tiene hijos	Total
Masculino	72,02%	27,98%	100
Femenino	87,05%	12,95%	100

La tabla N° expresa una diferencia del 15,03% entre la cantidad de hijos que tienen las mujeres en comparación con los hombres de la muestra, a favor de las primeras. El 87% de las mujeres que componen el grupo tiene uno o más hijos. La edad media para las mujeres de la muestra es de  $M = 26.68$  años ( $DS = 6.00$ )

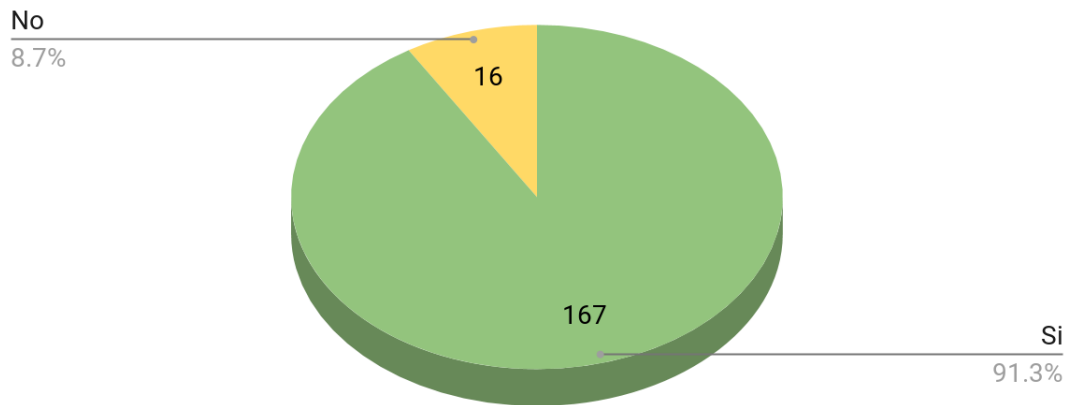
### *1.12. Madre y padres vivos al momento de la evaluación*

Debido a que una de las Escalas (ECR-RS) consulta por posibles figuras de apegos específicas como la madre y el padre, se consultó si los progenitores estaban vivos al momento de la toma. A su vez, en aquellos casos en que uno de los progenitores no se

encontraba vivo se consultó por la edad que tenía el participante cuando su madre o padre murieron. La composición quedó de la siguiente manera (gráficos en la hoja contigua):

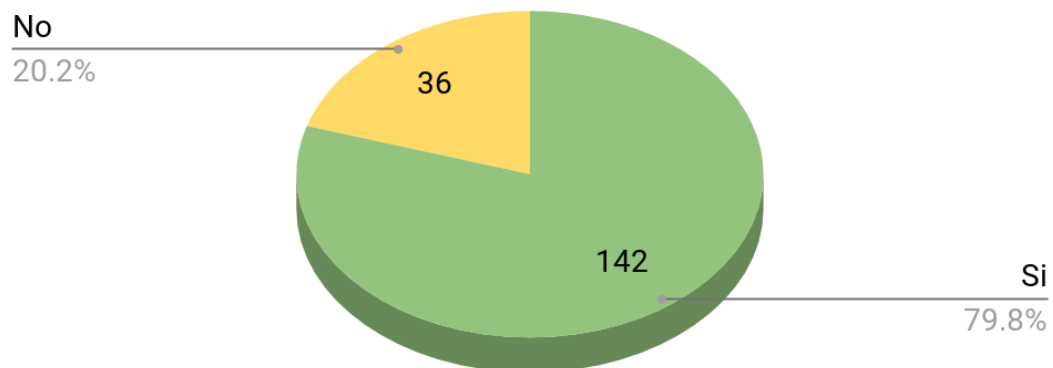
**Figura 21. Frecuencias de "madre viva" al momento de la administración de las escalas**

¿Se encuentra su madre viva?



**Figura 22. Frecuencias de "padre vivo" al momento de la administración de la escalas**

¿Se encuentra su padre vivo?



En las figuras n° 21 y 22 se observa una diferencia del 11.5% entre padres y madres muertos al momento de la evaluación, siendo mayor el porcentaje en el caso de los primeros. Otro dato que se destaca es que el 91.3% de la muestra contaba con su madre viva al momento de responder las escalas.

### 1.13. Edad que tenía el sujeto cuando falleció su madre, padre o ambos.

Dado que las muertes inesperadas, fundamentalmente en edades de desarrollo del sujeto, de su familiares significativos, pueden tener un impacto traumático e influir en los procesos de apego, se consultó por las edad que tenían al fallecer su madre o padre a aquellas personas que no contaran con alguno de ellos vivos al momento de la aplicación de los instrumentos.

**Tabla 14.** Estadísticos descriptivos de la edad que tenían los sujetos de la muestra al fallecer sus progenitores

<b>Progenitores fallecidos</b>	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>Me</b>	<b>Mo</b>
Edad que tenía cuando falleció su madre	16	1	33	22,31	8,37	25	25
Edad que tenía cuando falleció su padre	36	1	39	17,56	10,80	16	14

La tabla n° 14 muestra que la edad media de fallecimiento de la madre es de 22.31 años ( $DE = 8.37$ ), y de fallecimiento del padre es de  $M = 17.56$  años ( $DE = 10.80$ ).

De esta manera concluye concluye el análisis de los datos sociodemográficos de la persona, para dar lugar al análisis de confiabilidad de cada una de las escalas aplicadas.

## 2. Análisis de Confiabilidad

A continuación se detallan los resultados del análisis de confiabilidad de cada una de las escalas, con sus correspondientes dimensiones, la cual se estimó a partir del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach. Se comenzará por la Escala DERS, la cual mide dificultades en la regulación emocional.

## 2.1. Confiabilidad Escala DERS

**Tabla 15.** Confiabilidad de la Escala DERS

Escala DERS	N de elementos	$\alpha$ de Cronbach
<i>DERS ( Escala completa)</i>	28	.87
Falta de aceptación emocional	6	.82
Interferencia en la conducta dirigida a metas	5	.73
Dificultades en el control de los impulsos	6	.84
Falta de conciencia emocional*	3	.62
Falta de claridad emocional	4	.65
Acceso limitado a estrategias de regulación	3	.63

\*A los fines de incrementar la confiabilidad de la dimensión “Falta de conciencia emocional” se eliminó el ítem 26.inv (“Cuando me disgusta, me tomo el tiempo para darme cuenta lo que estoy sintiendo de verdad”) ya que con ese Ítem la confiabilidad de la dimensión presentaba un resultado de  $\alpha = .545$ . Realizada esta modificación, se aprecia que tanto la escala, como sus seis dimensiones correspondientes presentan correctos índices de confiabilidad. A continuación se presenta el análisis de confiabilidad de la escala *ECR-RS* que mide patrones de apego en las relaciones cercanas.

## 2.2. Confiabilidad Escala ECR-RS

**Tabla 16.** Confiabilidad de la Escala ECR-RS completa

Escala ECR-RS	N de elementos	$\alpha$ de Cronbach
ECR-RS (completa)	36	.84

**Tabla 17.** Confiabilidad de la Escala ECR-RS en el apego evitativo hacia las relaciones cercanas

Apego evitativo hacia las relaciones cercanas	N de elementos	$\alpha$ de Cronbach
Relaciones cercanas en general	6	.78
Madre	6	.82
Padre	6	.92
Pareja	6	.84

**Tabla 18.** *Confiabilidad de la Escala ECR-RS en el apego ansioso hacia las relaciones cercanas*

<b>Apego ansioso hacia las relaciones cercanas</b>	<b>N de elementos</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
Relaciones cercanas en general	3	.67
Madre	3	.85
Padre	3	.87
Pareja	3	.86

Tanto la escala ECR-RS completa, como las dimensiones que la integran (apego evitativo - apego ansioso hacia las relaciones cercanas), presentan buenos indicadores de confiabilidad, no resultando necesaria la eliminación de ninguno de los 36 ítems que la componen.

### 3.3. *Confiabilidad Escala FACES III*

**Tabla 19.** *Confiabilidad de la Escala FACES III*

<b>Escala FACES III</b>	<b>N de elementos</b>	<b><math>\alpha</math> de Cronbach</b>
<i>FACES III (completa)</i>	20	.75
Cohesión	10	.81
Flexibilidad*	9	.61

\*Como se observa en la tabla n° 19, la dimensión ‘flexibilidad’ presenta indicadores de confiabilidad menores que la cohesión, a los fines de incrementar sus niveles de confiabilidad se eliminó el Ítem 16 (“Las tareas de la casa se reparten e intercambian entre los miembros de mi familia”) dado que el análisis de confiabilidad con la presencia de ese Ítem era:  $\alpha = .573$ . Habiendo realizado esta modificación, la dimensión ‘flexibilidad’ incrementó su nivel de confiabilidad alcanzando un valor adecuado  $\alpha = .613$ . Por su parte la dimensión ‘cohesión’ presenta un buen índice de confiabilidad, como así también la escala completa.

Del presente análisis se destaca que todas las evaluaciones dan aceptables indicadores de confiabilidad, sobre todo si se tienen en cuenta las características de la

muestra en cuanto a su nivel académico, y los indicadores de confiabilidad previamente informados en las escalas originales.

### 3. Análisis descriptivo por variables

A continuación, se presenta mediante tablas de contingencia los resultados obtenidos del análisis de frecuencias y datos descriptivos de las variables de la investigación con sus correspondientes dimensiones. Luego de cada tabla se informan los resultados.

#### 3.1. Estadísticos descriptivos de la Escala DERS

**Tabla 20.** Estadísticos descriptivos de la Escala DERS y sus dimensiones

<i>Escala DERS</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Promedio respuesta en un rango 1-5</i>
DERS. Global	182	101	31	132	81,91	20,47	2,92
FAE	182	24	6	30	20,44	7,06	3,40
ICDM	183	20	5	25	15,03	5,29	3,00
DCI	183	24	6	30	16,85	7,13	2,80
FCE	183	12	3	15	8,15	3,31	2,04
FCLE	183	16	4	20	10,74	4,01	2,68
A.L.E.R	183	12	3	15	7,86	3,37	2,62

*Nota:* FAE = Falta de aceptación emocional; ICDM = Interferencia en la conducta dirigida a metas; DCI = Dificultad en el control de los impulsos; FCE = Falta de conciencia emocional; FCLE = Falta de Claridad emocional; ALER = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional.

De la tabla n° 20 se aprecia una media de  $M = 81,91$  ( $DE = 20,47$ ) en las dificultades en la regulación emocional en la escala completa. En promedio, la dimensión de la DERS que más alto puntúa en un rango de respuesta de 1 a 5 es ‘Falta de aceptación emocional’ ( $M = 3,40$ ), seguida por ‘Interferencia en conductas dirigida a metas’ ( $M = 3,00$ ), ‘dificultad en el control de los impulsos’ ( $M = 2,80$ ), ‘falta de claridad emocional’

( $M = 2,68$ ), ‘acceso limitado a estrategias de regulación’ ( $M = 2,62$ ), y por último ‘Falta de conciencia emocional’ ( $M = 2,04$ ).

Los autores de la adaptación de la escala DERS en Argentina (Medrano y Trógolo, 2014), proporcionaron al investigador principal de este trabajo los baremos clasificatorios que se desprenden de la aplicación de dicha adaptación en diferentes estudios que con población general ( $N = 609$ ) de la ciudad de Córdoba, Argentina (Medrano & Trógolo, 2016). Se clasificó y comparó las medias correspondientes al baremos de cada género, pudiendo ser ubicada cada dimensión en: baja (por debajo del percentil 25), media (entre el percentil 25 y 75), o alta (por encima del percentil 75) dificultad para la regulación de la emoción en dicha subescala. La tabla que se encuentra debajo describe los resultados obtenidos.

**Tabla 21.** Ubicaciones de los puntajes medios de la muestra en los baremos correspondientes a la escala DERS en Argentina

<b>Dificultades en la regulación emocional</b>	<b>Género</b>	<b>Nivel</b>
Falta de aceptación emocional	Masculino	alto
	femenino	alto
Interferencias en conductas dirigidas a metas	Masculino	medio
	femenino	medio
Dificultad en el control de los impulsos	Masculino	medio
	femenino	medio
Falta de conciencia emocional	Masculino	bajo
	femenino	bajo
Falta de claridad emocional	Masculino	medio
	femenino	medio
Acceso limitado a estrategias de regulación	Masculino	medio
	femenino	medio

La tabla n° 21 informa que la muestra presenta altos niveles de falta de aceptación emocional; niveles medios de interferencias emocionales en conductas dirigidas a metas, dificultades en el control de los impulsos y falta de claridad emocional; y un nivel bajo de falta de conciencia emocional.

A continuación, se detallan los resultados del análisis descriptivo de la escala ECR-RS, la cual mide apego en las relaciones cercanas.

### 3.2. Estadísticos Descriptivos de la Escala ECR-RS

**Tabla 22.** Estadísticos descriptivos de la Escala ECR-RS

<i>Escala ECR-RS</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Promedio respuesta en un rango 1-7</i>
ECR-RS. Completa	170	164	58	222	139,98	30,54	3,88
AERCG	183	36	6	42	27,99	8,37	4,66
AARCG	183	18	3	21	14,63	4,99	4,88
AE. Madre	182	36	6	42	20,87	9,53	3,47
AA. Madre	182	18	3	21	8,93	6,14	2,97
AE. Padre	172	36	6	42	26,77	11,67	4,46
AA. Padre	172	18	3	21	10,29	6,32	3,43
AE. Pareja	181	34	6	40	18,02	9,12	3,00
AA. Pareja	181	18	3	21	12,74	6,37	4,24

Nota: AERCG = Apego evitativo en las relaciones cercanas en general; AARCG = Apego ansioso en las relaciones cercanas en general; AE. Mamá = Apego evitativo hacia la madre; AA Mamá= Apego ansioso hacia la madre; AE. Papá = Apego evitativo hacia el padre; AA. Papá = Apego ansioso hacia el padre; AE. Pareja = Apego evitativo hacia la pareja; AA. Pareja = Apego ansioso hacia la pareja.

La tabla n° 22 indica puntuaciones elevadas en un rango de respuesta de 1 a 7 en los dos patrones de apego generales: ‘apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $M = 4,88$ ) ‘apego evitativo en las relaciones cercanas en general’ ( $M = 4,66$ ). Dentro de las relaciones cercanas específicas, la que puntuó más alto fue ‘apego evitativo con el padre’ ( $M = 4,46$ ), seguido de ‘apego ansioso con la pareja’ ( $M = 4,24$ ). La que puntuó más bajo fue ‘apego ansioso con la madre’ ( $M = 2,97$ ).

A los fines de analizar las puntuaciones por patrones de apego seguro e inseguro, y siguiendo las recomendaciones del autor de la escala (Fraley, 2011) se calculó la mediana para cada orientación de apego (evitativa o ansiosa) en función de sus puntuaciones de la

variable de apego global: ‘apego en las relaciones cercanas en general’. Luego se establecieron dos grupos: puntajes altos, para aquellos casos que caían por encima de esa mediana, y puntajes bajos, para los que caían por debajo. Posteriormente se analizaron dichas frecuencias y sus porcentajes derivados, los resultados quedan reflejados en la siguiente tabla:

**Tabla 23.** Frecuencias y porcentajes en las puntuaciones de las orientaciones generales de apego evitativo y ansioso

<b>Orientaciones generales de apego</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Apego evitativo en las relaciones cercanas en general</i>		
Baja evitación	61	33,3
Alta evitación	122	66,7
Total	183	100
<i>Apego ansioso en las relaciones cercanas en general</i>		
Baja Ansiedad	56	30,6
Alta Ansiedad	127	69,4
Total	183	100

La tabla n° 23 indica que el 66.7% de la muestra presentó elevados niveles de ‘apego evitativo en las relaciones cercanas’, y que el 69.4% también expresó puntajes elevados de ‘apego ansioso en las relaciones cercanas en general’, lo que señala que, en términos categoriales, el 68% de la muestra indicó una marcada orientación insegura de apego en las relaciones cercanas en general al momento de responder las escalas, puntuando alto tanto en evitación como en ansiedad.

Finalizado esto, se sumaron y promediaron los valores medios de ambas dimensiones (ansiedad y evitación) en un rango de respuesta de 1 a 7 tanto para el apego en las relaciones cercanas en general como para cada relación cercana específica, y a partir de su combinación, según fuera alta (más de 4 puntos) o baja (menos de 4 puntos) se obtuvo el patrón de apego resultante.

**Tabla 24.** Estadísticos descriptivos de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas y sus patrones de apego resultantes

<b>Relaciones de Apego</b>	<b>Evitación</b>		<b>Ansiedad</b>		<b>Patrones de Apego resultantes</b>
	Media	DE	Media	DE	
Apego hacia relaciones cercanas en general	4,66	2,02	4,88	2,14	Evitativo-Temeroso
Apego hacia la madre	3,49	2,16	2,97	2,33	Seguro
Apego hacia el padre	4,46	2,30	3,42	2,37	Evitativo-Rechazante
Apego hacia la pareja	3,00	2,03	4,24	2,40	Preocupado

La tabla n° 24 indica que el patrón de apego preponderante del total de la muestra en sus relaciones cercanas en general es ‘Evitativo-Temeroso’, debido a su elevado puntaje tanto en evitación como en ansiedad.

Por su parte, el patrón de apego preponderante del total de la muestra hacia la madre es ‘seguro’, dado su puntaje bajo puntaje en evitación y ansiedad. Cabe mencionar que la evitación en esta relación no llega a niveles elevados pero se encuentra cercana a ellos.

El patrón de apego preponderante del total de la muestra hacia el padre es padre ‘rechazante’, debido a sus altos niveles de evitación y bajos niveles de ansiedad en la relación.

Y por último, el patrón de apego preponderante del total de la muestra hacia la pareja es ‘preocupado’, ya que presenta bajos puntajes de evitación y elevados puntajes de ansiedad.

Posterior a este análisis, se realizó el mismo procedimiento que para obtener los valores otorgados por la tabla n° 24 diferenciando según género. Los resultados son los siguientes (Tabla en la siguiente hoja):

**Tabla 25.** Estadísticos descriptivos de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según género y sus patrones de apego resultantes

<b>Género</b>	<b>Evitación</b>		<b>Ansiedad</b>		<b>Estilos de Apego resultantes</b>
<i>Género Masculino</i>	Media	DE	Media	DE	
Apego hacia relaciones cercanas en general	4,64	1,98	4,75	1,59	Temeroso
Apego hacia la madre	3,29	1,49	2,62	1,86	Seguro
Apego hacia el padre	4,31	1,90	3,06	1,96	Rechazante
Apego hacia la pareja	2,87	1,44	4,17	2,10	Preocupado
<i>Género Femenino</i>					
Apego hacia relaciones cercanas en general	4,73	2,16	5,33	1,84	Temeroso
Apego hacia la madre	4,15	1,74	4,25	2,21	Temeroso
Apego hacia el padre	4,98	2,04	4,78	2,09	Temeroso
Apego hacia la pareja	3,48	1,71	4,51	2,20	Preocupado

La tabla n° 25 refleja puntuaciones medias de evitación y ansiedad más elevadas en las mujeres en comparación con los hombres en todos los patrones de apego, tanto en las relaciones cercanas en general y como en aquellas específicas específicas. No obstante, tanto hombres y mujeres presentan preponderantemente un estilo de apego temeroso en las relaciones cercanas en general, y también coinciden en el estilo de apego preocupado con su pareja. Se aprecia un estilo preponderante ‘temeroso’ de las mujeres hacia su madre, en comparación con los hombres en los cuales resulta ‘seguro’. Otra diferencia, es que las mujeres puntúan alto en ambas dimensiones de apego inseguro hacia el padre por lo cual presentan un apego ‘temeroso’ en esa relación, siendo que los hombres puntúan alto solo en evitación, por lo tanto el estilo de apego hacia el padre resulta ‘rechazante’.

A continuación, se desarrolla el análisis descriptivo de la escala FACES III, la cual mide funcionamiento familiar percibido.

### 3.3. Estadísticos descriptivos de la Escala FACES III

**Tabla 26.** Estadísticos descriptivos de la Escala FACES III y sus dimensiones

<i>Escala FACES</i>	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Promedio respuesta en un rango 1-5</i>
Escala FACES III completa	179	74	24	98	63,85	11,93	3.36
Cohesión	181	39	11	50	35,66	8,36	3.56
Flexibilidad	180	36	9	45	24,56	6,59	2.73

Para poder identificar el funcionamiento familiar percibido que caracteriza a los sujetos de la muestra, la media de cada dimensión se tomó como puntaje bruto y se ubicó según el percentil que le corresponde a ese porcentaje según las tablas proporcionadas por los autores de validación de la Escala FACES III en Argentina (Leibovich de Figueroa N. B, Schmidt V. I, y otros. 2010). El puntaje obtenido para ‘Cohesión’ (35,66) corresponde a al percentil 10 para adultos, y para ‘Flexibilidad’ (24,56) el percentil 25. Ambos percentiles dan el tipo de familia percibida, quedando de la siguiente manera:

**Tabla 27.** Funcionamiento Familiar percibido por el total de los sujetos de la muestra

<b>Escala FACES III</b>	<i>M</i>	Percentil (Adultos)	Tipo de familia Familia	Subtipo de Familia	Tipo de Funcionamiento
<b>Cohesión</b>	35,66	10	Desligada	“Rígidamente desligada”	“Funcionamiento Extremo”
<b>Flexibilidad</b>	24,56	25	Rígida		

La tabla n° 27 refiere que el subtipo ‘Familia rígidamente desligada’ es el que predomina en muestra, con bajos puntajes tanto para cohesión como para flexibilidad, de acuerdo a los baremos en nuestro contexto informado por las autoras de la adaptación de la escala. Este subtipo de familia presenta un tipo de funcionamiento familiar ‘Extremo’.

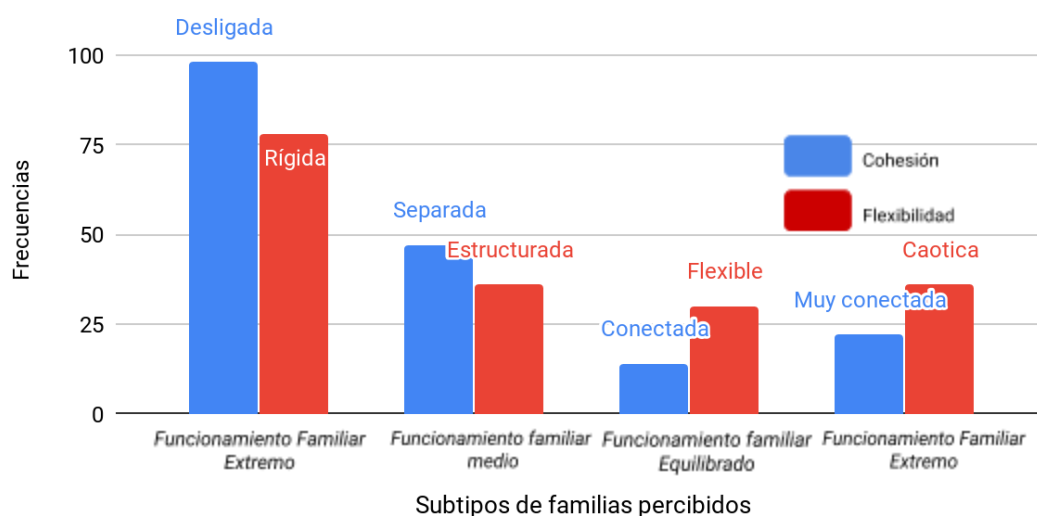
Luego de esto, se analizaron y compararon las frecuencias de ambas dimensiones del funcionamiento familiar según el tipo de familia percibido en cada una.

**Tabla 28.** Frecuencias de la cohesión y adaptación familiar según el tipo de familia percibido

Escala FACES III	N	%
<i>Cohesión</i>		
Desligada	98	54,10%
Separada	47	26,00%
Conectada	14	7,70%
Muy conectada	22	12,20%
<i>Flexibilidad</i>		
Rígida	78	43,30%
Estructurada	36	20%
Flexible	30	16,70%
Caótica	36	20,00%
<i>Tipo de Funcionamiento</i>		
Extremo	117	64,82%
Medio	22	12,19%
Equilibrado	41	22,99%

El siguiente gráfico muestra la combinación resultante de frecuencias de subtipos de familias, para ambas dimensiones de funcionamiento familiar, junto con el tipo de funcionamiento familiar que las engloba.

**Figura 23.** Subtipos de familias percibidos según las dimensiones: cohesión y flexibilidad familiar



Tal como indican las tablas n° 27, n° 28, y la figura n° 23 , la muestra presenta mayores frecuencias en un tipo de funcionamiento familiar percibido extremo (64,82%), el cual contrasta en gran medida con los otros dos tipos de funcionamiento: medio (12,19%), y equilibrado (22,99%).

El subtipo de familia más frecuente para la dimensión de Cohesión es ‘desligada’ (54,10%), seguido por ‘separada’ (26%), ‘muy conectada’ (12,20%) y ‘conectada’ (7,70%). Cabe recordar que un tipo de familia desligada o muy conectada se ubican dentro de un tipo de funcionamiento extremo. De esta manera, el 66,30% pertenecen a un funcionamiento extremo dentro de la dimensión cohesión familiar percibida. El funcionamiento más equilibrado, en este caso el conectado, es el que presenta menos frecuencia de aparición.

En cuanto a los subtipos de familias más frecuentes para la dimensión Flexibilidad, aparece en primer lugar la familia ‘rígida’ (43,30%), seguido por ‘estructurada’ y ‘caótica’, y finalmente ‘flexible’ (16,70%). De manera similar a lo que sucede en la cohesión familiar, los tipos de familia rígida y caótica pertenecen a una meta-categoría de funcionamiento extremo. Resultando así, que el 63.30% de la muestra se ubique en un tipo de funcionamiento extremo para la dimensión flexibilidad. El subtipo ‘flexible’, el más equilibrado en la dimensión flexibilidad, es nuevamente el que menos frecuencia presenta.

Debido a los buenos niveles de confiabilidad obtenidos, y a la normalidad en la distribución de la muestra, resultó posible pasar al análisis correlacional entre las dimensiones, el cual se describe debajo.

#### **4. Análisis de correlaciones**

A continuación se analizarán los datos de las correlaciones más significativas que aporta la presente investigación. Luego se realizará el análisis de regresión lineal para observar posibles relaciones causales, y la sección finaliza con comparación de medias entre los distintos grupos: género, ocupación, nivel académico y edad.

#### *4.1. Correlaciones Bivariadas*

A través del estadístico  $r$  de Pearson se calcularon las correlaciones bivariadas existentes entre variables de escala. Mediante una tabla de contingencia (ver tabla n° 29) se detallarán cada una, incluyendo las escala completa DERS además de sus dimensiones correspondientes. La inclusión de las escalas completas en las correlaciones responde a las significativas correlaciones que se dan entre las variables con toda la escala, fundamentalmente en la escala DERS, la cual si bien es multidimensional, en su conjunto mide de igual manera un solo constructo: las dificultades en la regulación emocional. A su vez, tanto el artículo original de la creación de la escala (Gratz, 2004), como recientes y relevantes investigaciones (Goodman, et al., 2014; Hallion, Steinman, Tolin & Diefenbach, 2018) incluyen a la escala completa dentro de sus correlaciones.

Debido a la extensión de la tabla, la misma se ha colocado en la siguiente hoja en formato horizontal. Las primeras tres filas corresponden a las escalas completas, las siguientes seis filas indican las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional, las próximas ocho filas informan las dos dimensiones (evitación y ansiedad) de las orientaciones de apego en cada relación cercana, y en las últimas dos filas se encuentran las dimensiones del funcionamiento familiar percibido.

A continuación de la tabla se desarrolla el análisis de los datos más relevantes que se desprenden de ella.

*Tabla 29. Relaciones entre las dificultades en la regulación emocional, orientaciones de apego en las relaciones cercanas y funcionamiento familiar*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1. DERS	-																		
2. ECR-RS	.41**	-																	
3. FACES	-.04	-.12	-																
4. FAE	.68**	.29**	.07	-															
5. ICDM	.73**	.23**	-.10	.31**	-														
6. DCI	.83**	.24**	-.07	.42**	.66**	-													
7. FCE	.34**	.15*	-.06	.04	.08	.14	-												
8. FCLE	.56**	.23**	.03	.30**	.21**	.27**	.33**	-											
9. ALER	.67**	.47**	-.05	.34**	.44**	.50**	.13	.29**	-										
10. ERCG	.18*	.43**	-.05	.10	.08	.08	.24**	.14	.12	-									
11. ARCG	.29**	.34**	-.03	.30**	.20**	.23**	-.02	.10	.27**	-.20**	-								
12. EM	.24**	.60**	-.14	.14	.18*	.15*	.14	.08	.28**	.21**	.06	-							
13. AM	.20**	.54**	-.13	.20**	.09	.08	.03	.06	.32**	-.00	.36**	.30**	-						
14. EP	.03	.47**	-.16*	-.05	.06	.04	-.01	.04	.07	.09	.02	.10	.01	-					
15. AP	.17*	.48**	.06	.14	.07	.12	-.05	.05	.26**	-.09	.28**	.05	.50**	.32**	-				
16. EPJ	.24**	.50**	-.04	.14	.09	.13	.17*	.21**	.27**	.27**	.05	.24**	.05	-.10	-.08	-			
17. APJ	.34**	.53**	.05	.31**	.19**	.21**	.07	.17*	.31**	.02	.35**	.15*	.36**	-.03	.21**	.33**	-		
18. COH	-.16*	-.26**	.84**	.01	-.23**	-.20**	-.05	.03	-.16*	.02	-.14	-.21**	-.21**	-.23**	-.06	-.09	-.05	-	
19. FLE	.20**	.11	.66**	.13	.18*	.19**	-.00	.04	.16*	-.15*	.15*	.02	.07	-.02	.20**	.05	.18*	.16*	-

\*p < .05; \*\*p < 0.01

*Nota:* DERS = Dificultades en la regulación emocional (escala completa); ECR-RS = Experiencias en relaciones cercanas-estructuras de relaciones (escala completa); FACES = Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar III (escala completa) FAE = Falta de aceptación emocional; ICDM = Interferencia en la conducta dirigida a metas; DCI = Dificultad en el control de los impulsos; FCE = Falta de conciencia emocional; FCLE = Falta de Claridad emocional; ALER = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional. ERCG = Apego evitativo en las relaciones cercanas en general; ARCG = Apego ansioso en relaciones cercanas en general; EM = Apego Evitativo con la madre; AM = Apego ansioso con la madre; EP = Apego evitativo con el padre; AP = Apego ansioso con el padre; EPJ = Apego evitativo con la pareja; APJ = Apego ansioso con la pareja; COH = cohesión familiar percibida; FLE = flexibilidad familiar percibida.

#### *4.1.1. Asociaciones de la DERS (escala completa) con las dimensiones de la ECR-RS y FACES III*

Como se observa en la tabla n° 29 las dificultades en la regulación emocional (global - escala completa) presentan una correlación positiva con ambos estilos de apego inseguro generales: evitación en las relaciones cercanas ( $r = .18; p < .05$ ) y ansiedad en las relaciones cercanas ( $r = .29; p < .001$ ), y también con las dos dimensiones de funcionamiento familiar, aunque en direcciones opuestas: se aprecia una correlación positiva de las dificultades en la regulación emocional con la flexibilidad familiar ( $r = .20; p < .01$ ) y, por otra parte, se observa una correlación negativa entre las dificultades en la regulación emocional y el grado de cohesión familiar ( $r = -.16; p < .05$ ).

Además, aparecen correlaciones positivas entre las dificultades en la regulación emocional y casi todas las dimensiones de apego en las relaciones cercanas específicas (mamá, papá y pareja). La tabla n° 29 indica una correlación positiva de las dificultades en la regulación emocional con apego evitativo con la madre ( $r = .24; p < .001$ ), apego ansioso con la madre ( $r = .20; p < .001$ ), apego ansioso con el padre ( $r = .17; p < .05$ ), apego evitativo con la pareja ( $r = .24; p < .001$ ), apego ansioso con la pareja ( $r = .34; p < .001$ ). No figura una asociación estadísticamente significativa entre las dificultades en la regulación emocional y el apego evitativo con el padre.

#### *4.1.2. Asociaciones entre las dimensiones de la DERS y las dimensiones de la ECR-RS*

La tabla n° 29 arroja una importante cantidad de asociaciones significativas entre las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional y las dimensiones de apego. Lo primero a destacar es que todas las asociaciones se dan en una dirección positiva, y que todas las dimensiones presentan dos o más correlaciones significativas, en su mayoría de nivel  $p < .001$ . De esta manera se encuentra una fuerte vinculación entre la ansiedad y la evitación en las relaciones cercanas y las dificultades en la regulación emocional.

Asociación que, a continuación se pasa a detallar en cada dimensión, mencionando las más relevantes y aquellas con más fortaleza de acuerdo a su nivel de significancia.

Puntualmente el acceso limitado a estrategias de regulación correlaciona de manera positiva y alta con seis de las ocho dimensiones de apego inseguro en las relaciones cercanas: apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $r = .27; p < .001$ ), apego evitativo hacia la madre ( $r = .28; p < .001$ ), apego ansioso con la madre ( $r = .32; p < .001$ ), apego hacia el padre ( $r = .26; p < .001$ ), apego ansioso con la pareja ( $r = .27; p < .001$ ) y apego evitativo hacia la pareja ( $r = .31; p < .001$ ).

La falta de aceptación emocional correlaciona de forma positiva y alta con tres dimensiones de apego ansioso: apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $r = .30; p < .001$ ) apego ansioso con la madre ( $r = .20; p < .01$ ) y apego ansioso con la pareja ( $r = .31; p < .001$ )

También se identificó que la interferencia en la conducta dirigida a metas presenta una asociación positiva y alta con dos dimensiones de apego ansioso: apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $r = .20; p < .01$ ), y apego ansioso hacia la pareja ( $r = .19; p < .01$ ).

La dificultad en el control de los impulsos correlaciona de forma positiva y alta con la ansiedad en las relaciones cercanas en general ( $r = .23; p < .01$ ), y con el apego ansioso con la pareja ( $r = .21; p < .01$ ).

Y por último, otro importante dato que surge de la tabla n° 28 es la correlación positiva y alta entre la dimensión falta de conciencia emocional y apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $r = .24; p < .01$ ).

#### *4.1.3. Asociaciones entre las dimensiones de DERS y las dimensiones de la FACES III*

En cuanto al funcionamiento familiar, en la tabla n° 29 se observa que tanto cohesión como flexibilidad se encuentran asociadas con las mismas tres dimensiones de la dificultades en la regulación emocional: interferencia en conducta dirigida a metas,

dificultad en el control de los impulsos y acceso limitado a estrategias de regulación, aunque en diferentes direcciones. Más en detalle, la cohesión familiar percibida presenta una correlación negativa alta con las dimensiones interferencia en las conductas dirigidas a metas ( $r = -.23; p < .01$ ) y dificultad en el control de los impulsos ( $r = -.20; p < .01$ ), y una correlación negativa moderada con el acceso limitado a estrategias de regulación emocional ( $r = -.16; p < .05$ ). Resultan negativas todas las correlaciones existentes entre a la dimensión cohesión familiar y dificultades en la regulación emocional.

La otra dimensión del funcionamiento familiar percibido, la flexibilidad, correlaciona de manera positiva alta con la dificultad en el control de los impulsos ( $r = .19; p < .01$ ), y correlaciona de manera moderada con la interferencia en las conductas dirigidas a metas ( $r = .18; p < .05$ ) y con el acceso limitado a estrategias de regulación emocional ( $r = .16; p < .05$ ). Resultan negativas todas las correlaciones encontradas entre a la dimensión flexibilidad familiar y las dificultades en la regulación emocional.

#### *4.1.4. Asociaciones entre las dimensiones de la ECR-RS y las dimensiones de la FACES III*

La tabla n° 29 también destaca las correlaciones negativas altas entre la cohesión familiar y el apego evitativo con la madre ( $r = -.21; p < .01$ ), apego ansioso con la madre ( $r = -.21; p < .01$ ) y apego evitativo con el padre ( $r = -.23; p < .01$ ).

En cuanto a la flexibilidad, se aprecia una correlación positiva alta con el apego ansioso hacia el padre ( $r = .21; p < .01$ ), y correlaciones positivas moderadas con el apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $r = .15; p < .05$ ), apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $r = .15; p < .05$ ), y con el apego ansioso con la pareja ( $r = .18; p < .05$ ).

#### *4.1.5. Asociación entre estilos de apego globales y funcionamiento familiar utilizando la forma de cálculo previo a la actualización de la Escala ECR-RS en 2014*

Anteriormente a una actualización realizada en 2014 por los autores de la Escala ECR-RS, se podía obtener la medida de apego ansioso y evitativo globales, promediando

los puntajes obtenidos en cada una de las relaciones. Luego de la actualización, los autores agregaron el objetivo *relaciones cercanas en general* debido a que no querían que la medida general fuera una combinación lineal literal de las medidas específicas de la relación, porque esa operación dificultaba estudiar cómo las representaciones generales y específicas de la relación pueden cambiar juntas. Este aspecto ha sido respetado en la presente investigación. No obstante, también se calculó el estilo de apego ansioso global y estilo de apego evitativo global, tal como se realizaba previamente a la actualización, sumando los puntajes obtenidos del apego ansioso con la madre, padre y pareja, y sumando, por otra parte, el apego evitativo con la madre, padre y pareja, sin incorporar en ninguno de los dos casos a los estilos de apego con las relaciones cercanas en general. El puntaje alpha para apego evitativo global fue de  $\alpha = .82$  (24 ítems) y para apego ansioso global fue  $\alpha = .84$  (12 ítems).

Una vez calculado esto, se correlacionó con ambas dimensiones del funcionamiento familiar y se obtuvieron datos que ameritan ser mencionados en este trabajo, lo cual se describe en la siguiente tabla.

**Tabla 30.** *Correlación de Pearson entre orientaciones de apegos globales y el funcionamiento familiar percibido (cálculo con la modalidad previa a la actualización del 2014)*

	Cohesión	Flexibilidad
Orientación de apego evitativo global	-.29**	-.02
Orientación de apego ansioso global	-.10	.23**

\*.p < .05; \*\*. p < 0.01

Resultan interesantes los datos proporcionados por la tabla n° 30 la cual enseña una correlación negativa alta entre la cohesión familiar y el apego evitativo global ( $r = -.29$ ;  $p < .001$ ), y una correlación positiva alta entre la flexibilidad familiar y el apego ansioso global ( $r = .23$ ;  $p < .001$ ).

Más allá de estos últimos datos obtenidos, para el resto del trabajo se continuará utilizando al ‘apego en las relaciones cercanas en general’ como medida del apego general

tal cual se desarrolló desde un principio y siguiendo la línea sugerida por los creadores de la escala ECR-RS.

A continuación se comentan los resultados del análisis de regresión efectuados entre las dimensiones de las variables de investigación.

## 5. Análisis de la regresión

Se realizaron diferentes análisis de regresión, tanto simples como múltiples, a los fines de estimar el efecto de una o varias variables sobre las otras. La descripción del proceso comenzará por las regresiones simples, para luego dar lugar a las múltiples.

### 5.1. Modelo de regresión lineal simple

Considerando que la teoría del apego sugiere que las experiencias cercanas de apego son la plataforma donde se adquieren las habilidades necesarias para la regulación emocional, y que se encontraron asociaciones entre las orientaciones de apego, y la regulación emocional, inicialmente se realizó un análisis de regresión lineal simple entre dimensiones de apego y de dificultades en regulación emocional, donde la variable predictora fue la dimensión de inseguridad en el apego que más alto puntuó de la muestra: apego ansioso en las relaciones cercanas en general, y la variable predicha aquella dimensión de las dificultades en la regulación emocional también que más alto puntuó: falta de aceptación emocional.

El modelo de regresión lineal simple fue significativo  $F_{(1, 180)} = 18.01$ ,  $MSE = 45.55$ ,  $p < .001$ .  $R^2 = .42$

El apego ansioso en las relaciones cercanas en general tiene un efecto directo significativo sobre la falta de aceptación emocional ( $\beta = .43$ ;  $p < .001$ ).

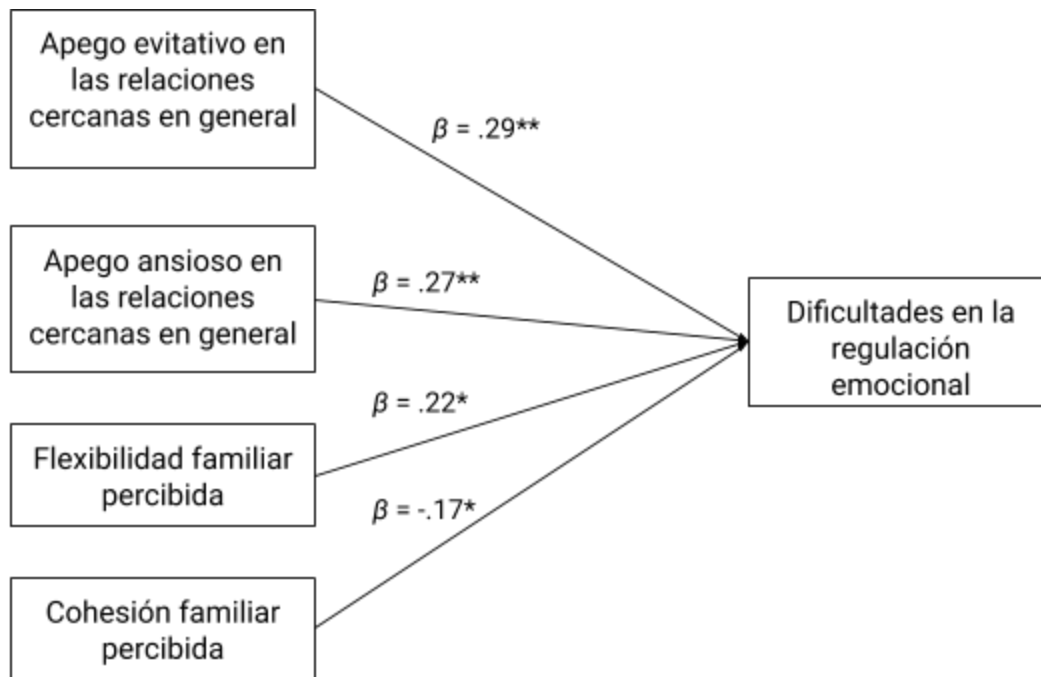
## 5.2. Modelo de regresión lineal múltiple

Por otra parte, se realizó un análisis de regresión múltiple, a los fines de identificar las dimensiones de la investigación que mayor incidencia tienen sobre las dificultades en la regulación emocional. Para ello, se colocaron como variables predictoras: el apego evitativo en las relaciones cercanas en general, apego ansioso en las relaciones cercanas en general, cohesión familiar percibida y flexibilidad familiar percibida, y variable predicha las dificultades en la regulación emocional (escala completa).

El modelo de regresión lineal múltiple fue significativo  $F_{(4, 173)} = 11.22$ ,  $MSE = 341.03$ ,  $p < .001$ .  $R^2 = .19$ .

El ‘apego evitativo en las relaciones cercanas en general’ ( $\beta = .29$ ;  $p < .001$ ), el apego ansioso ( $\beta = .27$   $p < .001$ ), y la ‘flexibilidad familiar percibida’ ( $\beta = .22$ ;  $p < .01$ ) y ‘la cohesión familiar percibida’ ( $\beta = -.17$ ;  $p < .05$ ) resultaron variables predictoras de las dificultades en las dificultades en la regulación emocional, quedando expresado de la siguiente manera:

**Figura 24.** Aportes del apego evitativo, apego ansioso, y flexibilidad familiar hacia las dificultades en la regulación emocional.



\*\*  $p < .001$

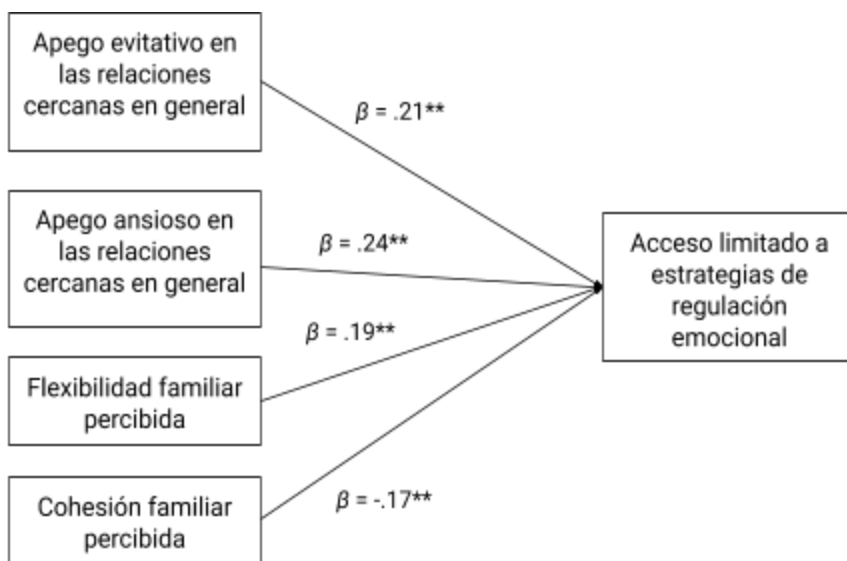
\*  $p < .05$

Tal como da cuenta lo expresado anteriormente, el modelo es significativo, y las dos dimensiones de apego son las que más fuerza predictora tienen, siendo el apego evitativo y ansioso los principales factores explicativos de las dificultades en la regulación emocional.

Profundizando aún más, se analizaron cada una de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional tomando de igual manera como variables predictoras a las dos dimensiones del funcionamiento familiar (cohesión y flexibilidad familiar percibida) y a dos dimensiones del apego inseguro (apego ansioso y evitativo en las relaciones cercanas en general). Con cuatro de las dimensiones de las DERS se observó una regresión lineal múltiple significativa, pero la que presentó un mayor nivel de significancia fue el acceso limitado a estrategias de regulación. La cual se detalla a continuación: El modelo de regresión lineal múltiple fue significativo  $F_{(4, 174)} = 7.70$ ,  $MSE = 9.95$ ,  $p < .001$ .  $R^2 = .13$ .

El apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .21$ ,  $p < .01$ ), el apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .24$ ,  $p < .01$ ), la flexibilidad familiar percibida ( $\beta = .19$ ,  $p < .01$ ), y la cohesión familiar percibida ( $\beta = -.17$ ,  $p < .01$ ) resultaron variables predictoras del acceso limitado a estrategias de regulación emocional, quedando graficado de la siguiente manera:

**Figura 25.** Aportes del apego evitativo y ansioso en las relaciones cercanas en general, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia el acceso limitado de estrategias de regulación emocional

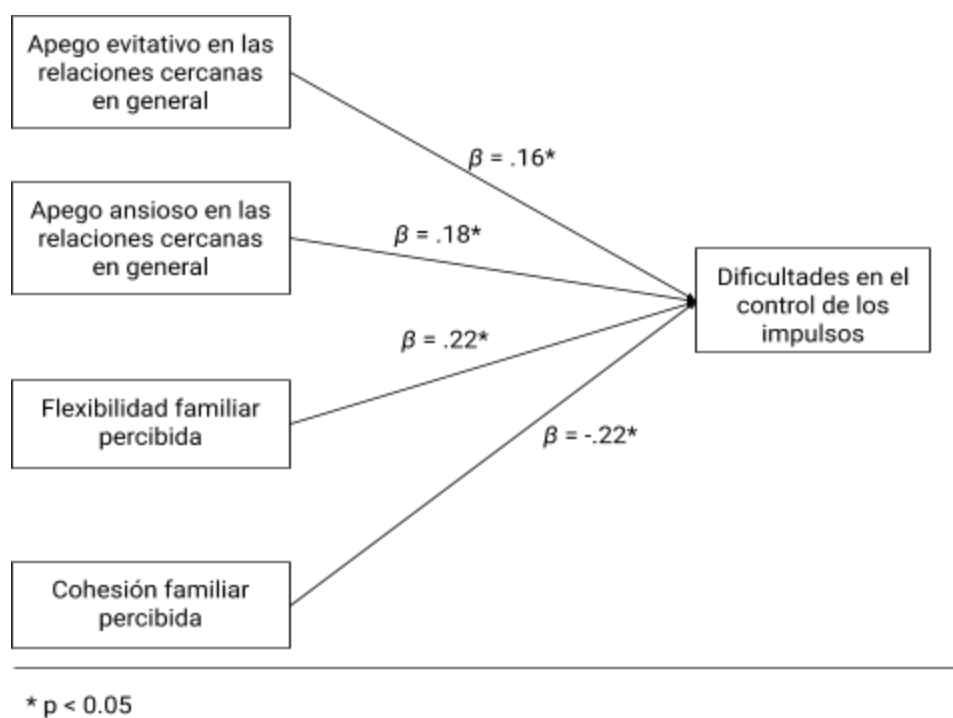


\*\*  $p < 0.001$   
\*  $p < 0.05$

La dificultad en el control de los impulsos también fue predicha por las mismas cuatro dimensiones que en el análisis anterior, aunque con menor significancia. Los resultados indicaron que el modelo de regresión lineal múltiple fue significativo  $F_{(4, 174)} = 7.23, MSE = 45.25, p < .001. R^2 = .12.$

El apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .16 p < .05$ ), el apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .18 p < .05$ ), la flexibilidad familiar percibida ( $\beta = .22, p < .05$ ), y la cohesión familiar percibida ( $\beta = -.22, p < .05$ ) resultaron variables predictoras de las dificultades en el control de los impulsos, quedando graficado de la siguiente manera:

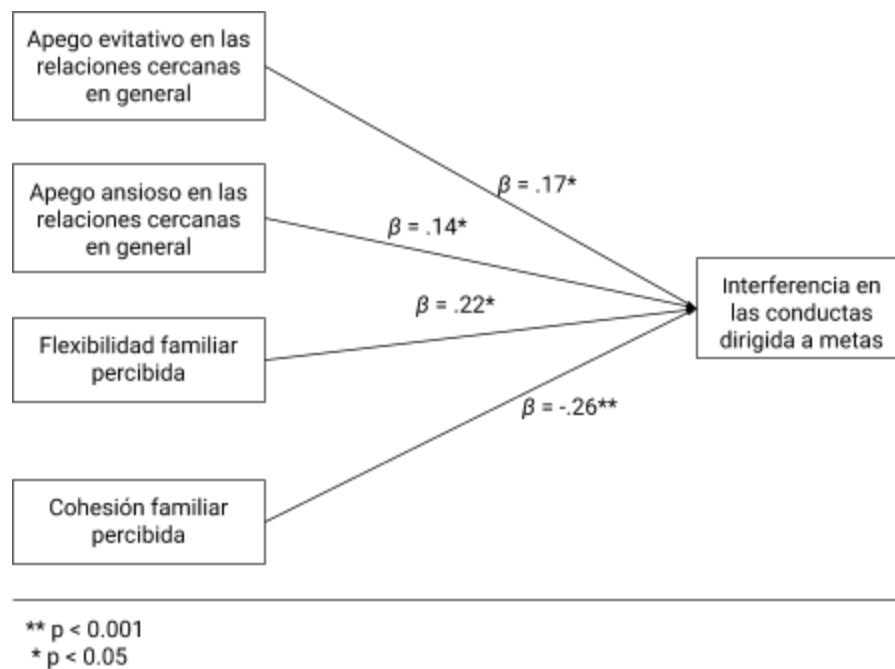
**Figura 26** Aportes del apego evitativo y ansioso en las relaciones cercanas en general, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia las dificultades en el control de los impulsos



Por su parte la interferencia emocional en conductas dirigida a metas fue predicha por también por las cuatro dimensiones, y fue la que presentó mayor tamaño del efecto. Los resultados indicaron que el modelo de regresión lineal múltiple fue significativo  $F_{(4, 174)} = 7.50, MSE = 24.08, p < .001. R^2 = .15.$

El apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .17 p < .05$ ), el apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .14 p < .05$ ), la flexibilidad familiar percibida ( $\beta = .22, p < .05$ ), y la cohesión familiar percibida ( $\beta = -.26, p < .05$ ) resultaron variables predictoras de las interferencia emocional, pero no el a en conductas dirigidas a metas, quedando graficado de la siguiente manera:

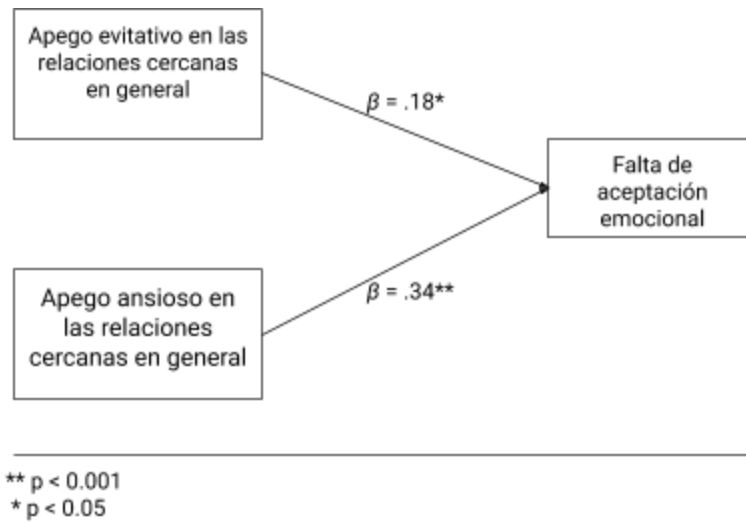
**Figura 27.** Aportes del apego evitativo, la flexibilidad familiar percibida y la cohesión familiar percibida hacia la interferencia en las conductas dirigidas a metas.



Siendo que ‘falta de aceptación emocional’ fue la dimensión de las dificultades en la regulación emocional que más alto puntuó, se realizó el mismo análisis. Los resultados indicaron que el modelo de regresión lineal múltiple fue significativo  $F_{(4, 173)} = 6.86, MSE = 44.39, p < .001. R^2 = .13$ .

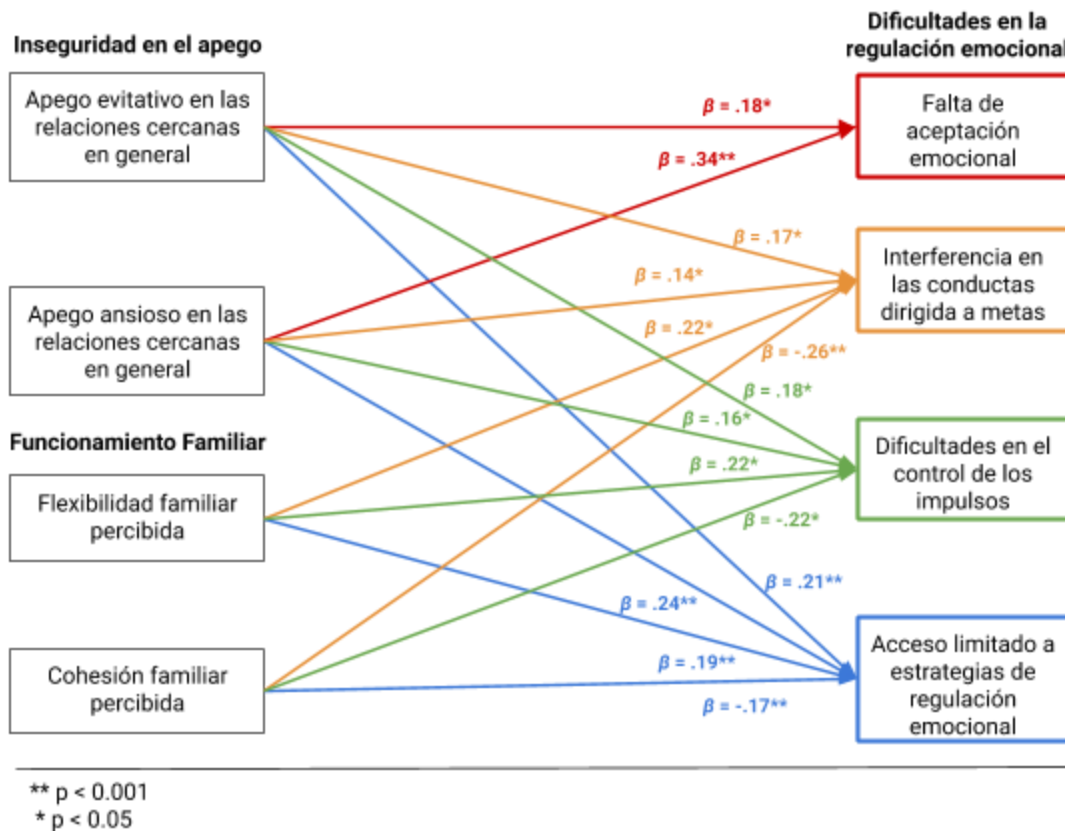
El apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .34 p < .01$ ) y el apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $\beta = .18 p < .05$ ), resultaron variables predictoras de la falta de aceptación emocional, pero no la cohesión familiar percibida ( $\beta = .04 p < .55$ ), ni la flexibilidad familiar percibida ( $\beta = .10 p < .17$ ), quedando graficado de la siguiente manera:

**Figura 28.** Aportes del apego evitativo y ansioso en las relaciones cercanas en general hacia la falta de aceptación emocional.



El gráfico que se coloca a continuación, representa un resumen esquematizado de lo referido anteriormente con respecto a todos los aportes del apego ansioso y evitativo en las relaciones cercanas en general y de la cohesión y funcionamiento familiar hacia las dimensiones de la regulación emocional.

**Figura 29.** Resumen esquemático de los aportes de las dimensiones de inseguridad en el apego y del funcionamiento familiar en las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional



## 6. Comparación de medias

### 6.1. Pruebas T de Student

Utilizando la Prueba T Student se realizaron las comparaciones de medias independientes entre grupos de la muestra. Puntualmente se analizó la existencia de diferencias de género en las distintas variables estudiadas, como así también las diferencias entre aquellos que estaban o no en pareja y las dimensiones de apego. Previo a este procedimiento se hicieron los análisis de normalidad de las distribuciones mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov para muestra mayores de 50 sujetos, y la prueba Shapiro-Wilk para muestras menores a 50 sujetos. La distribución de las puntuaciones de las escalas (DERS, ECR-RS y FACES III, todas completas y comparadas según género) fueron normales. Habiendo realizado los análisis de normalidad correspondientes, se pasó a la comparación de medias mediante el estadístico T de Student.

#### 6.1.1. Comparación de medias según género

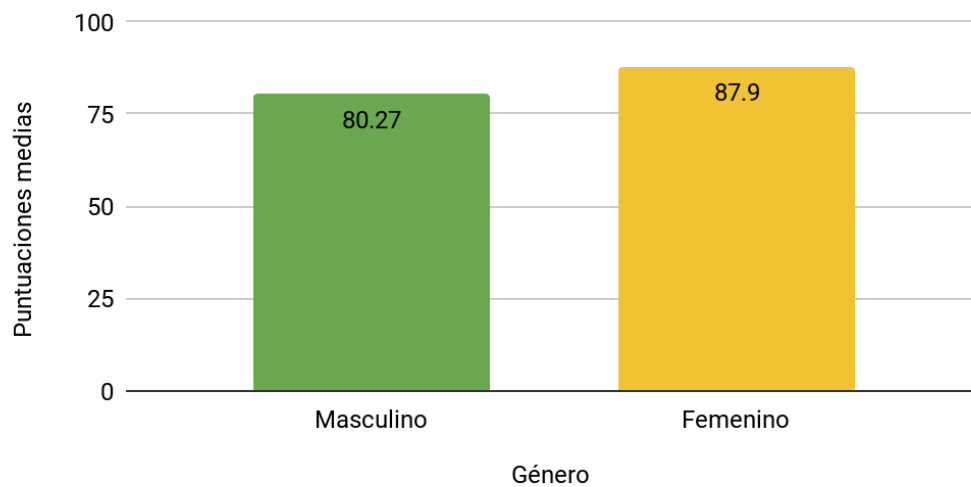
- Dificultades en la regulación emocional y género

Inicialmente se compararon medias por género en cuanto a las dificultades en la regulación emocional (escala completa). Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en función del género en cuanto a las dificultades en la regulación emocional  $t_{(180)} = 2.08$ ,  $SE = 3.66$ ,  $p < .05$ , siendo las mujeres quienes obtuvieron mayores puntajes en comparación con los hombres. La tabla y gráfico siguientes muestran las medias obtenidas al respecto:

**Tabla 31.** Estadísticas del grupo según género con respecto a las dificultades en la regulación emocional

Dificultades en la regulación emocional Escala Completa		
Género	M	DE
Masculino	80,27	20,80
Femenino	87,90	18,20

**Figura 30. Comparación de medias de las Dificultades en la Regulación Emocional según género**



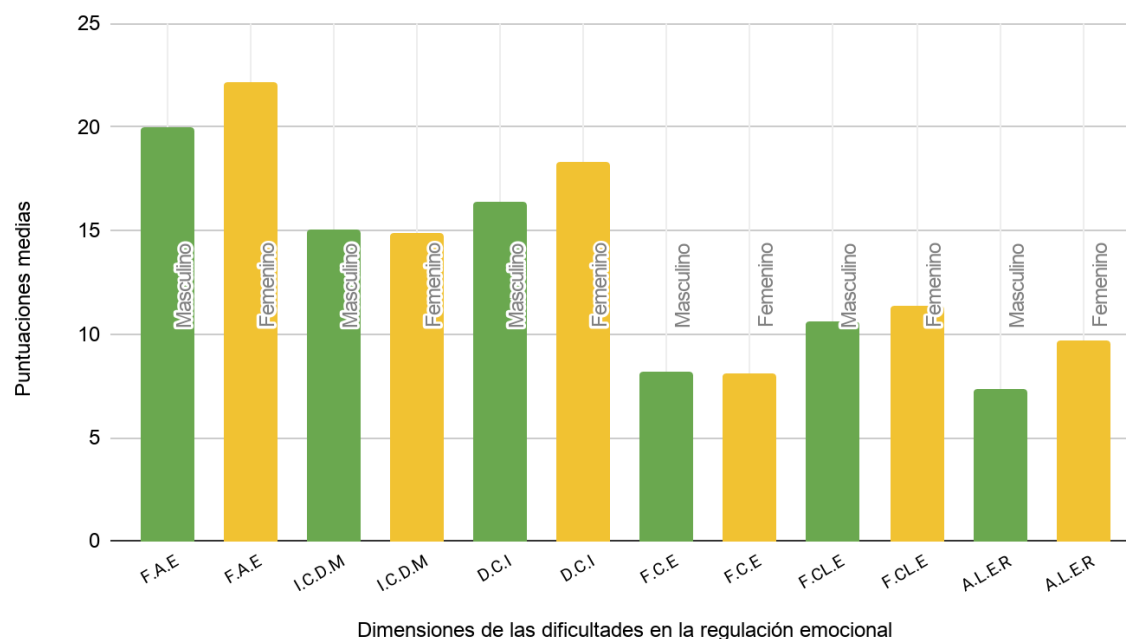
Por otra parte, se compararon las medias en función de género en cada una de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Los resultados se detallan en la siguiente tabla y figura:

**Tabla 32. Estadísticas del grupo según género en cada una de las dimensiones de las Dificultades en la regulación emocional**

	Género	M	DE
<b>F.A.E</b>	Masculino	19,97	7,13
	Femenino	22,18	6,60
<b>I.C.D.M</b>	Masculino	15,07	5,30
	Femenino	14,88	5,30
<b>D.C.I</b>	Masculino	16,43	7,03
	Femenino	18,35	7,36
<b>F.C.E</b>	Masculino	8,17	3,31
	Femenino	8,10	3,37
<b>F.CL.E</b>	Masculino	10,57	3,99
	Femenino	11,33	4,07
<b>A.L.E.R</b>	Masculino	7,36	3,09
	Femenino	9,65	3,72

*Nota:* F.A.E = Falta de aceptación emocional; I.C.D.M = Interferencia en la conducta dirigida a metas; D.C.I = Dificultad en el control de los impulsos; F.C.E = Falta de conciencia emocional; F.CL.E = Falta de Claridad emocional; A.L.E.R = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional.

**Figura 31. Comparaciones de medias de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional por género**



*Nota:* F.A.E = Falta de aceptación emocional; I.C.D.M = Interferencia en la conducta dirigida a metas; D.C.I = Dificultad en el control de los impulsos; F.C.E = Falta de conciencia emocional; F.C.L.E = Falta de Claridad emocional; A.L.E.R = Acceso limitado a estrategias de regulación emocional.

El análisis de los datos de la tabla nº 32 indicó que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cinco dimensiones: ‘falta de aceptación emocional emocional’ ( $t_{180} = 1.75, SE = 1.27, p = .08$ ); ‘interferencia en conducta dirigida a metas’ ( $t_{181} = .21, SE = .95, p = .84$ ); ‘dificultad en el control de los impulsos’ ( $t_{181} = .11, SE = .60, p = .91$ ); ‘falta de conciencia emocional’ ( $t_{181} = 1.51, SE = 1.27, p = .13$ ); y ‘falta de claridad emocional’ ( $t_{181} = 1.05, SE = .72, p = .30$ ).

Donde sí se encontraron diferencias significativas fue en la dimensión ‘acceso limitado a estrategias de regulación’ en función del género ( $t_{181} = 3.55, SE = .64, p < .001$ ), siendo las mujeres quienes presentaron puntajes más elevados.

- Apego y género

Se realizaron las comparaciones de medias con respecto al apego según género en cada relación cercana. No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dos

dimensiones de apego inseguro en las relaciones cercanas en general, ni en evitación ( $t_{181} = .31$ ,  $SE = 1.88$ ,  $p = .75$ ) ni en ansiedad ( $t_{181} = 1.82$ ,  $SE = .96$ ,  $p = .07$ ).

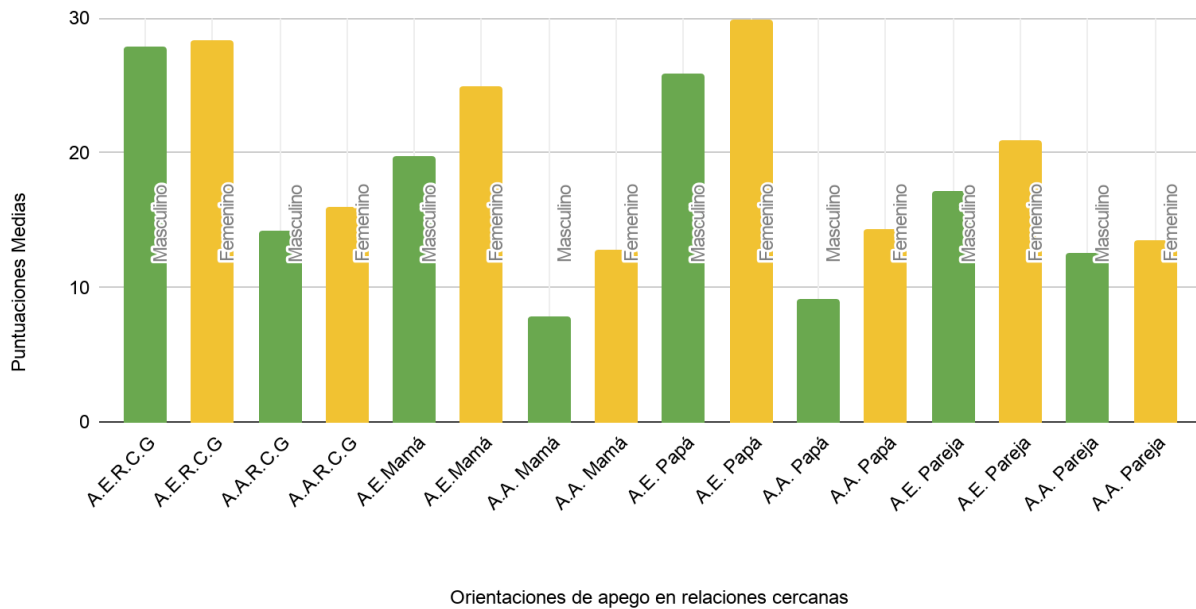
Aunque sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupo en función del género en objetivos relacionales específicos: apego evitativo hacia la madre ( $t_{180} = 3.09$ ,  $SE = 1.68$ ,  $p < .01$ ), apego ansioso hacia la madre ( $t_{180} = 4.21$ ,  $SE = 1.16$ ,  $p < .001$ ), apego ansioso hacia el padre ( $t_{170} = 4.67$ ,  $SE = 1.10$ ,  $p < .001$ .) y apego evitativo hacia la pareja ( $t_{179} = 2.27$ ,  $SE = 1.63$ ,  $p < .05$ ), siendo las mujeres en todos los casos quienes puntuaron más elevado. La tabla n° 33, y la figura n° 32, que se encuentran debajo detallan los resultados obtenidos al respecto.

**Tabla 33. Estadísticas en las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según género**

	<b>Género</b>	<i>M</i>	<i>DE</i>
<b>Apego evitativo en las relaciones cercanas en general</b>	Masculino	27,89	8,21
	Femenino	28,38	9,00
<b>Apego ansioso en las relaciones cercanas en general</b>	Masculino	14,25	4,79
	Femenino	16,00	5,54
<b>Apego evitativo hacia la madre</b>	Masculino	19,76	8,98
	Femenino	24,95	10,46
<b>Apego ansioso hacia la madre</b>	Masculino	7,88	5,58
	Femenino	12,77	6,63
<b>Apego evitativo hacia el padre</b>	Masculino	25,91	11,40
	Femenino	29,89	12,26
<b>Apego ansioso hacia el padre</b>	Masculino	9,18	5,88
	Femenino	14,35	6,27
<b>Apego evitativo hacia la pareja</b>	Masculino	17,22	8,64
	Femenino	20,92	10,29
<b>Apego ansioso hacia la pareja</b>	Masculino	12,52	6,29
	Femenino	13,54	6,60

Nota: A.E.R.C.G = Apego evitativo en las relaciones cercanas en general; A.A.R.C.G = Apego ansioso en las relaciones cercanas en general; A.E. Mamá = Apego evitativo hacia la madre; A.A Mamá= Apego ansioso hacia la madre; A.E. Papá = Apego evitativo hacia el padre; A. A. Papá = Apego ansioso hacia el padre; A. E. Pareja = Apego evitativo hacia la pareja; A. A. Pareja = Apego ansioso hacia la pareja.

Figura 32. Comparación de medias en las orientaciones de apego en relaciones cercanas según género

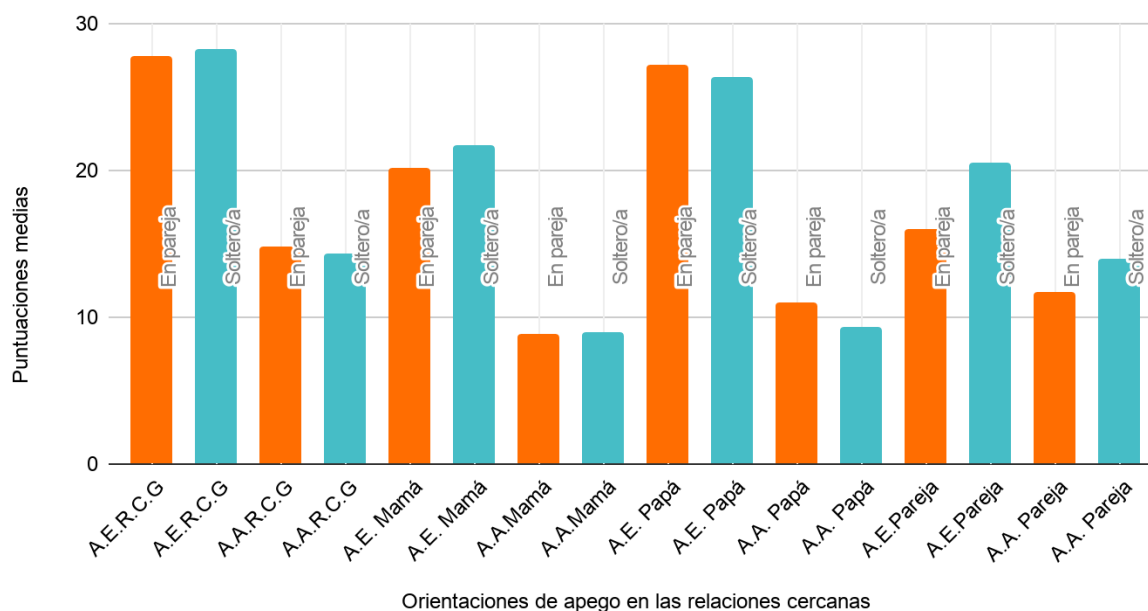


En cuanto a la situación conyugal (“¿Usted está en pareja actualmente?”) y apego, las comparaciones de medias no arrojaron diferencias significativas en ninguna de las escalas analizadas, salvo en las dimensiones apego evitativo hacia la pareja ( $t_{179} = 3.40$ ,  $SE = 1.32$ ,  $p < .01$ ) y apego ansioso hacia la pareja ( $t_{179} = 2.38$ ,  $SE = .94$ ,  $p < .05$ ), donde puntuaron significativamente más alto aquellos sujetos que no se encontraban en pareja. La tabla n° 34 y la figura n° 33 que se muestra a continuación enseña los estadísticos correspondientes: (ver hoja contigua)

**Tabla 34.** Estadísticas en las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según situación conyugal

	¿Está en pareja?	M	DE
<b>Apego evitativo en las relaciones cercanas en general</b>	Si	27,74	8,82
	No	28,30	7,84
<b>Apego ansioso en las relaciones cercanas en general</b>	Si	14,85	4,74
	No	14,37	5,32
<b>Apego evitativo hacia la madre</b>	Si	20,16	9,49
	No	21,73	9,56
<b>Apego ansioso hacia la madre</b>	Si	8,88	5,91
	No	8,99	6,45
<b>Apego evitativo hacia el padre</b>	Si	27,13	11,75
	No	26,32	11,64
<b>Apego ansioso hacia el padre</b>	Si	11,04	6,57
	No	9,36	5,91
<b>Apego evitativo hacia la pareja</b>	Si	16,00	8,31
	No	20,51	9,51
<b>Apego ansioso hacia la pareja</b>	Si	11,74	6,23
	No	13,98	6,33

**Figura 33.** Comparaciones de medias de las orientaciones de apego en las relaciones cercanas según la situación conyugal



Nota: A.E.R.C.G = Apego evitativo en las relaciones cercanas en general; A.A.R.C.G = Apego ansioso en las relaciones cercanas en general; A.E. Mamá = Apego evitativo hacia la madre; A.A. Mamá = Apego ansioso hacia la madre; A.E. Papá = Apego evitativo hacia el padre; A. A. Papá = Apego ansioso hacia el padre; A. E. Pareja = Apego evitativo hacia la pareja; A. A. Pareja = Apego ansioso hacia la pareja.

- Funcionamiento Familiar y género

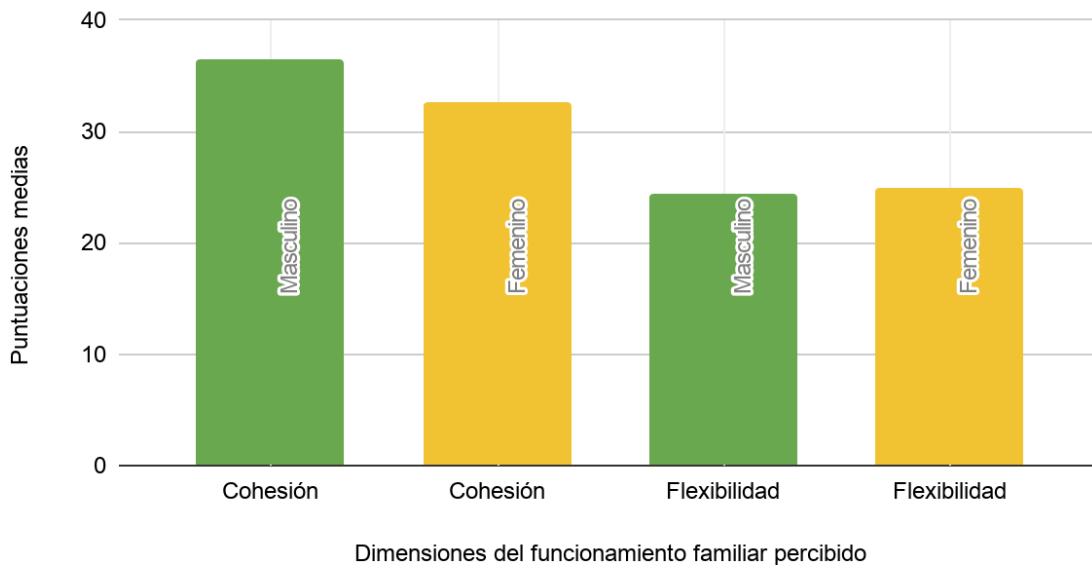
Las comparaciones de media en la variable funcionamiento familiar se realizaron también según género pero exclusivamente por dimensiones (cohesión y flexibilidad), y no en la escala completa, puntajes bajas o altas en el total de la misma no indican un mismo constructo tal como la escala DERS.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según género en la ‘cohesión familiar percibida’ ( $t_{179} = 2.29$ ,  $SE = 1.69$ ,  $p < .05$ ), siendo los hombres quienes reflejaron puntajes medios más elevados. En dimensión ‘flexibilidad familiar percibida’ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $t_{179} = .40$ ,  $SE = 1.32$ ,  $p = .69$ ). Los estadísticos correspondientes se detallan debajo.

**Tabla 35.** Estadísticas del funcionamiento familiar percibido según género

	Género	M	DE
<b>Cohesión familiar percibida</b>	Masculino	36,50	7,77
	Femenino	32,62	9,75
<b>Flexibilidad familiar percibida</b>	Masculino	24,44	6,33
	Femenino	24,97	7,56

**Figura 34.** Comparación de medias de las dimensiones de funcionamiento familiar percibido según género



## 6.2 Análisis de la varianza

A través del análisis de la varianza (ANOVA) se buscaron posibles diferencias significativas entre las puntuaciones de las dimensiones evaluadas en función de los estudios cursados y el tipo de ocupación, y edades agrupadas. A los fines de no abundar en información que no sea relevante, en la presentación de los resultados solo se adjunta las tablas de contingencia de aquellas dimensiones que sí presentan diferencias significativas.

### 6.2.1. Comparaciones de medias según los estudios cursados

- Dificultades en la regulación emocional y estudios cursados

El análisis de las tablas indica que no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto al nivel de estudios alcanzado por la persona en la variable ‘Dificultades en la regulación emocional’ (escala completa)  $F_{(5,176)} = 1.066$ ,  $MSE = 418.15$ ,  $p = .38$ .

En las dimensiones de esta variable, solo se observan diferencias significativas entre los grupos comparados en función del estudio cursado en la ‘falta de conciencia emocional’  $F_{(5,177)} = 3.07$ ,  $MSE = 68.72$ ,  $p < .05$ . El análisis post-hoc muestra que se encuentran diferencias entre secundario completo en comparación con secundario incompleto ( $p < .05$ ), evidenciando mayores puntuaciones medias en la falta de conciencia emocional quienes no finalizaron sus estudios secundarios. No hay diferencias significativas en la falta de conciencia emocional y el resto de los niveles de estudios cursados. Los datos descriptivos al respecto se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 36.** Comparación de medias de la falta de conciencia emocional según los estudios cursados

Dimensión de las dificultades en la regulación emocional	Estudios Cursados	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Falta de conciencia emocional	Primario incompleto	12	8,33	3,05
	Primario completo	50	7,68	3,57
	Secundario incompleto	91	8,79	3,15
	Secundario completo	21	6,24	3,05
	Universitario incompleto	7	9,57	2,22
	Universitario completo	2	5,00	1,41

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función de los estudios cursados para el resto de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: ‘falta de aceptación emocional’  $F_{(5,176)} = .97$ ,  $MSE = 49.87$ ,  $p = .44$ ; ‘interferencia en las conductas dirigidas a metas’  $F_{(5,177)} = .30$ ,  $MSE = 28.51$ ,  $p = .91$ ; ‘dificultades en el control de los impulsos’  $F_{(5,177)} = 1.39$ ,  $MSE = 50.23$ ,  $p = .23$ ; falta de claridad emocional  $F_{(5,177)} = 1.59$ ,  $MSE = 15.80$ ,  $p = .17$ ; ‘acceso limitado a estrategias de regulación’  $F_{(5,177)} = 1.04$ ,  $MSE = 11.32$ ,  $p = .39$ .

- Funcionamiento familiar y estudios cursados

La comparación de medias del funcionamiento familiar según los estudios cursados fue realizada por dimensiones: ‘cohesión familiar percibida’ y ‘flexibilidad familiar percibida’. El análisis indica que no hay diferencias estadísticamente significativas según estudios cursados en cuanto a la en ‘cohesión familiar’  $F_{(5,175)} = .89$ ,  $MSE = 70.12$ ,  $p = .49$ ; ni en la ‘flexibilidad familiar’  $F_{(5,174)} = 1.01$ ,  $MSE = 43.48$ ,  $p = .41$ .

- Orientaciones de apego y estudios cursados

El estudio comparativo de las orientaciones de apego según estudios cursados fue realizado según cada relación cercana, informada por la escala. En el análisis no se encontraron diferencias significativas en función de los estudios cursados en ninguna de las orientaciones de apego: ‘apego evitativo en las relaciones cercanas en general’  $F_{(5,177)} = 1.70$ ,  $MSE = 68.72$ ,  $p = .14$ ; ‘apego ansioso en las relaciones cercanas en general’  $F_{(5,177)} = .38$ ,  $MSE = 25.42$ ,  $p = .86$ ; ‘apego evitativo hacia la madre’  $F_{(5,176)} = .30$ ,  $MSE = 92.58$ ,  $p = .91$ ; ‘apego ansioso hacia la madre’  $F_{(5,176)} = 1.67$ ,  $MSE = 37.04$ ,  $p = .14$ ; ‘apego evitativo hacia el padre’  $F_{(5,166)} = 1.89$ ,  $MSE = 132.79$ ,  $p = .10$ ; ‘apego ansioso hacia el padre’  $F_{(5,166)} = 1.07$ ,  $MSE = 39.88$ ,  $p = .38$ ; ‘apego evitativo hacia la pareja’  $F_{(5,175)} = .46$ ,  $MSE = 84.46$ ,  $p = .80$ ; apego ansioso hacia la pareja  $F_{(5,177)} = 1.26$ ,  $MSE = 40.10$ ,  $p = .28$ .

### 6.2.2. Comparaciones de medias según el tipo de ocupación.

Las comparaciones según el tipo de ocupación arrojan resultados similares a las realizadas para estudios cursados. En la mayoría de los los análisis efectuados no se encuentran diferencias estadísticamente significativas, excepto en algunos casos puntuales.

A continuación se detallan las comparaciones de medias entre las distintas variables según la ocupación mantenida al momento de la administración de las escalas.

- Dificultades en la regulación emocional y ocupación

El análisis indica que no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la ocupación en la variable ‘Dificultades en la regulación emocional’(escala completa)  $F_{(4,177)} = .38, MSE = 424.71, p = .82$ .

En las dimensiones de esta variable, solo se observan diferencias significativas entre los grupos comparados en función de la ocupación en el ‘acceso limitado a estrategias de regulación emocional’  $F_{(4,178)} = 2.56, MSE = 10.96, p < .05$ . El análisis post-hoc muestra que se encuentran diferencias entre ama de casa y empleado ( $p < .05$ ), evidenciando mayores puntuaciones medias en el acceso limitado a estrategias de regulación emocional quienes trabajan como ama de casa. No hay diferencias significativas en el acceso limitado a estrategias de regulación emocional y el resto de las ocupaciones referidas. Los datos descriptivos al respecto se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 37.** Comparación de medias del acceso limitado a estrategias de regulación emocional según ocupación

Dimensión de las dificultades en la regulación emocional	Ocupación	N	M	DE
Acceso limitado a estrategias de regulación emocional	Desocupado	76	7,79	3,27
	Trabajo precarizado	40	8,28	3,68
	Oficios	23	7,91	2,52
	Empleado	21	6,00	2,93
	Ama de casa	23	9,04	3,75

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función de las ocupaciones referidas para el resto de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: ‘falta de aceptación emocional’  $F_{(4,177)} = 1.27$ ,  $MSE = 49.53$ ,  $p = .28$ ; ‘interferencia en las conductas dirigidas a metas’  $F_{(4,178)} = 1.14$ ,  $MSE = 27.87$ ,  $p = .34$ ; ‘dificultades en el control de los impulsos’  $F_{(4,178)} = .07$ ,  $MSE = 51.84$ ,  $p = .99$ ; falta de claridad emocional  $F_{(4,178)} = .77$ ,  $MSE = 16.13$ ,  $p = .54$ ; ‘falta de conciencia emocional’  $F_{(4,178)} = .27$ ,  $MSE = 11.17$ ,  $p = .90$ .

- **Funcionamiento familiar y ocupación**

El análisis indica que no hay diferencias estadísticamente significativas según ‘ocupación’ en cuanto a la en ‘cohesión familiar’  $F_{(4,176)} = .68$ ,  $MSE = 70.40$ ,  $p = .60$ ; ni en la ‘flexibilidad familiar’  $F_{(4,175)} = .21$ ,  $MSE = 44.27$ ,  $p = .93$ .

- **Orientaciones de apego y ocupación**

No se encuentran diferencias significativas en función de la ocupación en las orientaciones de apego: ‘apego evitativo en las relaciones cercanas en general’  $F_{(4,178)} = .07$ ,  $MSE = 71.51$ ,  $p = .99$ ; ‘apego ansioso en las relaciones cercanas en general’  $F_{(4,178)} = .71$ ,  $MSE = 25.15$ ,  $p = .58$ ; ‘apego evitativo hacia la madre’  $F_{(4,177)} = .49$ ,  $MSE = 91.83$ ,  $p = .74$ ; ‘apego evitativo hacia el padre’  $F_{(4,167)} = 1.89$ ,  $MSE = 133.47$ ,  $p = .11$ ; ‘apego ansioso hacia el padre’  $F_{(4,167)} = 2.19$ ,  $MSE = 38.88$ ,  $p = .07$ ; y apego ansioso hacia la pareja  $F_{(4,176)} = 1.57$ ,  $MSE = 39.89$ ,  $p = .18$ .

Donde sí se encontraron diferencias significativas entre los grupos comparados en función de la ocupación fue en la dimensión ‘apego ansioso hacia la madre’  $F_{(4,177)} = 2.47$ ,  $MSE = 36.54$ ,  $p < .05$ ; y en la dimensión ‘apego evitativo hacia la pareja’  $F_{(4,176)} = 4.40$ ,  $MSE = 77.34$ ,  $p < .01$

El análisis post-hoc del apego ansioso hacia la madre muestra que se encuentran diferencias entre ‘ama de casa’ en comparación con ‘oficios’ ( $p < .05$ ), evidenciando mayores puntuaciones medias las amas de casa que en quienes realizan oficios. No hay

diferencias significativas en el apego ansioso hacia la madre y el resto de los tipos de ocupación. Los datos descriptivos al respecto se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 38.** Comparación de medias de apego ansioso hacia la madre según ocupación

Orientación de apego en las relaciones cercanas	Ocupación	M	DE
Apego ansioso hacia la madre	Desocupado	8,59	5,90
	Trabajo precarizado	9,50	6,32
	Oficios	6,77	5,31
	Empleado	7,95	6,12
	Ama de casa	12,00	6,58
	Total	8,93	6,14

El análisis post-hoc del apego evitativo hacia la pareja muestra que se encuentran diferencias entre ‘ama de casa’ en comparación con ‘desocupado’ ( $p < .01$ ) y trabajo precarizado ( $p < .01$ ), exhibiendo mayores puntuaciones medias las amas de casa que quienes se encuentran desocupados o realizan trabajos precarizados, no habiendo diferencias significativas entre el resto de las ocupaciones referidas. Los datos descriptivos al respecto se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 39.** Comparación de medias de apego evitativo hacia la pareja según ocupación

Orientación de apego en las relaciones cercanas	Ocupación	M	DE
Apego evitativo hacia la pareja	Desocupado	16,72	8,39
	Trabajo precarizado	15,73	7,93
	Oficios	21,52	9,34
	Empleado	17,14	8,38
	Ama de casa	23,77	11,18
	Total	18,02	9,12

### 6.2.3. Comparaciones de medias según edades agrupadas

También se buscaron posibles diferencias significativas entre las puntuaciones de las variables en función de edades agrupadas en tres rangos: de 18 a 26 años, 27 a 35 años y 35 a 43 años.

El análisis indica que no hay diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la edades agrupadas en la variable ‘Dificultades en la regulación emocional’ (escala completa)  $F_{(2,179)} = .44, MSE = 421.48, p = .64$ .

Se encuentran resultados similares al realizar las comparaciones por dimensiones. No se aprecian diferencias estadísticamente significativas en función de las edades agrupadas para: ‘falta de aceptación emocional’  $F_{(2,179)} = 1.97, MSE = 49.29, p = .14$ ; ‘interferencia en las conductas dirigidas a metas’  $F_{(2,180)} = .27, MSE = 28.18, p = .76$ ; ‘dificultades en el control de los impulsos’  $F_{(2,180)} = 1.15, MSE = 50.69, p = .31$ ; ‘falta de conciencia emocional’:  $F_{(2,180)} = 2.4, MSE = 10.81, p = .09$ ; falta de claridad emocional  $F_{(2,180)} = 1.28, MSE = 16.00, p = .28$ ; ‘acceso limitado a estrategias de regulación’  $F_{(2,180)} = .44, MSE = 11.41, p = .64$ .

A su vez, el análisis indica que no hay diferencias estadísticamente significativas según edades agrupadas cursados en cuanto a la en ‘cohesión familiar’  $F_{(2,178)} = .50, MSE = 70.32, p = .63$ ; ni en la ‘flexibilidad familiar’  $F_{(2,177)} = .85, MSE = 43.57, p = .43$ .

No se encuentran diferencias significativas en función de las edades agrupadas en las orientaciones de apego: ‘apego evitativo en las relaciones cercanas en general’  $F_{(2,180)} = 2.27, MSE = 69.08, p = .10$ ; ‘apego ansioso en las relaciones cercanas en general’  $F_{(2,180)} = .19, MSE = 25.21, p = .83$ ; ‘apego evitativo hacia la madre’  $F_{(2,179)} = .11, MSE = 91.70, p = .89$ ; ‘apego ansioso hacia la madre’  $F_{(2,179)} = 1.6, MSE = 37.45, p = .19$ ; ‘apego evitativo hacia el padre’  $F_{(2,169)} = .97, MSE = 136.29, p = .38$ ; ‘apego ansioso hacia el padre’  $F_{(2,169)} = 1.77, MSE = 39.60, p = .17$ ; ‘apego evitativo hacia la pareja’  $F_{(2,178)} = .90, MSE = 83.28, p = .40$ ; apego ansioso hacia la pareja  $F_{(2,178)} = 1.26, MSE = 40.63, p = .62$ .

De esta manera, concluye el análisis de resultados. A continuación, se presenta la discusión de los mismos y las principales conclusiones extraídas.

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Mediante el trabajo aquí efectuado, se buscó describir e indagar posibles asociaciones y predicciones entre el apego, la regulación emocional y el funcionamiento familiar en sujetos con trastornos por consumo de cocaína. Para ello se aplicaron las escalas DERS (dificultades en la regulación emocional), ECR-RS (orientaciones de apego en las relaciones cercanas) y FACES III (cohesión y adaptabilidad familiar) en 183 sujetos con trastornos por consumo de cocaína que no se encontraban en tratamiento. A continuación se discutirán los resultados encontrados. Cabe mencionar que la comparación con otros estudios tienen ciertos límites debido a la escasez de investigaciones que incluyen las tres variables aquí examinadas en sujetos adultos con esta problemática, tal como ha sido explicado en el apartado de antecedentes empíricos.

### 1. Contexto sociodemográfico en la discusión de resultados

A los fines de contextualizar el análisis y discusión las variables propiamente dichas, conviene detenerse en las características que conformaron la muestra final y en el diseño de la investigación, debido a que en ambos casos se encuentran algunas diferencias con estudios anteriores.

La presente investigación se conforma por un  $N = 183$  sujetos con trastorno por consumo de cocaína. En cambio, en los anteriores trabajos encontrados, que incluyen al menos dos variables de las aquí examinadas en sujetos con trastornos por consumo de sustancias, presentaron un tamaño menor en su muestra de sujetos consumidores: Finzi-Dottan, et al. (2003), evaluaron una muestra de  $N = 56$ ; Thorberg, et al. (2009) midieron una muestra de  $N = 100$  participantes; Schindler, et al. (2009), incluyeron en un grupo a  $N = 82$  jóvenes adultos consumidores de diferentes sustancias; Şenormancı, et al. (2014), en su investigación el grupo de consumidores estuvo compuesto por un  $N = 30$ ; y Schmidt (2001) evaluó el funcionamiento familiar en Argentina de un  $N = 32$  sujetos dependientes de sustancias.

Si bien algunos de estos estudios evaluaron a los pacientes con trastornos por el uso de sustancias junto a sus familias, y también en varios de ellos los compararon con un grupo de control, este es el primer estudio, dentro de la revisión realizada, con esa cantidad de sujetos que presentan este trastorno. Esto posibilita obtener resultados cuantitativos que se puedan apoyar en estadísticas robustas y confiables.

Con respecto al género que compone la muestra (78,1% hombres y 21,9% mujeres) las proporciones se sitúan en consonancia con las estadísticas nacionales y provinciales sobre consultas por género a centros asistenciales públicos que atienden problemas de consumo (SEDRONAR, 2018).

Otras particularidades de la muestras se hallan en sus aspectos sociodemográficos. En su gran mayoría, las investigaciones precedentes se realizan con población anglosajona. En este caso, el grupo investigado está compuesto en un 99% por argentinos, de los cuales el 96,7% fueron criados en la provincia de Mendoza. Este es un dato relevante a los fines preventivos y asistenciales a nivel local y nacional.

A su vez, otros dos aspectos sociodemográficos llaman la atención: el 75,4% de la muestra tiene uno o más hijos (28 años es la edad promedio del grupo), y el 83% de la muestra no ha completado sus estudios formales. El primer dato implica una alerta sobre las funciones parentales de los sujetos de la muestra, ya que hay una importante cantidad de antecedentes sobre desarrollo de apego inseguros en hijos de personas con trastornos por consumo de sustancias, por lo cual trabajar con ellos intervenciones con sus hijos basadas en el apego pueden ser sumamente efectivas (Suchman, de Coste, Castiglioni, McMahon, Rounsaville & Mayes, 2010).

El segundo dato, indica que la amplia mayoría de las personas de la muestra quedaron fuera del sistema educativo a edades tempranas, con las consecuencias de aislamiento social, formativas, e involucración en situaciones de riesgo que esto puede conllevar, constituyendo así un factor de riesgo para desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias. El presente estudio no arroja una precisión con respecto a la relación causal entre consumo-abandono escolar o abandono escolar-consumo. Desde una mirada sistémica (Ceberio y Watzlawick, 1998), una manera circular de apreciar este fenómeno, donde

ambos aspectos se influyen mutuamente, colabora en tener una comprensión integrativa y menos estigmatizante del problema. Las altas frecuencias de desocupación (41.5%) o precarización laboral (21.9%) revisten el mismo análisis. Tanto en el aspecto educativo como el educacional resaltan la limitada inclusión social de los sujetos de la muestra.

Continuando con indicadores sociales, el 54,6% de la muestra sí se encontraba en pareja, con un promedio de tiempo de 7.90 años de relación. Lo que indica que los sujetos de la muestra que formaron pareja han permanecido varios años en la relación. Una posible vinculación con otros resultados obtenidos en el presente trabajo, es que el apego hacia la pareja presentó el menor indicador de evitación que el resto de las relaciones cercanas, ubicando a la pareja en la zona de seguridad para expresar sus sentimientos y apoyarse en ella, aunque los elevados índices de apego ansioso hacia la pareja muestra que la relación es vivida con gran preocupación sobre la disponibilidad y presencia de su el o ella.

Los resultados encontrados con respecto a los índices de mortalidad de la madre o del padre en los sujetos de la muestra, para ser analizados con mayor exactitud, deben ser contrastados con otras investigaciones locales que incluyan esta medición en otros grupos clínicos o en población general.

## **2. Formato del diseño de investigación frente a otros estudios**

El hecho de incluir aquí a sujetos que presenten este trastorno por consumo de cocaína, pero que no se encuentren en tratamiento, ha permitido que los resultados no se vean influenciados por el proceso del tratamiento, otorgando mayor homogeneidad a la muestra en este punto. En los antecedentes se observa una gran variedad de criterios y diseños al respecto, donde las escalas son aplicadas en pacientes hospitalizados, ambulatorios, o en diferentes fases del tratamiento, y comparadas con grupos de control. Según el rastreo de antecedentes empíricos realizado, el diseño de la investigación aquí presentado fue el único conformado de esta manera.

Otro aspecto que tiene que ver con el diseño, es que en las investigaciones anteriores no hay un criterio uniforme sobre el modo evaluativo de las sustancias consumidas por las personas. Algunas utilizan cuestionarios de medición específicos, otras

toman a una multiplicidad de sujetos que ya se encuentran en tratamiento por diversas sustancias, y unas no refieren claramente cuál ha sido la modalidad para clasificar a los participantes en determinadas categorías diagnósticas asociadas al consumo. A su vez, las investigaciones suelen incluir en la muestra a usuarios con múltiples consumos de sustancias. En este caso, el criterio de inclusión ha sido doble. Por un lado se contó con la posibilidad de que cada sujeto sea evaluado por un grupo de tres profesionales especialistas en la temática quienes, luego de una entrevista interdisciplinaria, indicaron que la persona presentaba un *trastorno del consumo de sustancias* (DSM-5, APA, 2013), y luego cada sujeto de la muestra indicó al investigador principal cuál era la sustancia por la cual consultaba en este momento, siendo que 183 de ellos refirieron consulta por consumo problemático de cocaína. Con esto, se buscó dar lugar a la experiencia subjetiva de la persona en consonancia con lo teorizado en la hipótesis de la automedicación (*SMH*) propuesta por Khantzian (1985, 1990, 1997), y a la función del tóxico según el sufrimiento que presente desarrollada por Cancrini (1982, 1987). Dado que fue bajo el porcentaje de consultas por cocaína y otras sustancias, no se realizaron otros análisis comparativos entre consulta por consumo exclusivo de cocaína, o por cocaína y otras sustancias.

### **3. Características preponderantes de dificultades en la regulación emocional, orientaciones de apego en relaciones cercanas y funcionamiento familiar**

Ya entrando en el terreno de las variables de investigación propiamente dicha, los índices de confiabilidad obtenidos fueron adecuados, y arrojaron valores similares a los informados por las adaptaciones en Argentina de las escalas que miden Dificultades en la regulación emocional (DERS - Medrano y Trógolo, 2014), Orientaciones de apego en las relaciones cercanas, (ECR-RS - (Paolicchi y cols. 2014) y Funcionamiento familiar (FACES III - Leibovich de Figueroa, Schmidt y otros. 2010), tanto para las escalas completas como para sus respectivas dimensiones. En algunos casos, los índices de confiabilidad fueron levemente menores. Esto probablemente guarde relación con el nivel de estudios cursados referidos por los sujetos de la muestra, ya que en su mayoría, los sujetos que respondieron en las validaciones de las escalas en Argentina, habían finalizado

sus estudios secundarios o era estudiantes universitarios. Por otra parte, se sugiere incrementar el número de ítems de algunas dimensiones a los fines de incrementar la confiabilidad, fundamentalmente en la escala DERS.

Las adaptaciones y validaciones a la Argentina de las escalas DERS y ECR-RS fueron administradas en población universitaria en el primer caso y general en el segundo. El presente estudio indica que dichas escalas también pueden ser aplicadas en población clínica en la Argentina, que asiste a centros asistenciales del Ministerio de Salud. En el caso de la adaptación de la Escala FACES III, una porción de la población a la cual fue administrada ya incluía sujetos drogadependientes.

En base a las puntuaciones que emite el análisis de los resultados con respecto a la regulación emocional, se acepta parcialmente la cuarta hipótesis de investigación. Ya que dicho análisis indica puntuaciones elevadas en una dimensión, puntuaciones medias en cuatro, y baja en una. Más en detalle, la falta de aceptación emocional es la dimensión con puntuación más elevada, y falta de conciencia emocional la que menos puntaje medio obtiene, ubicándose la primera en niveles altos de dificultad en la regulación emocional, y la segunda en niveles bajos, según los baremos proporcionados por los autores de la adaptación de la escala DERS en Argentina (Medrano y Trógolo, 2016). Esto parecería indicar que las personas con trastornos por consumo de cocaína no presentan altos niveles de dificultades para atender y conocer sus estados emocionales, pero si tienen grandes dificultades para aceptarlos cuando lo sienten, experimentado emociones negativas secundarias como respuesta a una emoción negativa primaria. Pese a lo que se esperaba, las dos dimensiones que guardan relación con alteraciones conductuales: interferencia en conducta dirigida a metas y dificultad en el control de los impulsos, si bien no presentaron niveles bajos, obtuvieron niveles medios en lugar de altos, como también fue el caso de la falta de claridad emocional, y acceso limitado a estrategias de regulación emocional. En este marco, adquiere relevancia el contexto situacional en los cuales se dan ciertos desbordes conductuales que suelen apreciarse en la clínica con estos pacientes, en lugar de que sea un rasgo de descontrol de los impulsos generalizado. A su vez, los bajos puntajes en falta de conciencia emocional, y elevados en falta de aceptación emocional, apoyan lo

sugerido en el *modelo del procesamiento afectivo del refuerzo negativo*, propuesto por Baker, Piper, McCarthy, Majeskie y Fiore (2004), donde los autores refieren que la motivación principal para el consumo problemático de sustancias es la evitación de las sensaciones de afecto negativos, sentido de manera consciente o preconsciente. Estos datos nos indican que probablemente trabajar de manera comunitaria y terapéutica, la aceptación de los estados emocionales como un factor adaptativo, pueda colaborar en la prevención de los trastornos por consumo de sustancias.

Con respecto a la evaluación del apego, en la comparación realizada entre esta investigación y la adaptación de la ECR-RS en Argentina por Paolicchi y cols. (2014) se aprecia que los sujetos con trastornos por consumo de sustancias presentaron un puntuación media del total de la escala ( $N = 183$ ,  $M = 139.98$ ) mucho más elevada, osea, mayor niveles de apego inseguro, que la muestra conformada por población general ( $N = 185$ ,  $M = 83,96$ ).

En cuanto a las orientaciones de apego en cada relación, se aprecia que la mayor parte de la muestra aquí evaluada (68%) presenta puntajes elevados en ambas dimensiones de apego inseguro (ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad) hacia las relaciones cercanas en general, obteniendo puntajes similares ambas dimensiones  $M = 4.88$  (ansiedad) y  $M = 4.66$  (evitación) en un rango de respuesta del 1 al 7. De esta manera se comprueba la tercer hipótesis de investigación. Las altas puntuaciones en orientaciones de apego inseguras, tanto en evitación como ansiedad, brindan soporte empírico a lo referido por Padykula y Conklin (2010) y Flores (2001, 2004), quienes refieren que el consumo de sustancia puede estar asociado a traumas de apego y encontrarse al servicio de la autorregulación del sistema de apego para la adaptabilidad. A su vez, estos datos apoyan lo mencionado en el apartado teórico por Mikulincer y Shaver (2007) con respecto al consumo de sustancias a los fines de la evitación del contacto con el dolor emocional, o de tranquilizar la angustia generada por pensamientos y recuerdos dolorosos.

Estos resultados contrastan con algunos estudios que refieren una preponderancia exclusiva del apego evitativo en personas con trastornos por consumo de sustancias Finzi-Dottan et al., (2003). Pero coincide con las revisiones que señalan una asociación entre trastornos por consumo de sustancias y estilos de apego inseguros en general

(Becoña, Fernández del Río, Calafat, Fernández Hermida, 2014; Fairbairn et al. 2018), y también coincide con aquellas que señalan el estilo evitativo-temeroso como característico de los trastornos por consumo de sustancias (Schindler et al., 2005; Schindler et al., 2009, Schindler & Sack, 2015).

Como se ha mencionado, se observa que la muestra presenta un patrón de apego preponderante (68%) *evitativo-temeroso* con respecto a las relaciones cercanas en general. En la revisión realizada por Schindler et al. (2005), los autores señalaban que la categoría de apego que teóricamente mejor se ajusta a la problemática de las adicciones es la *evasión-temerosa* propuesta por el Modelo de Bartholomew, y mencionaban que no había evidencia empírica exactamente con esa categoría. Esta investigación aporta evidencia al respecto. Según Bartholomew (1990), los sujetos con un apego evitativos-temerosos presentan una historia de rechazo o indisposición psicológica de parte de sus figuras cuidadoras, experimentado necesidades frustradas de apego. Sus experiencias los llevan a concluir que las personas no están disponibles cuando las necesita, y que su *self* (si mismo) no es digno de amor. Ellos desean el contacto y la intimidad social, pero experimentan una desconfianza interpersonal generalizada y temor al rechazo. El resultado es un estrés subjetivo y relaciones sociales perturbadas caracterizadas por una hipersensibilidad a la aprobación social. En ocasiones, para no vivir experiencias de rechazo, activamente evitan situaciones sociales y relaciones íntimas en las cuales se perciben sí mismos como vulnerables. Según la autora, en este proceso ellos socavan la posibilidad de establecer relaciones sociales satisfactorias que podrían colaborar en modificar representaciones tempranas de apego. Schindler & Sack (2015) explican que estos individuos no parecen tener ninguna estrategia de apego para hacer frente a la angustia emocional, por lo que son propensos a sustituir estas estrategias carentes por abuso de sustancias psicotrópicas. A su vez, lo referido podría explicar la baja adherencia que suelen presentar estos pacientes a los tratamientos que no consideran este aspecto, y las dificultades en su vinculación e inclusión social. Al respecto, Schindler *et al.* (2005) explican que las personas temerosas parecen percibir la angustia relacionada con el apego de la manera en que lo hacen las personas preocupadas, pero, a diferencia de ellas, no ven la "búsqueda de cercanía como una opción

viable" (Shaver y Mikulincer, 2002) y no adoptan una estrategia hiperactivadora. Además, a diferencia de los rechazantes, no poseen los mecanismos defensivos de una estrategia de desactivación, y no parecen tener ninguna estrategia de apego para hacer frente a la angustia emocional relacionada con el apego. El uso de sustancias psicoactivas como "automedicación contra la angustia emocional" parece ser una opción viable para estas personas. (Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B., KÜstner, U., & Eckert, J. (2005).

Shaver y Mikulincer diferencian los estilos evitativos, de los temerosos (donde la persona puntúan alto tanto algo en evitación como en ansiedad) refiriendo lo siguiente:

“Mientras que el rechazo (evitación) implica el funcionamiento adecuado de estrategias de desactivación y la inhibición de reconocer las señales relacionadas con la amenaza y las necesidades de apego, la evitación-temerosa puede implicar el colapso de estas estrategias bajo condiciones severamente estresantes. Las personas que evitan con temor al mismo tiempo quieren cercanía a las figuras de apego, pero también se sienten incapaces de confiar en ellas. Esto puede hacer que sus sistemas de apego permanezcan activados mientras que sus estrategias de comportamiento sugieren la desactivación" (Shaver y Mikulincer 2002, p. 154)

Con respecto a las relaciones cercanas de apego con figuras específicas, los estadísticos descriptivos de la muestra expresan que en la relación con el padre y la pareja hubieron subescalas que indicaron apego inseguro (evitativo en el primer caso, y preocupado en el segundo), pero no así en el apego hacia la madre, siendo esta la única figura con la cual indicaron apego seguro en mayor medida. Aunque en este último caso los puntajes de evitación fueron cercanos al límite de resultar elevados, y la comparación por género informó diferencias significativas, en las cuales las mujeres presentaron puntuaciones elevada en ambas dimensiones, evidenciando un apego *temeroso* hacia su madre. Estos resultados coinciden parcialmente con lo referido por Fairbairn et al. (2018), quienes indican que las relaciones de apego inseguras son un predictor significativo del trastornos del uso de sustancias, y que la evaluación de los efectos entre las relaciones de apego cercanas (madre, padre, amigo, pareja) no difieren entre sí en estos casos.

En el plano del funcionamiento familiar, tanto la cohesión como la flexibilidad familiar percibida obtuvieron, en mayor proporción, bajos indicadores. Dando así, un funcionamiento familiar percibido '*extremo*' característico de la muestra, conformado por funcionamientos preponderantemente '*desligados*' en el área de cohesión, y '*rígidos*' en el terreno de la flexibilidad. De esta manera, se acepta la quinta y sexta hipótesis de la presente investigación.

Los resultados descriptivos con respecto al funcionamiento familiar presentaron similares valores obtenidos a los informados por McGaha (1993), y Schmidt (2001), en una familias con un miembro drogodependiente, aunque en su caso utilizaron el método multimiembro de administración de la escala.

El *funcionamiento extremo* da cuenta de un funcionamiento familiar desbalanceado en las dos dimensiones. Estas familias tienen a presentar una amplia gama de relaciones disfuncionales, pobre comunicación y mayor vulnerabilidad al estrés, con gran probabilidad de tener problemas para pasar de fases a lo largo del ciclo vital.

Las familias *desligadas* están caracterizadas por una separación emocional extrema, con escasa implicancia entre los miembros de la familia, mucha separación personal. Cada uno realiza su propia vida. Predomina el tiempo y el espacio individual, siendo los miembros incapaces de brindarse apoyo mutuo. (Leibovich de Figueroa, N. Schmidt, V. y otros, 2010).

En el terreno de la flexibilidad, las familias *rígidas* se caracterizan por un estilo de liderazgo autoritario, donde las negociaciones son limitadas, al igual que la capacidad de modificar la estructura de roles y reglas, y de cambiar para adaptarse a las exigencias internas y externas.

#### **4. Relaciones encontradas entre las variables de la investigación y sus dimensiones.**

A partir de las asociaciones encontradas entre las variables de investigación, pudo comprobarse la primer hipótesis de la investigación. El análisis de datos indicó una asociación entre dificultades en la regulación emocional e inseguridad en el apego en las

relaciones cercanas, tanto para la dimensión evitación en el apego hacia las relaciones cercanas ( $r = .18$ ;  $p < .05$ ), como en la dimensión ansiedad ( $r = .29$ ;  $p < .001$ ). Esto coincide con lo identificado en la investigación de Thorberg, F. & Lyvers, M. (2009). Lo que quiere decir que mayores niveles de evitación de la intimidad por miedo al rechazo y preocupación de no ser queridos se asocia a mayores dificultades para registrar, procesar, expresar y modular las emociones, en sujetos con trastornos por consumo de sustancias. Mikulincer & Shaver (2016) refieren que si bien numerosos estudios encuentran asociaciones entre el apego y la regulación emocional, la mayoría incluyen muestras compuestas por estudiantes universitarios en general, y que resulta necesario más variada evidencia empírica sobre el vínculo entre las variables mencionadas. Esta investigación aporta información al respecto comprobando en una muestra clínica el vínculo entre ellas.

A su vez, las dificultades en la regulación emocional se encontraron asociadas de manera negativa a la cohesión familiar ( $r = -.16$ ;  $p < .05$ ) y de forma positiva a la flexibilidad familiar ( $r = .20$ ;  $p < .001$ ). Esto da cuenta que en la muestra la regulación emocional se encuentra asociada al funcionamiento familiar, e indicaría que menores niveles de cohesión familiar percibida tienen relación con mayores niveles de dificultades en la regulación emocional en sujetos con trastorno por consumo de cocaína, y viceversa. Y que niveles elevados de flexibilidad familiar se relacionan con dificultades en la regulación emocional. Dado que no se encontraron estudios anteriores que vinculen la regulación emocional y el funcionamiento familiar en adultos con trastornos por el uso de sustancias, esta investigación aporta evidencia empírica al respecto, y apoya los resultados de las investigaciones realizadas en población general que han hallado asociaciones entre el contexto familiar y la regulación emocional (Morris et al., 2007).

Cada dimensión de la regulación emocional presentó asociaciones significativas con dos o más relaciones cercanas de apego. Puntualmente el acceso limitado a estrategias de regulación emocional fue la dimensión de la regulación emocional que mayores asociaciones mostró, correlacionando de manera positiva con el apego ansioso en las relaciones cercanas en general ( $r = .27$ ;  $p < .001$ ), evitativo y ansioso con la madre ( $r = .28$ ;  $p < .001$  /  $r = .32$ ;  $p < .001$ ), ansioso con el padre ( $r = .26$ ;  $p < .001$ ) y evitativo y ansioso con

la pareja ( $r = .26; p < .001$  /  $r = .27; p < .001$ ). De esta manera, mayores niveles de evitación de la intimidad y temor al rechazo que conforman una imagen negativa del sí mismo caracterizada por sensaciones de inseguridad, se asocian a mayores niveles de percepción de incapacidad para hacer algo para regular las emociones efectivamente.

La falta de aceptación emocional se asoció de manera fuerte y exclusiva a los dominios del apego ansioso, tanto en las relaciones en general ( $r = .30; p < .001$ ), como así en el vínculo con la madre ( $r = .20; p < .001$ ) y la pareja ( $r = .31; p < .001$ ). Lo que quiere decir, que mayores niveles de una mala imagen de sí mismo y preocupación por no ser queridos, se asocian a mayores niveles de no aceptación de las emociones primarias y sentimiento de emociones negativas secundarias asociadas a estas.

Y la falta de conciencia emocional, por el contrario, se encontró vinculada fuertemente con el apego evitativo en las relaciones cercanas en general ( $r = .24; p < .001$ ). Esto coincide con los postulados teóricos de Bowlby (1969), Ainsworth (1978) y desarrollos posteriores como los de Bartholomew (1991) que indican que desarrollar un apego evitativo implica un distanciamiento del mundo afectivo y evitación de la intimidad en situaciones de malestar emocional.

Las dos dimensiones del funcionamiento familiar (cohesión y flexibilidad) se encontraron asociadas, aunque en direcciones diferentes, con la respuesta emocional (control de impulsos e interferencia emocional en metas) y la capacidad percibida para regular la emoción (acceso limitado a estrategias de regulación), pero no con el aspecto que tiene que ver con el procesamiento de las emociones (conciencia, aceptación y claridad emocional). La cohesión se asoció de manera negativa y la flexibilidad de forma positiva. Dicho en otras palabras, menores niveles de unión emocional entre los miembros del sistema familiar, implican mayores niveles de dificultades en, por ejemplo, comenzar y culminar una tarea que debe realizarse pese a estar disgustado, perder el control de los comportamientos al estar enojado, o no encontrar maneras para sentirse mejor y que ese proceso demore mucho tiempo. Por su parte, a medida que aumenta la flexibilidad familiar también aumenta los niveles de descontrol conductual en momentos de malestar emocional.

Históricamente, los problemas de consumo han estado identificado como *patologías del acto*, debido a dificultades para contenerse que en ciertos momentos evidencian estos pacientes. Resulta ser un problema *externalizante*. En estos datos encontramos algunos posibles fundamentos para la presencia de dichas manifestaciones sintomáticas. En este punto, la familia no solo aporta el autoconocimiento a través del apoyo emocional brindado, sino que también es el contexto inmediato donde se aprenden las respuesta emocionales por modelado de las mismas.

Por otra parte, si bien el análisis de resultados arroja correlaciones significativas entre las dimensiones del funcionamiento familiar y las orientaciones de apego en cada relación, las mismas resultan menos claras de interpretar ya que no se encuentran distribuidas en diferentes dimensiones de apego y objetivos relacionales. A su vez, cuando se calculan las orientaciones globales de apego ansioso y evitativo con la fórmula previa a la actualización del 2014, llama la atención el contraste entre las relaciones y lo definidas que se encuentran las asociaciones. En este caso, el monto de cambio familiar se encuentra muy ligado a la preocupación por que las figuras de apego estén disponibles y cercanas ( $r = .23$ ;  $p < .001$ ), en cambio la sensación de unión afectiva familiar presenta una crecimiento inverso al grado en que la persona evita la intimidad en las relaciones y la toma de contacto con las emociones dolorosas que pueden darse en dichas relaciones cercanas ( $r = -.29$ ;  $p < .001$ ), y viceversa. Esto quiere decir, que la persona tiene mayores posibilidades de registrar, expresar y regular sus emociones, y confiar en los demás para buscar apoyo, en un contexto familiar que tienda a la cohesión. Esta evidencia apoya los estudios que informan sobre el aporte mutuo entre el apego y el contexto familiar (Vetere & Dallos, 2012; Brassard & Johnson, 2016).

## **5. Predicciones entre las asociaciones encontradas**

Una vez encontradas las asociaciones entre las variables, se procedió a investigar el grado de predicción de unas sobre las otras, y así se comprobó la segunda hipótesis de investigación.

El análisis de regresión lineal encontró que el apego ansioso en las relaciones cercanas predice de manera fuerte la falta de aceptación emocional ( $\beta = .43; p < .001$ ), dimensión de las dificultades en la regulación emocional que más alto puntuó en la muestra. Es posible que los modelos operantes internos característicos de los estilos de apego ansioso que desvalorizan el self de la persona, colaboren en no aceptar como legítimas las propias emociones percibidas.

Por otra parte, mediante el análisis de regresión lineal múltiple se incluyeron al resto de las dimensiones. Los resultados reflejaron que el apego ansioso ( $\beta = .27; p < .001$ ) y apego evitativo ( $\beta = .29; p < .001$ ) en las relaciones cercanas en general, y la cohesión ( $\beta = -.17; p < .05$ ) y flexibilidad familiar ( $\beta = .22; p < .01$ ) percibida, predicen a las dificultades en la regulación emocional, siendo la evitación y ansiedad en el apego los principales factores explicativos.

Más precisamente el modelo de regresión fue significativo en cuatro de las seis dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: falta de aceptación emocional, dificultad en el control de los impulsos, interferencia en conductas dirigidas a metas, y acceso limitado a estrategias de regulación, siendo esta última la que fue predicha con mayor fuerza por las dos dimensiones del apego inseguro en las relaciones cercanas en general y las dos dimensiones del funcionamiento familiar percibido.

La predicción de las orientaciones de apego hacia las DERS coincide con lo referido a lo largo de todo el apartado teórico y también con las vinculaciones empíricas que han sido identificadas en otros cuadros clínicos, tales como los trastornos de ansiedad (Esbjörn, Bender, Reinholdt-Dunne, Munck, & Ollendick, 2012), o los trastornos de alimentación (Barth, 2008). Por su parte, es esperable que los factores familiares tales como la cohesión y ansiedad contribuyan en menor medida, ya que no son dimensiones que tengan una vinculación tan estrecha con la regulación emocional como son las orientaciones de apego. No obstante, que estas dimensiones del funcionamiento familiar resulten predictoras de la DERS apoya lo sostenido por Sloman, Atkinson, Milligan & Liotti (2002), quienes afirman que hay una asociación entre cohesión familiar, el sistema de apego, y la regulación emocional.

## 6. Comparaciones según género

Las comparaciones de medias entre grupos informaron diferencias significativas en la regulación emocional en cuanto al género cuando se compara la escala completa, siendo las mujeres quienes tienden a presentar mayores dificultades en la regulación emocional ( $t_{(180)} = 2.08$ ,  $SE = 3.66$ ,  $p < .05$ ). No obstante, cuando la comparación es realizada por dimensiones, no se encuentran diferencias significativas en cinco de ellas, excepto solamente en la subescala ‘acceso limitado a estrategias de regulación emocional’ ( $t_{181} = 3.55$ ,  $SE = .64$ ,  $p < .001$ ), donde las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas. Por su parte, Medrano y Trógolo (2014) no informaron las comparaciones de media según género de la escala DERS completa en la Argentina, sino por dimensiones de la misma. Los autores encontraron diferencias significativas solo en la subescala ‘falta de claridad emocional’, siendo las mujeres quienes presentaron puntuaciones más elevadas, aunque con un tamaño del efecto de la diferencia bajo. Hervás y Jódar (2008) en su adaptación de la DERS al castellano realizada en España, no encontraron diferencias significativas en ninguna de las subescalas según género, lo que coincide con otros antecedentes investigativos (Gratz & Romer, 2004). En estos dos casos, las comparaciones de género fueron realizadas luego de aplicar las escalas en población general.

Por otra parte, no se encontraron diferencias según género entre las orientaciones de apego ansioso y evitativo en las relaciones cercanas en general, aunque las mujeres presentaron puntajes significativamente más elevados en apego ansioso y evitativo con la madre, apego ansioso con el padre, y evitativo hacia la pareja. Estos resultados difieren con el estudio original de Fraley et al., (2011), el cual informó algunas diferencias entre hombres y mujeres en diferentes subescalas, siendo los hombres quienes mostraron una tendencia a mayor evitación y menor ansiedad. Pero coincide con lo referido por Smictht (2003) quien en un estudio a través de 62 contextos culturales occidentales, identificó que los hombres no fueron significativamente más evitativos que las mujeres.

Es importante mencionar que tanto el trabajo de Fraley et. al (2011), como la adaptación de la escala ECR-RS en Argentina de Paolicchi et al. (2014), las muestras estuvieron conformadas aproximadamente por un 80% mujeres, y en población general. En

cambio, en esta investigación la proporción se invierte, y a su vez es una muestra clínica. En la adaptación a la argentina del ECR-RS no se informan si hubieron o no diferencias entre hombres y mujeres. No se encontraron otros estudios con una muestra de pacientes adultos con trastornos por consumo de sustancias medidos con la ECR-RS de para realizar otras comparaciones en este aspecto.

En cuanto al funcionamiento familiar, en la presente investigación se encontraron diferencias según género en la dimensión cohesión, siendo las mujeres quienes indicaron menores niveles de cohesión familiar percibida ( $t_{179} = 2.29, SE = 1.69, p < .05$ ). No se encontraron diferencias en la dimensión flexibilidad familiar. Estos resultados difieren de lo expuesto por Minichiello, Maglio & Schmidt (2010) quienes indican que en nuestro medio no se han hallado diferencias según género ni en jóvenes ni en adultos en cuanto al funcionamiento familiar percibido.

En función de los resultados obtenidos, se acepta parcialmente la séptima hipótesis de investigación, ya que en la mayoría de las dimensiones no se encontraron diferencia según género, pero sí las mujeres mostraron niveles significativamente mayores en algunas de ellas, como ha sido explicado. Resulta necesario resaltar que la diferencias halladas entre géneros deben ser tomadas con precaución, ya que los tamaños de los grupos difieren considerablemente (143 hombres y 40 mujeres).

## **7. Comparaciones según estudios cursados, ocupación y edades.**

En contraste con lo que se esperaba, no se encontraron grandes diferencias en las dificultades en la regulación emocional, orientaciones de apego en las relaciones cercanas y edades, según estudios cursados, ocupación o edades agrupadas.

Simplemente se encontraron diferencias en la dimensión ‘falta de aceptación emocional’, a favor de quienes solo habían cursado estudios primarios, ya que presentaron puntajes significativamente más elevados que aquellos que habían completado sus estudios secundarios ( $p < .05$ ). Y también se encontraron diferencias en el apego evitativo hacia la madre y ansioso hacia la pareja, siendo las amas de casa quienes obtuvieron puntajes más significativamente mayores.

En base a estos resultados, no se acepta la octava y última hipótesis de investigación. Los datos hallados informan que las dificultades en la regulación emocional, la inseguridad en el apego y el funcionamiento familiar que se dan en los cuadros de trastornos por consumo de sustancias no presentan diferencias significativas en función de los estudios alcanzados, ni de las ocupaciones o edades en sujetos adultos.

Para concluir, los resultados de este estudio sugieren que los estilos de apego y el funcionamiento familiar contribuyen al desarrollo de la regulación emocional. A su vez, indican que la presencia de inseguridades en los estilos de apego y la disfuncionalidad familiar predicen las dificultades en la regulación emocional, específicamente a las búsqueda de estrategias para regular las emociones, las interferencia dirigida a metas, las dificultades en el control de los impulsos y la falta de aceptación emocional, en pacientes con trastornos por el uso de sustancias. De esta manera, estas tres variables resultan factores importantes para el desarrollo, sostenimiento o mejoría de la problemática.

## **8. Limitaciones y posibles transferencias de resultados**

Más allá de haber podido verificar la mayoría de las hipótesis propuestas en este trabajo, el estudio presenta algunas limitaciones que se espera sean superadas por futuras investigaciones.

El tipo de muestreo que se utilizó fue elegido debido a la posibilidad de contar con el número de sujetos sugeridos para poder probar las hipótesis de acuerdo a las técnicas estadísticas utilizadas. Pero el muestreo no probabilístico e incidental (Hernández Sampieri et. al, 2014) conformado en el presente estudio no permite la extrapolación de los resultados exhibidos a la totalidad de la población con trastornos por consumo de sustancias, ya que no se ha cumplido la premisa de aleatoriedad en la selección de la muestra. A su vez, la homogeneidad de la muestra aquí compuesta proporciona información muy útil de un sector sociodemográfico escasamente estudiado en estos cuadros, pero limita el traslado de resultados a sujetos con distintas características ambientales.

Por otro lado, si bien se han encontrado asociaciones entre las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional, las orientaciones de apego, y el funcionamiento familiar, y se han identificado ciertos coeficientes de predicción entre ellas, el trabajo no experimental llevado a cabo no permite aseverar con total certeza los factores causales, aspecto que resulta posible a partir de estudios experimentales. Futuros trabajos deberían avanzar en esta línea, y profundizar en interrogantes que surgieron a partir de los resultados obtenidos, tales como diferencias en las orientaciones de apego o dimensiones de la DERS cuando la demanda de tratamiento sea por sustancias diferentes a la cocaína (alcohol, marihuana, pastillas, etc); o comparativas de los resultados entre consumo problemático de sustancias y conductas adictivas (internet, sexo, compras, juego patológico, etc).

A pesar de estas limitaciones, se considera que el haber obtenido información empírica que asocie las dificultades en la regulación emocional no solo al apego inseguro, como ya ha sido identificado (Mikulincer & Shaver, 2016), sino también al funcionamiento familiar, posibilita una línea de investigación más abarcativa e integrativa, tanto para los estudios en población general, como las investigaciones con muestras clínicas como es en este caso. Lo cual se sitúa en consonancia con lo postulado por Johnson (2009), Johnson & Brassard (2016), Vetere & Dallos (2012), y Thomson (2014). En palabras de este último, la sociabilización de la regulación emocional involucra procesos familiares que influyen en el crecimiento de la reactividad emocional y las demandas que esto impone al autocontrol emocional. La familia contribuye como reguladores externos en los procesos *bottom-up* (desde el sistema límbico hacia la corteza prefrontal) de regulación emocional de cada sujeto.

Con respecto a lo mencionado, los bajos indicadores de cohesión familiar percibidos en el grupo evaluado, muestran que el escaso sentido de ligazón afectiva con la familia es un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de consumo de sustancias. De esta manera, incorporar la familia en los planes preventivos y asistenciales emerge como un factor protector y terapéutico en los problemas de consumo, planes que podrían dirigirse a estimular la sensación de unión y pertenencia en los grupos nutricios en los cuales se desarrollan y conviven las personas.

Por su parte, los bajos niveles de flexibilidad familiar percibidos, refieren que el escaso monto de cambio, el autoritarismo, y las limitadas aptitudes que colaboran en la adaptabilidad frente a nuevas situaciones o demandas propias del ciclo vital, resultan también un factor de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de trastornos por consumo de sustancias. Utilizando esta información, el trabajo terapéutico que apunte a la modificación de las estructuras rígidas familiares y mayor flexibilidad en las reglas podrían ayudar a que el sistema familiar desarrolle capacidades que le permitan enfrentar y superar los acontecimientos estresantes propios de la vida. No obstante, la flexibilidad no debería llegar a niveles sumamente altos, ya que como señala Schmidt (2001), elevados índices de flexibilidad se asociaron a mayores probabilidades de recaída en sujetos drogodependientes.

De manera similar a lo que sucede con el funcionamiento familiar, los altos índices de inseguridad en el apego hacia las relaciones cercanas que dió cuenta la muestra, evidenciaron dificultades para apoyarse, confiar y sentirse queridos por las personas cercanas en general. En base a esta información, se puede pensar que el apoyo emocional relacional por parte de las personas próximas a los sujetos con trastornos por consumo de sustancias podría colaborar en disminuir el uso de sustancias como una estrategia de regulación emocional en sujetos adultos. Futuras investigaciones experimentales podrían comprobar esto, evaluando la incorporación preventiva o terapéutica de pautas específicas de apoyo emocional relacional que abarquen las dimensiones que propone la regulación emocional (Thompson, 1994; Gratz, 2004) como factores causales que disminuyan el consumo problemático de sustancias.

La adherencia al tratamiento es uno de los factores más desafiantes en la clínica con pacientes con trastornos del uso de sustancias. Gran parte de estas dificultades han sido depositadas en los pacientes, sin realizar una revisión crítica por parte de los profesionales del servicio ofrecido. Los resultados de esta investigación evidenciaron en el grupo mayoritario una gran desconfianza por el establecimiento de relaciones íntimas, de esta manera no es de extrañar una baja adherencia al tratamiento, fundamentalmente en espacios que no brinden una “base segura” para el desarrollo de relaciones terapéuticas de confianza.

Es esperable, que aquellos profesionales que se encuentren atentos, disponibles, y brinden apoyo emocional en las primeras entrevistas, tengan mejores resultados en la adherencia al tratamiento con pacientes con TUS. Lo mencionado podrá ser corroborado en futuras investigaciones, siguiendo la línea de investigadores como Marlatt y Donovan (2005), quienes han comprobado esto en prevención de recaídas, aplicando el mindfulness, osea la aceptación del estado emocional, expresando resultados positivos en sus estudios.

Debido a las dificultades encontradas en la muestra con respecto a la regulación emocional, fundamentalmente en la falta de aceptación emocional, se aprecian datos que apoyan un foco de abordaje preventivo y clínico que favorezca el admitir como legítimas las propias emociones sentidas por la persona, dado que el no consentir que se puede experimentar enojos, miedos o tristezas, parece asociarse al consumo de sustancias con una finalidad reguladora de las emociones.

A su vez, dado que falta de aceptación emocional es la dimensión de la DERS que más alto puntuó en la muestra, y que se encontraron diferencias significativas en dicha dimensión a favor de aquellos que sólo cursaron estudios primarios, se puede hipotetizar que favorecer la inclusión académica y social más allá de la infancia puede servir de factor de preventivo en los trastornos por consumo de sustancias.

Las asociaciones encontradas entre una menor cohesión familiar y mayores dificultades en la regulación emocional, aportan evidencia que sugiere que el estimular la interconexión, y el sentido de pertenencia, entre los miembros del sistema familiar, podría colaborar en el desarrollo de una regulación emocional saludable en sujetos con trastornos por consumo de sustancias. A su vez, las expresiones de afecto necesarias para que los componentes de un sistema humano proporcionen nutrición relacional, tienen una base emocional, además de los componentes cognitivos y pragmáticos (Linares, 2012). Con lo cual, desarrollar habilidades en la regulación y apoyo emocional permitiría mayor fluidez en el componente afectivo que facilita la unión entre los integrantes de la familia.

A partir de los resultados obtenidos, el consumo de sustancia aparece como una solución intentada fracasada (Ceberio, 2017) de la propia regulación emocional y del establecimiento de relaciones íntimas saludables. Mecanismo que se perpetúa de manera

ineficaz a través la aplicación de la misma fórmula, agudizando cada vez más el problema, en lugar de resolverlo. Es esperable que, tal como sugiere Ceberio (2008), en base a una revisión de estas pautas en el espacio terapéutico, sea posible la modificación de esta estrategia y también sea factible estimular el apoyo en tutores de resiliencia, en lugar de recurrir a las sustancias frente a situaciones de malestar emocional. Tutores de resiliencia que pueden encontrarse en contextos diversos, más allá del sistema familiar: entrenadores, profesores, terapeutas, vecinos, etc. Aspecto que podrá ser comprobado en futuras investigaciones.

El autor de la presente investigación considera que, más allá de que las tres variables aquí evaluadas resultan claves en la comprensión de este cuadro clínico, y dan fundamento a programas de prevención y tratamiento, como así lo indican los resultados obtenidos, probablemente los motivos de sufrimiento de los sujetos de la muestra y el uso de sustancias asociado a este, vayan más allá de lo aquí examinado, ya que el grupo presenta diversos condicionantes ambientales que pueden ser una fuente potencial de malestar psicológico, tal como: la pobreza estructural, la marginación social, el hambre, etc. En un punto, resulta admirable que personas que viven en tales condiciones continúen de pie.

Frente a lo cual, para generar un cambio social sustancial en sectores vulnerables de la población que presenten esta problemática, resulta conveniente un enfoque de *articulación interministerial* (desarrollo, salud, educación, deporte, cultura, etc.) con una *mirada multisistémica* (individuo, pareja, familia, familia extensa, red social amplia, barrio, etc.), *dimensional* (los trastornos por consumo de sustancias se distribuyen en un gradiente de menor a mayor gravedad y urgencia, por lo cual se requieren distintas estrategias en cada fase del problema), *compleja* (las sustancias, a la vez que pueden resolver algo a nivel de sensaciones en una persona, también pueden generar problemas en diversas áreas de su vida, y viceversa), y *ecológica* (nuestros procesos sociales son parte e influyen a los procesos naturales propios del ecosistema en el que vivimos) que incluya los aspectos *bio-psico-social* de todos los individuos de un sistema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. Blehar, M. Waters, E & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation*. Eribaum.
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. Routledge.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333.
- Aldao, A. Nolen-Hoeksema, & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- American Society of Addiction Medicine. (2011). *Public policy statement: Definition of addiction*. <https://www.asam.org/Quality-Science/definition-of-addiction>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Author.
- Antúnez, J. M. (2019). *Consumo de sustancias y su relación con metacogniciones, estrategias de regulación emocional y asertividad*. Departamento de Personalidad,

Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga.

- Andersson, P., & Eisemann, M. (2004). Parental rearing and substance related disorders—a multi-factorial controlled study in a Swedish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(6), 392-400.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, *37*(1), 37-42.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, *111*(1), 33.
- Bakermans-Kranenburg, M. van IJzendoorn, M. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, *11*:3, 223-263.
- Barth, F. D. (2008). Hidden eating disorders: Attachment and affect regulation in the therapeutic relationship. *Clinical Social Work Journal*, *36*(4), 355-365.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment. En *Attachment theory and close relationships* (pp. 25–45). The Guilford Press.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal relationships*, *7*(2), 147-178.

- Bateson, Gregory (1972). *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. University Of Chicago Press.
- Bateson, G. (1971). The cybernetics of “self”: A theory of alcoholism. *Psychiatry*, 34(1), 1-18.
- Beavers, W. R., Hampson, R. B. (1995). *Familias exitosas. Evaluación, tratamiento e intervención*. Paidós.
- Brassard, A., & Johnson, S. (2016). Couple and Family Therapy: An Attachment Perspective. En *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. (3.<sup>a</sup> ed., pp. 805–823). The Guilford Press.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Berking, M., & Whitley, B. (2013). Affect regulation training. *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 350-392). The Guilford Press.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. I . Attachment*. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998). *El Apego. Vol. I. de la trilogía El apego y la Pérdida*. Paidós Ibérica.
- Bowlby, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol. II. Separation*. Londres: The Hogarth Press. Versión cast. (1998) *La separación. Vol. II de la trilogía El Apego y la Pérdida*. Paidós.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 50(1-2), 3-35.
- Cancrini, L., Cingolani, S., Constantini, D. y Mazzoni, S. (1988). Juvenile Drug Addiction: A typology of heroin addicts and their families. *Family Process*, 27(3), 261-271.
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 32.
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. First edition. The Guilford Press.
- Cassidy, J., & Shaver, P.R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Second edition. Guilford Press.
- Cassidy, J. y Shaver, P. R. (2016). *Handbook of attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. Third Edition. The Guilford Press.
- Casullo, M. M. & Liporace, M. F (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones*, 12, 183-192.
- Catanzaro, S. & Mearns, J. (1990) Measuring Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation: Initial Scale Development and Implications. *Journal of Personality Assessment*, 54: 3-4, 546-563.
- Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2019). Difficulties with emotion regulation, mindfulness, and substance use disorder severity: the mediating role of

self-regulation of attention and acceptance attitudes. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 45(1), 97-107.

Ceberio, M. R. Watzlawick P. (1998) *La construcción del universo. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder.

Ceberio, M. R. (2008). Resiliencia: También los superhéroes buscan reconocimiento. *Ciencias Psicológicas*, 2 (1), 65-75.

Ceberio, M. R. (2013). *El cielo puede esperar. La cuarta 4ta edad: ser anciano en el siglo XXI*. Morata.

Ceberio, M. R. (2014). Prólogo a la sexta edición. En *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. (6.ª ed., pp. 9–21). Morata.

Ceberio, M. R. (2016). Terapia sistémica latinoamericana: ¿ Es solamente una ilusión?/Latin american systemic therapy: is it only an illusion?. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 2(2), 99-108.

Ceberio, M. R. (2017). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista REDES*, (35), 99-116.

Cía, A. H. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4), 210-217.

Cirillo, S., Berrini, R., Cambiasi, G., Mazza, R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*. Cortina.

- Cócola, F. (2017). Integrando la Teoría del Apego al Modelo Sistémico, Cibernético y Constructivista. *Revista REDES*, (35), 11-20.
- Cócola, F. (2018). Funcionamiento familiar y abordaje terapéutico de los trastornos por el uso de sustancias: una revisión de la literatura sistémica. *Revista REDES*, (38), 47-64.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships, Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (p. 53–90). Jessica Kingsley Publishers.
- Cook, W. L. (2000). Understanding attachment security in family context. *Journal of personality and social psychology*, 78(2), 285.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of personality and social psychology*, 74(5), 1380.
- Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(4), 355.
- Crowell, J. A., Fraley, C. R., & Roisman, G. I. (2016). Measurement of Individual Differences in Adult Attachment. En *Handbook of attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. (3.<sup>a</sup> ed., pp. 598–626). The Guilford Press.
- Dilworth-Anderson, P., Burton, L. M., & Klein, D. M. (2004). Contemporary and emerging theories in studying families. In: V. Bengston, A. Acock, D. Klein, K. Allen, P.

- Dilworth-Anderson (Eds), *Sourcebook of family theory and research* (pp. 35-58). Sage.
- Di Pierro, R., Benzi, I. M. A., & Madeddu, F. (2015). Difficulties in emotion regulation among inpatients with substance use disorders: The mediating effect of mature defenses mechanisms. *Clinical neuropsychiatry*, *12*(4), 83-89.
- Doherty, W. J., & Colangelo, N. (1984). The family FIRO model: A modest proposal for organizing family treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, *10*(1), 19-29.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C., & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 718-739.
- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: Sharpening the definition. *Child development*, *75*(2), 334-339.
- ENPreCoSP, 2011. Tercera encuesta nacional de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Ministerios de Salud de la Nación Argentina. [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2013\\_informe-completo.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-3ra-encuesta-nacional-factores-riesgo_2013_informe-completo.pdf)
- Esbjørn, B. H., Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Munck, L. A., & Ollendick, T. H. (2012). The development of anxiety disorders: Considering the contributions of attachment and emotion regulation. *Clinical child and family psychology review*, *15*(2), 129-143.
- Espinoza Chaparro, C. P., González Pavez, R. A., & Spencer Contreras, R. E. (2013). *Relación entre apego adulto y apoyo social percibido en adultos con consumo*

*problemático de sustancias de la región del Maule*. Tesis Doctoral. Universidad de Talca (Chile). Facultad de Psicología.

Epstein, N. B.; Baldwin, L. M. y Bishop D. S. (1983). The McMaster Model of Family Functioning: a view of the normal family, en Walsh, F. *Normal family processes*. The Guilford Press.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180.

Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological bulletin*, 144(5), 532.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435-456.

Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos adictivos*, 14(1), 27-33.

Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance use & misuse*, 38(2), 271-292.

- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2015). Attachment, a matter of substance: The potential of attachment theory in the treatment of addictions. *Clinical Social Work Journal, 43*(1), 109-117.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 51*(1: Special issue), 63-81.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Jason Aronson.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence, 89*(2-3), 298-301.
- Fraley, R. C., & Waller, N. G. (1998). Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 77–114). The Guilford Press.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology, 4*, 132-154.
- Fraley, R. C. (2002). Introduction to the special issue: The psychodynamics of adult attachments-Bridging the gap between disparate research traditions. *Attachment & Human Development, 4*(2), 131-132.
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*, 123-151.

- Fraley, R. C., & Brumbaugh, C. C. (2004). A dynamical systems approach to understanding stability and change in attachment security. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment : Theory, research, and clinical implications* (pp. 86-132). The Guilford Press
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality theory and research. In *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 518-541. The Guilford Press.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, 23, 615-625.
- Fraley, R. C., Vicary, A. M., Brumbaugh, C. C., & Roisman, G. I. (2011). Patterns of stability in adult attachment: An empirical test of two models of continuity and change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101, 974-992.
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109(2), 354-368.
- Fraley, R. C., & Shaver, P.R. (2016). Attachment, loss, and grief: Bowlby's views, new developments, and current controversies In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd Edition)(pp. 40-62). The Guilford Press.

- Fraley (2018). *A Brief Overview of Adult Attachment Theory and Research*. [online] Labs.psychology.illinois.edu.  
<http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/attachment.htm>
- Friedmann, M. S., McDERMUT, W. H., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1997). Family functioning and mental illness: A comparison of psychiatric and nonclinical families. *Family Process*, 36(4), 357-367.
- Foddy, B., & Savulescu, J. (2010). A liberal account of addiction. *Philosophy, psychiatry, & psychology: PPP*, 17(1), 1.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and alcohol dependence*, 89(2-3), 298-301.
- Fox, H. C., Hong, K. A., & Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive behaviors*, 33(2), 388-394.
- Gaudin Jr, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 363-377.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults. *Unpublished manuscript*, University of California, Berkeley.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). Adult attachment interview. *Unpublished manuscript*, Department of Psychology, University of California, Berkeley (third edition).
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., ... & Siever, L. J. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, *57*, 108-116.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41-54.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(4), 850–855.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive therapy and research*, *34*(6), 544-553.
- Griffiths, M. D. (2002). *Gambling and gaming addictions in adolescence*. Leicester: British Psychological Society/ Blackwell.
- Griffiths, M. D., & Larkin, M. (2004). Conceptualizing addiction: The case for a ‘complex systems’ account. *Addiction Research and Theory*, *12*, 99-102.

- Griffiths, M. D. (2005) A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework, *Journal of Substance Use*, 10:4, 191-197.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent -and response- focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271.
- Gross, J. J. & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking Stock and Moving Forward. *Emotion*. 13(3), 359-365.
- Gross, J. J. (2014a). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.) (pp. 3–20). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (Ed.). (2014b). *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Guibert Reyes, W., & Torres Miranda, N. (2001). Intento suicida y funcionamiento familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(5), 452-460.

- Guzmán, C. Medina, C. (2007). Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): Propiedades Psicométricas de su Versión en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 261-274.
- Haley, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. McGraw-Hill.
- Hallion, L. S., Steinman, S. A., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2018). Psychometric properties of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) and its short forms in adults with emotional disorders. *Frontiers in psychology*, 9, 539.
- Harbin, H. y Maziar, Howard. (1975). The Families of Drug Abusers: A Literature Review. *Family Process*. 14:411-431.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987) Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.
- Hernández Sampieri, R. Collado, C. F. y Lucio, P. B (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta edición). McGraw Hill
- Hervás, G. Jordar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clinica y Salud*. 19(2), 139-156.
- Hesse, E. y Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48:1097-1127
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29–43.

- Inter-American Drug Abuse Control Commission (CICAD) & Organization of American States (OAS). (2019). *Report on Drug Use in the Americas 2019*, Washington, D.C. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Report%20on%20Drug%20Use%20in%20the%20Americas%202019.pdf>
- John, O. P. and Gross, J. J. (2004), Healthy and Unhealthy Emotion Regulation: Personality Processes, Individual Differences, and Life Span Development. *Journal of Personality*, 72: 1301–1334.
- Johnson, S. M. (2009). Attachment Theory and Emotionally Focused Therapy for individuals and couples: Perfect Partners. En *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 410–433). The Guilford Press.
- Kaufman, E. & Kaufman, P. (1979). *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Gardner Press.
- Kaufman, E. & Borders, L. (1984). Adolescent substance abuse in Anglo-American families. *Journal of Drug Issues*, 2, 365-377.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J. Psychiatry*, 142(11): 1259-64.
- Khantzian, E. J. (1990). Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences. Recent developments in alcoholism: an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the *Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism*, 8, 255-271.
- Khantzian, E. J. (1997). The self medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244

- Khantzian, E. J. (2011). Fine-tuning on painful affect and relapse: A group vignette. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 6 (3), 264–271.
- Kinkead, B. Garrido, L. Uribe, N. 2011 Modalidades evaluativas en la Regulación Emocional: Aproximaciones Actuales. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 29-39.
- Kreis, M. K., Gillings, K., Svanberg, J., & Schwannauer, M. (2016). Relational pathways to substance misuse and drug-related offending in women: The role of trauma, insecure attachment, and shame. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15(1), 35-47.
- Kober, H. & Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. *Handbook of emotion regulation*, 2, 428-46.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to emotions. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1-22.
- Leibovich de Figueroa N. B, Schmidt V. I, y otros. (2010). *Ecoevaluación Psicológica del contexto familiar. Aspectos teóricos y empíricos*. Guadalupe
- Liepman, M. R., Nirenberg, T. D., Doolittle, R. H., Begin, A. M., Broffman, T. E., & Babich, M. E. (1989). Family functioning of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *Family Process*, 28(2), 239-249.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós Terapia Familiar.

- Linares, J. L. (1997). Modelo Sistémico y familia multiproblemática. En Coletti, M. Linares, J. L. (comp.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 23-43). Paidós Terapia Familiar.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Herder.
- McKAY, J. R., Murphy, R. T., Rivinus, T. R., & Maisto, S. A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 967-972.
- Maglio, A. L. (2009). *La familia de pacientes con trastornos alimentarios: Comparación entre sus miembros en función de la cohesión, la adaptabilidad y la cohesión familiar*. Tesis Doctoral. Universidad de Buenos Aires, U.B.A
- Marín Navarrete, Rodrigo, & Szerman, Néstor. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental*, 38(6), 395-396.
- Martínez, C. Santelices, M. (2005). Evaluación del Apego Adulto: Una revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191.
- Marceau, E. M., Kelly, P. J., & Solowij, N. (2018). The relationship between executive functions and emotion regulation in females attending therapeutic community treatment for substance use disorder. *Drug and alcohol dependence*, 182, 58-66.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford press.

- McGaha, J. E. (1993). Alcoholism and the chemically dependent family: A study of adult felons on probation. *Journal of offender rehabilitation, 19*(3-4), 57-69.
- Medrano, L. A. & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica, 13*(4), 1345-1356.
- Medrano LA, Trógolo M (2016) Construct Validity of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: Further Evidence Using Confirmatory Factor Analytic Approach. *Abnormal Behavioural Psychology, 2*(2), 1-7.
- Mesman, J., van Ijzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-Cultural Patterns of Attachment. Universal and contextual dimensions . En *Handbook of Attachment : Theory, Research, and Clinical Applications* (3.<sup>a</sup> ed., pp. 852–871). The Guilford Press.
- Mijalković, S., Goldner-Vukov, M., & Erić-Marinković, J. (1994). The influence of life events on adaptability and cohesion in drug addict families. *Psihijatrija danas, 26*(1), 23-23.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in experimental social psychology, 35*, 56-152.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.

- Miller, I. W., Kabacoff, R. I., Keitner, G. I., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1986). Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 302-312.
- Minichiello, C., Maglio, A. L., Molina, M. F., & Schmidt, V. (2010). Los enfoques psicológicos en el estudio de la familia. En *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar* (pp. 33–46). Guadalupe.
- Minichiello, C., Maglio, A. L., & Schmidt, V. (2010). Aplicaciones de FACES III. Su uso en nuestro medio. En *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar*(pp. 141–146). Guadalupe.
- Minuchin, S. (1985). *Caleidoscopio familiar: imágenes de violencia y curación*. Paidós.
- Minuchin, S. (1992). *Familia y terapia familiar* (4ta ed.) Gedisa.
- Minuchin, S. Wai-Young Lee/ George M. Simon (1998). *El arte de la terapia familiar*. Paidós Terapia Familiar.
- Morin, Edgar (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. (Trad. del fr. por Marcelo Pakman). Gedisa
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- Obegi, J. H., & Berant, E. (2009). *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. The Guilford Press.

- Olson, D. H., Bell, R. Q., & Portner, J. (1978). *FACES: Family Adaptability and Cohesion evaluation Scales*. St. Paul: Family Social Science, University of Minnesota.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russell, C. R (1979). Circumplex Model of marital and family systems. I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.
- Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). *FACES II*. St. Paul: University of Minnesota.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *Family Cohesion and Adaptability Scale Manual (FACES III Manual)*. Life Innovation.
- Olson, D. H., Tiesel, J. W., Gorall, D. M., & Fitterer, C. (1996). Family Assessment Package. *Unpublished Manuscript*. University of Minnesota.
- Olson, D. H. (1986). Circumplex model VII: validation studies and FACES III, *Family Process Journal*, 25, 337-351.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*, 22(2), 144-167.
- Olson, D. H., & Gorall, D. (2003). Circumplex model of marital and family system. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (3er. ed. pp. 514-547). The Guilford Press.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación Internacional de Enfermedades. Criterios diagnósticos de investigación. 10.a Revisión*. Meditor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las*

*medidas más costoeficaces en América Latina.* Washington, D.C. OPS.  
[http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50833/9789275320662\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/50833/9789275320662_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Paolicchi, G. Kohan Cortada, A. Colombres, R. Pennella, M. Á. Nuñez, A. M. Olivera, C. & Sorgen, E. (2014). El Apego en Adultos: Estudio de una escala para evaluarlo. *Anuario de Investigaciones*, 21, 355-362.

Phillips, M. R., West, C. L., SHEN, Q., & ZHENG, Y. (1998). Comparison of schizophrenic patients' families and normal families in China, using Chinese versions of FACES-II and the family environment scales. *Family process*, 37(1), 95-106.

Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of general psychology*, 4(2), 155-175.

Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2011). *Encuesta nacional sobre prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas*. Pág. 2.

Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2014). *Información básica en salud mental y adicciones infante juvenil*. Pág. 11

Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría del Gobierno de Salud. (2018) *Análisis de la situación de salud de la república*  
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001392cnt-Anlisis%20de%>

20situacin%20de%20salud%20-%20Repblica%20Argentina%20-%20ASIS%202018.pdf

Presidencia de la Nación Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Secretaría del Gobierno de Salud. (2018). *4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*.  
[http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04\\_4ta-en-cuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001444cnt-2019-04_4ta-en-cuesta-nacional-factores-riesgo.pdf)

Price, C. J., & Herting, J. R. (2013). Changes in post traumatic stress symptoms among women in substance use disorder treatment: the mediating role of bodily dissociation and emotion regulation. *Substance abuse: research and treatment, 7*, SART-S12426.

Riggs, S. A., Sahl, G., Greenwald, E., Atkison, H., Paulson, A., & Ross, C. A. (2007). Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors. *Violence and Victims, 22*(5), 577-600.

Ruiz, E. Salazar, I. Caballo, V. (2012). Inteligencia emocional, regulación emocional y estilos/trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual, 20*, 281-304.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. F. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125–154). American Psychological Association.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., KÜstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a

study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7(3), 207-228.

Schmidt, V. (2001). El uso de la Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar, 3º versión (FACES III) en Familias de Drogadependientes. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 8(1), 616-627.

Schmidt, V. (2002). *Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar, 3º versión (FACES III) y su uso en nuestro medio*. Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología, U.B.A.

Schmidt, V. (2003). *Estrés percibido y afrontamiento familiar en familias de drogodependientes*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, U.B.A.

Schmidt, V., Barreyro, J. P., & Maglio, A. L. (2010). Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores?. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(2), 30-36.

Schmidt, V. (2001). Recursos para el afrontamiento de eventos vitales estresantes en Familias de Drogodependientes. *RIDEP*, 11(1), 75-92.

Schmidt, V. (2010). La evaluación psicológica del contexto familiar. Procesos, niveles y perspectivas de evaluación. En *Ecoevaluación psicológica del contexto familiar* (pp. 97–102). Guadalupe.

Schmitt, D. P. (2003). Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions. *Personal Relationships*, 10(3), 307-331.

- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., KÜstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7(3), 207-228.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P. M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & human development*, 11(3), 307-330.
- Schindler, A., & Sack, P. M. (2015). Exploring attachment patterns in patients with comorbid borderline personality and substance use disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(11), 820-826.
- Şenormancı, Ö., Şenormancı, G., Güçlü, O., & Konkan, R. (2014). Attachment and family functioning in patients with internet addiction. *General hospital psychiatry*, 36(2), 203-207.
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2002a). Attachment-related psychodynamics. *Attachment and Human Development*, 4, 133–161
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2009). An Overview of adult attachment theory. En *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (pp. 17–40). The Guilford Press.
- Shaver, P. & Fraley, R. C., (2010). Self-report measures of adult attachment.  
<https://www.internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/measures.html>

- Skinner, H., Steinhauer, P., & Sitarenios, G. (2000). Family Assessment Measure (FAM) and process model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 190-210.
- Simpson, J. A., Collins, W. A., Tran, S., & Haydon, K. C. (2007). Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationships: A developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(2), 355–367.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR). (2016). *Mortalidad asociada al consumo de sustancias psicoactivas Argentina 2016*.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) (2016). *Informe estadístico y geográfico sobre los dispositivos de prevención y asistencia de la SEDRONAR y otros organismos públicos y privados. Provincia de Mendoza*. Observatorio Argentino de Drogas.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) (2017). *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas*.
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) (2018). *Boletín estadístico del perfil de pacientes asistidos, transferencias por subsidios a tratamiento y línea de atención 141. II trimestre de 2018*.
- Sloman, L., Atkinson, L., Milligan, K., & Liotti, G. (2002). Attachment, social rank, and affect regulation: Speculations on an ethological approach to family interaction. *Family process*, 41(3), 313-327.

- Sluzki, C. E. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa
- Sperling, M. & Berman, W. (1991). *An attachment classification of desperate love*. *Journal of Personality Assessment*, 56(1), 45-55.
- Sroufe, A. L., Egeland, B., Carlson, A. E., Collins, A. W. (2005). *The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood*. The Guilford Press
- Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental review: DR*, 30(1), 36–51.
- Staccini, L., Tomba, E., Grandi, S., & Keitner, G. I. (2014). The Evaluation of Family Functioning by the Family Assessment Device: A Systematic Review of Studies in Adult Clinical Populations. *Family Process*, 54(1), 94–115.
- Stovall-McClough, K. C., & Dozier, M. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 715-738.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 8(10): 4025–4038.
- Sümer, N. Oruçlular, Y. & Çapar, T. (2015). Attachment and Addiction: Theoretical Framework and Literature Review. *Bağımlılık Dergisi - Journal of Dependence*. 16(4): 192-209.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), 25–52.
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion regulation and emotion regulation in the family. In *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 173–186). The Guilford Press.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 464-478.
- Tianqiang Hu, Dajun Zhang, Jinliang Wang, Ritesh Mistry, Guangming Ran, Xinqiang Wang (2014). Relation between Emotion Regulation and Mental Health: A Meta-Analysis Review. *Psychological Reports*. 114(2), 341 - 362.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and psychopathology*, 11(2), 225-250.
- Vanegas Jácome, A. I. (2017). *Estilos de apego en pacientes institucionalizados adictos a sustancias* (Tesis de Licenciatura, Universidad del Azuay).
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review*, 24(2), 93-109.
- Vetere, Arlene. Dallos, Rulli. (2009) *Systemic Therapy and Attachment Narratives*. Routledge. Versión cast. (2012) *Apego y Terapia Narrativa. Un modelo integrador*. Morata

- Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., Chou, C. P., Pokhrel, P., Duan, L., Baezconde-Garbanati, L., Soto, D. W., & Unger, J. B. (2010). Associations between family structure, family functioning, and substance use among Hispanic/Latino adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors, 24*(1), 98.
- Walsh, F. (1994). Healthy Family Functioning: Conceptual and Research Developments. *Family Business Review, 7*(2), 175–198.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T. (2013) Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet, 382*(9904), 1575-1586.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. WHO: Geneva.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>.
- Yourpersonality.net. (2020). *Relationship Structures*. [online]  
<https://www.yourpersonality.net/relstructures/> [Accedida el 3 de Enero del 2020].

## ANEXOS

### Anexo I. Escala DERS. Dificultades en la regulación emocional

POR FAVOR, INDICA CON QUÉ FRECUENCIA LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SE TE PUEDEN APLICAR, ESCRIBIENDO PARA CADA ÍTEM EL NÚMERO APROPIADO DE LA ESCALA QUE SE ENCUENTRA A CONTINUACIÓN.

1	2	3	4	5
<b>CASI NUNCA</b>	<b>A VECES</b>	<b>CASI LA MITAD DEL TIEMPO</b>	<b>LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>
0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%

	1	2	3	4	5
1.- YO ENTIENDO MIS SENTIMIENTOS.					
2.- PRESTO ATENCIÓN A CÓMO ME SIENTO.					
3.- YO EXPERIMENTO MIS EMOCIONES COMO SOBRECOGEDORAS Y FUERA DE CONTROL.					
4.- ME CUESTA ENTENDER MIS SENTIMIENTOS.					
5.- ESTOY ATENTO/A A MIS SENTIMIENTOS.					
6.- SÉ EXACTAMENTE CÓMO ME SIENTO.					
7.- ME IMPORTA LO QUE ESTOY SINTIENDO.					
8.- ME SIENTO CONFUSO/A ACERCA DE CÓMO ME SIENTO.					
09.- CUANDO ESTOY MOLESTO/A, ME ENFADO CONMIGO MISMO/A POR SENTIRME ASÍ.					
10.- CUANDO ME DISGUSTO, ME DA VERGÜENZA SENTIRME ASÍ.					
11.- CUANDO ME DISGUSTO, ME CUESTA HACER MI TRABAJO.					
12.- CUANDO ME ALTERO, PIERDO EL CONTROL.					
13.- CUANDO ME ENFADO, ME CUESTA CENTRARME EN OTRAS COSAS.					
14.- CUANDO ME ALTERO, ME SIENTO FUERA DE CONTROL.					
15.- CUANDO ESTOY DISGUSTADO/A, YO SIGO PUDIENDO ACABAR MIS TAREAS.					
16.- CUANDO ME ALTERO, ME SIENTO AVERGONZADO/A POR SENTIRME ASÍ					
17.- CUANDO ME DISGUSTO, SÉ QUE PUEDO ENCONTRAR UNA FORMA DE SENTIRME MEJOR EVENTUALMENTE.					
18.- CUANDO ME DISGUSTO, ME SIENTO CULPABLE POR SENTIRME ASÍ.					
19.- CUANDO ME ALTERO, ME CUESTA CONCENTRARME.					
20.- CUANDO ESTOY DISGUSTADO/A, ME CUESTA CONTROLAR MIS COMPORTAMIENTOS.					
21.- CUANDO ME DISGUSTO, CREO QUE NO HAY NADA QUE PUEDA HACER PARA SENTIRME MEJOR.					
22.- CUANDO ESTOY DISGUSTADO/A, ME IRRITO CONMIGO MISMO/A POR SENTIRME ASÍ.					
23.- CUANDO ME ALTERO, EMPIEZO A SENTIRME MUY MAL ACERCA DE MÍ MISMO/A.					
24.- CUANDO ME ENFADO, PIERDO EL CONTROL SOBRE MIS COMPORTAMIENTOS.					
25.- CUANDO ESTOY DISGUSTADO/A, TENGO DIFICULTADES PARA PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA.					
26.- CUANDO ME DISGUSTO, ME TOMO EL TIEMPO PARA DARMÉ CUENTA DE LO QUE ESTOY SINTIENDO DE VERDAD.					
27.- CUANDO ESTOY DISGUSTADO/A, ME LLEVA MUCHO TIEMPO SENTIRME MEJOR.					
28.- CUANDO ME ALTERO, MIS EMOCIONES PARECEN ABRUMADORAS.					

## Anexo II. Escala ECR-RS: Experiencias en relaciones cercanas-estructuras de relaciones

ESTE CUESTIONARIO ESTÁ DISEÑADO PARA EVALUAR LA FORMA EN QUE USTED REPRESENTA MENTALMENTE A PERSONAS IMPORTANTES EN SU VIDA. SE LE PEDIRÁ QUE RESPONDA PREGUNTAS SOBRE LAS RELACIONES CERCANAS EN GENERAL, SUS PADRES, SUS PAREJAS ROMÁNTICAS Y SUS AMIGOS. INDIQUE EN QUÉ MEDIDA ESTÁ DE ACUERDO O EN DESACUERDO CON CADA AFIRMACIÓN COLOCANDO UNA "X" EN EL NÚMERO SEGÚN CORRESPONDA.

1	2	3	4	5	6	7
<b>TOTALMENTE EN DESACUERDO</b>	<b>EN DESACUERDO</b>	<b>ALGO EN DESACUERDO</b>	<b>NI EN DESACUERDO NI DE ACUERDO</b>	<b>ALGO DE ACUERDO</b>	<b>DE ACUERDO</b>	<b>TOTALMENTE DE ACUERDO</b>

POR FAVOR, LEA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES Y CALIFIQUE EN QUÉ MEDIDA CREE QUE CADA AFIRMACIÓN DESCRIBE MEJOR SUS SENTIMIENTOS ACERCA DE LAS **RELACIONES CERCANAS EN GENERAL**.

	1	2	3	4	5	6	7
1. ME AYUDA RECURRIR A LAS PERSONAS CUANDO LO NECESITO.							
2. NORMALMENTE HABLO DE MIS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES CON LOS DEMÁS.							
3. HABLO SOBRE LAS COSAS CON LA GENTE.							
4. ME RESULTA FÁCIL DEPENDER DE LOS DEMÁS.							
5. NO ME SIENTO CÓMODO ABRIÉNDOME A OTROS.							
6. PREFIERO NO MOSTRAR A OTROS CÓMO ME SIENTO EN EL FONDO.							
7. A MENUDO ME PREOCUPA QUE OTRAS PERSONAS REALMENTE NO SE PREOCUPAN POR MÍ.							
8. TENGO MIEDO DE QUE OTRAS PERSONAS ME ABANDONEN.							
9. ME PREOCUPA QUE LOS DEMÁS NO SE PREOCUPEN POR MÍ TANTO COMO ME IMPORTAN ELLOS.							

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SU **MADRE O UNA FIGURA DE MADRE**

	1	2	3	4	5	6	7
1. ES DE GRAN AYUDA DIRIGIRSE A ESTA PERSONA CUANDO UNO LO NECESITA							
2. GENERALMENTE ANALIZO MIS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES CON ESTA PERSONA							
3. HABLO SOBRE LAS COSAS CON ESTA PERSONA							
4. ME RESULTA FÁCIL DEPENDER DE ESTA PERSONA							
5. NO ME SIENTO CÓMODO/A ABRIÉNDOME O CONFIANDO TOTALMENTE EN ESTA PERSONA							
6. PREFIERO NO DECIRLE A ESTA PERSONA COMO ME SIENTO EN EL FONDO							
7. A MENUDO ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA REALMENTE NO ME QUIERA							
8. TEMO QUE ESTA PERSONA PUEDA ABANDONARME							
9. ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA NO ME QUIERA TANTO COMO YO A ELLA							

1	2	3	4	5	6	7
TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	NI EN DESACUERDO NI DE ACUERDO	ALGO DE ACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SU PADRE O UNA FIGURA DE PADRE**

	1	2	3	4	5	6	7
1. ES DE GRAN AYUDA DIRIGIRSE A ESTA PERSONA CUANDO UNA/O LO/A NECESITA							
2. GENERALMENTE ANALIZO MIS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES CON ESTA PERSONA							
3. HABLO SOBRE LAS COSAS CON ESTA PERSONA							
4. ME RESULTA FÁCIL DEPENDER DE ESTA PERSONA							
5. NO ME SIENTO CÓMODO/A ABRIÉNDOME O CONFIANDO TOTALMENTE EN ESTA PERSONA							
6. PREFIERO NO DECIRLE A ESTA PERSONA COMO ME SIENTO EN EL FONDO							
7. A MENUDO ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA REALMENTE NO ME QUIERA							
8. TEMO QUE ESTA PERSONA PUEDA ABANDONARME							
9. ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA NO ME QUIERA TANTO COMO YO A EL							

**POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ACERCA DE SU PAREJA CONYUGAL O PERSONA CON QUIEN TENGA CITAS.**

NOTA: SI ACTUALMENTE NO ESTÁ EN UNA RELACIÓN DE CITAS O MATRIMONIAL CON ALGUIEN, RESPONDA A ESTAS PREGUNTAS CON RESPECTO A UN EX PAREJA O UNA RELACIÓN QUE LE GUSTARÍA TENER CON ALGUIEN.

	1	2	3	4	5	6	7
1. ES DE GRAN AYUDA DIRIGIRSE A ESTA PERSONA CUANDO UNA/O LO/A NECESITA							
2. GENERALMENTE ANALIZO MIS PROBLEMAS Y PREOCUPACIONES CON ESTA PERSONA							
3. HABLO SOBRE LAS COSAS CON ESTA PERSONA							
4. ME RESULTA FÁCIL DEPENDER DE ESTA PERSONA							
5. NO ME SIENTO CÓMODO/A ABRIÉNDOME O CONFIANDO TOTALMENTE EN ESTA PERSONA							
6. PREFIERO NO DECIRLE A ESTA PERSONA COMO ME SIENTO EN EL FONDO							
7. A MENUDO ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA REALMENTE NO ME QUIERA							
8. TEMO QUE ESTA PERSONA PUEDA ABANDONARME							
9. ME PREOCUPA PENSAR QUE ESTA PERSONA NO ME QUIERA TANTO COMO YO A ELIA							

### Anexo III. Escala FACES III: Escala de cohesión y adaptabilidad familiar

DESPUÉS DE LEER CADA FRASE, COLOQUE UNA X EN EL CASILLERO QUE MEJOR DESCRIBA **CÓMO ES SU FAMILIA AHORA**. ES MUY IMPORTANTE QUE RESPONDA A TODAS LAS FRASES CON SINCERIDAD. MUCHAS GRACIAS

	CASI SIEMPRE	MUCHAS VECES	A VECES SÍ A VECES NO	POCAS VECES	CASI NUNCA
1- LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA SE DAN APOYO ENTRE SÍ.					
2- EN MI FAMILIA SE TIENEN EN CUENTA LAS SUGERENCIAS DE LOS HIJOS PARA RESOLVER LOS PROBLEMAS.					
3- ACEPTAMOS LOS AMIGOS DE LOS OTROS MIEMBROS DE MI FAMILIA.					
4- LOS HIJOS TAMBIÉN OPINAN SOBRE SU DISCIPLINA (NORMAS, HORARIOS, TAREAS)					
5- NOS GUSTA HACER COSAS SOLO CON NUESTRA PROPIA FAMILIA.					
6- DIFERENTES INTEGRANTES PUEDEN ACTUAR COMO AUTORIDAD (DECIDIR LO QUE HAY QUE HACER), SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS.					
7- NOS SENTIMOS MÁS UNIDOS ENTRE NOSOTROS QUE CON PERSONAS QUE NO SON DE LA FAMILIA.					
8- MI FAMILIA CAMBIA EL MODO DE HACER LAS COSAS.					
9- NOS GUSTA PASAR EL TIEMPO LIBRE HACIENDO COSAS JUNTOS.					
10- EN MI FAMILIA PADRES E HIJOS DISCUTEN JUNTOS LOS CASTIGOS.					
11- LOS MIEMBROS DE MI FAMILIA NOS SENTIMOS MUY UNIDOS UNOS A OTROS.					
12- EN MI FAMILIA LOS HIJOS TAMBIÉN TOMAN DECISIONES.					
13- CUANDO NOS REUNIMOS CON MI FAMILIA PARA HACER ALGUNA ACTIVIDAD EN COMÚN, TODOS ESTÁN PRESENTES.					
14- EN MI FAMILIA LAS REGLAS SUELEN CAMBIAR.					
15- SE NOS OCURREN FÁCILMENTE ACTIVIDADES PARA HACER JUNTOS EN FAMILIA.					
16- LAS TAREAS DE LA CASA SE REPARTEN E INTERCAMBIAN ENTRE LOS DISTINTOS MIEMBROS.					
17- LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA NOS CONSULTAMOS ENTRE NOSOTROS PARA TOMAR DECISIONES.					
18- ES DIFÍCIL SABER QUIÉN MANDA EN NUESTRA FAMILIA.					
19- LA UNIÓN FAMILIAR ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.					
20- EN MI FAMILIA ES DIFÍCIL SABER QUÉ TAREA DE LA CASA TIENE QUE REALIZAR CADA UNO.					

## Anexo IV. Autorización del Comité Provincial de Ética e Investigación de Salud Mental

**MENDOZA**  
NUEVO GOBIERNO



Ministerio de Salud,  
Desarrollo Social  
y Deportes

### COMITÉ PROVINCIAL DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN DE SALUD MENTAL

#### Acta de Reunión

Fecha: 25 de octubre de 2017

Lugar: Dirección de Salud Mental y Adicciones

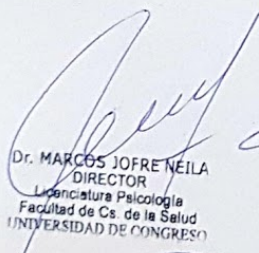
Participantes: Elodia Granados, Marcos Jofre, Laura Alcaraz, Paula Ligori y Guillermo Gallardo

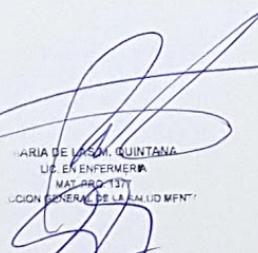
#### Tema tratado:

- Evaluación del Proyecto de Tesis Doctoral: "Estilos de Apego y Regulación emocional en Problemas de Consumo" del Doctorando Facundo Cocola y bajo la Dirección del Dr. Marcelo Ceberio.

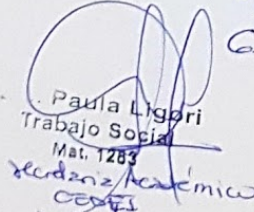
#### Se resuelve:

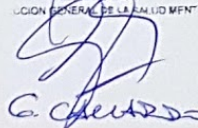
- Luego del Debate, los integrantes proponen aprobar dicho Proyecto con las siguientes observaciones:
  - Debe agregar en el Consentimiento Informado los datos de domicilio de la institución y horarios precisos en que puedan ser hallados los responsables, a fin de garantizar el derecho a consultarlos por parte de los usuarios participantes.
  - Agregar la firma del investigador al pie del Consentimiento Informado.

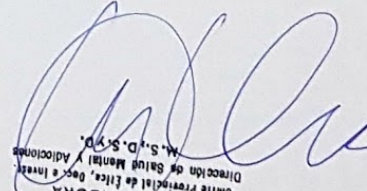
  
Dr. MARCOS JOFRE NEILA  
DIRECTOR  
Licenciatura Psicología  
Facultad de Cs. de la Salud  
UNIVERSIDAD DE CONGRESO

  
MARÍA DE LA SOLEDAD QUINTANA  
DE ENFERMERÍA  
MAT. PRO. 1317  
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD MENTAL

  
Dr. ELIZABETH OFELIA LIBERAL  
DIRECTORA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES  
Ministerio de Salud,  
Desarrollo Social y Deportes

  
Paula Ligori  
Trabajo Social  
Mat. 1283  
COORDINADORA ACADÉMICA  
CENSA

  
Guillermo Gallardo

  
Lic. LAURA ALCARAZ  
COORDINADORA  
Comité Provincial de Ética, Desarrollo Social y Adicciones  
M.S.D.S.P.D.  
Dirección de Salud Mental y Adicciones

