

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS



TESIS DE GRADO

**PERCEPCIÓN DEL APEGO Y DEL AUTOCONCEPTO EN
PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE
INTEGRAN CENTROS DE ADICCIÓN**

**PRESENTADA POR
INGRID TIETGEN**

Directora: Valeria Torre

Título a obtener: Licenciatura en Psicología

Junio de 2021

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a todos los maestros que han dejado tantos conocimientos y aprendizajes a lo largo de este camino.

A mi familia y amigos por ser pacientes y brindar palabras amorosas cuando el camino se hacía difícil. Gracias a ellos pude seguir avanzando y ser constante para ver mi sueño realizado.

Infinitas gracias a Romina, que con su dedicación ha sido de gran ayuda en este trabajo final.

PERCEPCIÓN DEL APEGO Y AUTOCONCEPTO EN PERSONAS CON CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE INTEGRAN CENTROS DE ADICCIÓN

Ingrid Helga Tietgen

Resumen

El presente trabajo estudia los estilos de apego proceso donde se establece un vínculo entre el infante y el cuidador que le brinda seguridad y protección (Casullo, 2005) y el autoconcepto el cual abarca las percepciones y evaluaciones que tenemos de nosotros mismos (Goñi, 2009) en personas con consumo de sustancias que integran comunidades terapéuticas.

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo ex post facto de temporalidad transversal sobre una muestra de 120 habitantes de la Provincia de Buenos Aires de ambos sexos y edades, entre 16 a 30 años. Se administró un formulario con datos sociodemográficos, el cuestionario de apego adulto (Bartholomew y Horowitz, 1991) y la escala de autoconcepto de Tenesse (Rosado, 1992).

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en hombres y mujeres mientras que el estilo temeroso estuvo mayormente en adolescentes.

En las dimensiones de autoconcepto no se observaron discrepancias entre hombres y mujeres; como sucede con la dimensión autoestima según la edad. Los resultados acordes a trabajos previos son poco congruentes con lo obtenido.

Palabras claves: Consumo de sustancias-apego-autoconcepto

ATTACHMENT PERCEPTION AND SELF-CONCEPT IN SUBJECTS WITH SUBSTANCE USE IN ADDICTION TREATMENT CENTERS

Ingrid Helga Tietgen

Abstract

This work covers the different styles of attachment. In this process a bond is established between the infant and caregiver in which the latter provides the infant not only with safety and protection (Casullo, 2005), but also with self-concept, which covers perceptions and assessments of ourselves (Goñi, 2009) in individuals under substance use in addiction treatment centers.

An ex post facto time cross-section quantitative study has been carried out with a sample of 120 subjects in the Provincia of Buenos Aires of both sexes and from the ages 16 to 30. A sociodemographic form, the adult attachment questionnaire (Bartholomew y Horowitz, 1991) and the Tennessee scale of self-concept (Rosado, 1992) were provided.

The results showed that there were no significant differences in men and women, whereas the fearful style was mostly present within teenagers.

Regarding the self-concept dimensions, differences between men and women were not observed, as it happens with the self-concept dimension depending on the age. The results of previous studies are not quite consistent with what was obtained.

Key Words: substance use - attachment - self-concept.

INDICE

Agradecimientos	¡Error! Marcador no definido.
Resumen	¡Error! Marcador no definido.
Abstract	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO 1 La droga en Argentina	6
1.1 Surgimiento y contexto historico en nuestro país	6
1.2.¿Que es la droga?	8
1.3. Ampliando sobre algunas drogas.....	10
1.3.1Alcohol.....	10
1.3.2Cocaina	11
1.3.3.Marihuana.....	12
1.3.4.Inhalantes	14
1.4.Personas adictas a las drogas	15
1.4.1.Otros rasgos que identifican a las personas adictas son	16
1.4.2.Profundizando la personalidad adictiva.....	17
1.4.3.¿Que es la capsula quimica?	18
1.4.4.Del uso a la dependencia	18
1.4.5.Trastornos relacionados con el alcohol	21
1.4.6.Trastornos relacionados con la cocaína.....	21
1.4.7.Trastornos relacionados con el cannabis.....	23
1.4.8.Trastornos relacionados con los inhalantes.	25
1.4.9.Trastornos relacionados con estimulantes	26
1.5.Ciclo vital :La adolescencia y la adultez.....	28
1.5.1.La adolescencia.....	28
1.5.2.La adultez	33
1.6.Tipos de tratamientos	35
1.6.1.Primeros tratamientos.....	35
1.6.2.Concepcion del tratamiento en las Comunidades Terapeuticas	36
1.6.3.Comunidades Terapeuticas: “El reparo” y “Sendero de vida R.Uno”.....	39
1.6.4.Sendero de Vida Ranelagh Uno.....	39
1.6.5.El reparo	41
1.6.6.Terapia cognitiva de las drogadependencias	42
1.6.7.Del uso recreacional al empleo cotidiano.....	43
1.6.8.La terapia cognitiva aplicada en pacientes	48

CAPITULO II: APEGO	48
2.1. Primeros estudios con niños	48
2.2. ¿Que es el apego?	49
CAPITULO III AUTOCONCEPTO	53
3.1. ¿Que es el autoconcepto?	54
3.2. Teorias psicologicas	54
3.3. Otras definiciones de autoconcepto	56
3.4. Autoestima	57
3.5. Antecedentes	58
 CAPITULO IV METODOLOGIA	 65
4.1. Objetivos	65
4.2. Objetivos generales	65
4.3. Objetivos especificos	65
4.4. Hipotesis	66
4.5. Justificacion y relevancia	66
4.6. Tipo de diseño o diseño	67
4.7. Procedimiento	68
4.8. Tecnicas e instrumentos para la recoleccion de datos	68
4.9. Analisis de datos	70
CAPITULO V RESULTADOS	70
CAPITULO VI DISCUSION	79
Referencias bibliograficas	86
ANEXOS	93

CAPITULO I: LA DROGA EN ARGENTINA

1.1 Surgimiento y contexto histórico en nuestro país

“Por más de siete mil años los humanos han cultivado la *papaver somniferum*, un tipo de amapola, conocida vulgarmente como adormidera que le da origen al opio (Federico & Ramírez, 2015, p.30).

En el año 1522 un médico llamado Paracelso creó un brebaje alcohólico en base al opio al que describió como un analgésico potente que debía emplearse con moderación. Lo denominó láudano. Esta creación fue usada hasta el siglo XIX para abordar muchas enfermedades.

Esta sustancia tuvo un mayor empleo durante la Guerra Civil norteamericana muchos soldados se hicieron adictos a la morfina. Con su uso lograban reducir dolores provocados por heridas de guerra.

Asimismo, otra droga derivada del opio fue la “heroína” creada por un químico llamado Heinrich Dreser en 1883, su comercialización permitió la creación de una gran farmacéutica conocida como “Bayer”.

En 1912 Bayer comercializa un jarabe compuesto con heroína que serviría para calmar la tos en época invernal. Pero luego de varios meses se descubrió que la heroína se transformaba en morfina cuando llegaba al hígado lo que producía adicción y riesgo para su consumo.

En nuestro país, Federico y Ramírez (2015) relatan que Argentina adhirió a la Convención Internacional de la Haya sobre el opio, a través de un decreto presidencial del 23 de enero de 1912.

En 1919 el presidente Hipólito Irigoyen decretó con el Departamento Nacional de Higiene restringir la importación del opio y otros derivados al puerto de la Capital Federal. Únicamente, se aprobaba la importación para productos farmacéuticos y droguerías que tenían fines médicos y científicos.

Sin embargo, el consumo de sustancias se empieza a incrementar en nuestro país. La cocaína, la morfina y el opio eran mayormente consumidas y otorgaban un cierto status. Jóvenes aristócratas adictos que tenían una gran

fortuna para vivir sin trabajar consumían con mayor frecuencia. Los lugares más asiduos de consumo eran en los fumaderos de opio que se habían abierto en el barrio de La Boca. Estos fumaderos se ubicaban en reductos o conventillos cercanos al puerto o muelle.

A comienzos del año 1921, el Código Penal sanciona el artículo 204 que hacía referencia sobre el “suministro fiel de medicamentos” dicho escrito limitaba, castigaba la venta y entrega o distribución de sustancias peligrosas para la salud.

En 1924 se promulga la ley 11.309, la cual incluye los términos narcóticos y alcaloides, definiendo como delito la introducción clandestina al país de esas sustancias, su venta sin receta médica y la prescripción o expendio de dosis mayores. Se reprime con prisión de 6 meses a 2 años al farmacéutico que venda o entregue alcaloides o narcóticos sin receta médica.

Años más tarde el diputado Juan Cafferata propuso en 1934 modificar el artículo 204 del Código Penal aumentando la pena que iría de 2 años a 10 basadas en estas acciones: la introducción, elaboración, venta o entrega de dichas sustancias (narcóticos y alcaloides), la venta sin una receta médica, las personas dueñas de café o restaurante que observen una situación de infracción y no denuncien a las autoridades correspondientes.

En esta década nace también la Sección de Toxicomanía de la Policía Federal Argentina. Se crean en 1937 sanatorios especializados en toxicomanías. Aquellas personas que tuvieran en su poder estupefacientes para uso personal tenían como destino la internación por orden judicial. Y, si la sustancia era para la venta sería reprimido; recibiendo un tratamiento médico y luego una pena.

Según Federico y Ramírez (2015) indican que en 1962 el Estado Argentino promovió una nueva ley de Aduana que determinaba que la realización del contrabando de sustancias tendría una pena de 1 a 8 años de prisión.

En 1968 se reformo el Código Civil con la ley 17.711 donde los adictos serían internados e incapacitados legalmente.

En ese mismo año se elabora otra ley, la 17.567 basada en la tenencia para uso personal, la misma dura hasta 1973 porque había sido dictada por un gobierno de facto. Se construye en este año el Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO), institución pública especializada, residencial y monovalente para el tratamiento del uso de sustancias.

En 1989 se decretó la ley 23.737. Ella hace referencia a que será privado de su libertad por seis meses a tres años a aquella persona que siendo autorizada para la venta de sustancias medicinales la suministre en cantidades no correspondientes. Lo mismo sucederá en los casos que se cultiven plantas o semillas, para generar estupefacientes, entre otras situaciones. La pena irá en aumento, consistirá de dos a seis años y una suma de dinero al que difunda públicamente el uso de los mismos o incitara a otros a consumirlos.

Estos puntos, entre otros, siguen vigentes en la actualidad con artículos que han sido adaptados conforme a los tiempos que vivimos.

1.2 ¿Qué es la droga?

La organización Mundial de la Salud (O.M.S) define a las drogas como “Una sustancia natural o química que, introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (ingestión, inhalación, por vía intravenosa o intramuscular), es capaz de actuar sobre el cerebro y producir un cambio en las conductas de las personas debido a que modifica el estado psíquico (experimentación de nuevas sensaciones) y tiene capacidad para generar dependencia.”

Existen varias definiciones sobre la droga. Según el Dr. Juan Alberto Yaria dice que “La droga es cualquier sustancia que provoca cambios en el estado emocional, el funcionamiento del organismo y/o comportamiento de una persona” (2008).

Yaria (2008) Divide a las drogas de acuerdo a tres criterios: la codificación socio-cultural de su consumo, sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y su composición química.

La codificación socio-cultural incluye las drogas institucionalizadas y las drogas no institucionalizadas:

a. Las drogas institucionalizadas son aquellas que son reconocidas legalmente tienen un uso normativo y publicidad. Encontramos como ejemplo: El alcohol, el tabaco y los psicofármacos. Su uso se encuentra regulado por campañas preventivas como sucede con el alcohol y el tabaco.

En cambio, los psicofármacos la normativización de su uso está dada por leyes y reglamentaciones que incluyen a profesionales matriculados en su cumplimiento y distribución de acuerdo a un saber de tipo médico-psiquiátrico.

b. Mientras que las drogas no institucionalizadas corresponden a aquellas que su marco normativo impide su circulación legal porque en dosis pequeñas actúan y generan en el cerebro un efecto tóxico. Pueden ser:

1. Xenobioticas: Son extrañas al organismo y dañinas.
2. La mayor parte de las drogas altera el sistema de recompensa del cerebro, es un sistema preciso de tipo endógeno de refuerzo de conductas o gratificación. Se llama centro de placer, el cual queda alterado y descompensado por el uso de drogas.
3. Las drogas al alterar el sistema de recompensa, parasitan y descontrolan al principal ordenador del SNC.
4. El cerebro límbico es quien regula las emociones y afectividad. Todas las drogas generan alteración en el estado de ánimo (ciclos de tristeza- depresión y euforia-manía) primero de manera aguda y después de forma crónica.
5. La mayoría de las drogas actúan en el sistema de neurotransmisión alteran la vida química y eléctrica de las neuronas alterando así la conducta, el pensamiento y la moral de los seres humanos.

De acuerdo a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central

Se encuentran los depresores del SNC: Son sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro, provocan reacciones que van desde la desinhibición al coma, provocando la pérdida de la consciencia vigil.

Las más importantes de este grupo son: el alcohol, los opiáceos (morfina, heroína), los tranquilizantes (Valium) y los hipnóticos (barbitúricos y no barbitúricos)

Luego los estimulantes del SNC: son sustancias que activan el funcionamiento del cerebro, podemos encontrar estimulantes mayores (anfetamina, cocaína), estimulantes menores (cafeína, xantinas).

Mientras que los perturbadores del SNC alteran el funcionamiento del cerebro originando distorsiones perceptivas, alucinaciones, delirios, entre las cuales se pueden destacar:

Alucinógenos (LSD, y hongos), derivados del cannabis (marihuana), inhalantes, drogas de diseño (éxtasis y ketamina).

De acuerdo a su composición química

Analgésicos: Derivados del opio o generados sintéticamente. En este grupo, también, se incluyen la morfina, la heroína y la metadona.

Depresores del SNC: Hiperactivos y ansiolíticos.

Alucinógenos: Inductores de cuadros psicóticos agudos, la persona puede tenerlos de forma persistente generando flashbacks. Por ejemplo: El LSD y toda la variedad de hongos alucinógenos.

Cannabis: Produce una sensación de euforia, relajación y cuadros psicóticos.

Inhalantes: Pueden ser elementos de uso doméstico como aerosoles, solventes de pintura y pegamentos. Generan intoxicación y cotidianamente son usados por niños y adolescentes.

Otras drogas: Aquí encontramos drogas que son difícil de clasificar como esteroides, anabólicos y sustancias como analgésicos, opiáceos suaves, laxantes y nitritos.

Estimulantes: Cocaína y anfetaminas.

1.3. Ampliando sobre algunas drogas

1.3.1. ALCOHOL

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central, pertenece al grupo de sedantes, barbitúricos y benzodiacepinas.

(Bagá, 2019) expone que es un toxico que circula por la sangre y puede producir varios problemas en la respiración, la producción de neurotransmisores y el metabolismo.

El alcohol etílico se obtiene de dos formas:

1. A través de la fermentación de frutas, vegetales y granos.
2. Por destilación es una forma artificial que genera el aumento de concentración del alcohol en la bebida.

La ruta metabólica cuando la sustancia se consume no está relacionada a un proceso de digestión normal. Se produce la ingesta que pasa por el estómago, duodeno, se absorbe, luego pasa al torrente sanguíneo lo que genera irritación, la secreción de jugos gástricos y procesos inflamatorios de esófago, estómago, gastritis y ulcera.

1.3.2 COCAINA

La cocaína es una droga estimulante y adictiva. Está compuesta por sal de clorhidrato, es la forma en polvo de la cocaína, puede ser inhalada o disolverse en agua para luego ser inyectada. (NIDA, 2019) sostiene que “El crack” se denomina a la forma de cocaína que fue procesada para volverse una roca de cristal que al ser calentada genera vapores que se fuman. El término corresponde al crujido cuando la roca está caliente.

Hay tres formas de abusar de la cocaína; puede ser inhalada, inyectada y fumada. La inhalación (“snorting”) consiste cuando la persona aspira el polvo de cocaína a través de su nariz, que es absorbida hacia el torrente sanguíneo a través de sus membranas nasales.

Inyectarse consiste cuando se utiliza una aguja para liberar la droga directamente en el torrente sanguíneo. Fumar se produce cuando se inhala el vapor o el humo de la cocaína que van desde los pulmones hacia el torrente sanguíneo.

Cualquiera de estos métodos puede causar adicción, problemas de salud grave, riesgo a contraer el HIV y otras enfermedades infecciosas.

Según NIDA (2019) La cocaína estimula el sistema nervioso central, incrementa la concentración de la dopamina una sustancia química asociada con el placer y el movimiento. Provoca daños a la salud, contrae los vasos sanguíneos, dilata las pupilas, produce dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, náuseas y desnutrición entre otros.

En cuanto a los episodios de uso repetido de la droga se desencadenan estados de irritabilidad, desasosiego, ansiedad, paranoia, periodos de psicosis y alucinaciones auditivas. El consumidor se expone a una emergencia cardiovascular o cerebrovascular aguda.

1.3.3 MARIHUANA

Según (NIDA 2019) el término “Marihuana” hace referencia a las hojas secas, flores, tallos y semillas de la planta *Cannabis sativa* o *Cannabis indica*. Contiene tetrahidrocanabidol (THC), es una sustancia química que provoca alteración mental. Se fuma en cigarrillos enrollados (comúnmente llamados porros o joints). También, en pipa o en pipas de agua.

La marihuana trae consecuencias en el cerebro, a corto plazo. Cuando una persona fuma la droga, el THC pasa inmediatamente a los pulmones y luego a la sangre. La corriente sanguínea lleva la sustancia química al cerebro y a otros órganos del cuerpo.

Cuando la persona ingiere o bebe el THC, el proceso es más lento los efectos pueden tardar entre 30 y 60 minutos.

Según NIDA (2019) los efectos que produce la marihuana son:

Alteración de los sentidos, de la percepción del tiempo, cambios de humor, problemas para pensar y resolver problemas, alucinaciones, delirio y psicosis.

Por otro lado esta sustancia afecta el desarrollo del cerebro, cuando la persona empieza su consumo en la adolescencia los efectos secundarios que va generando son: Reducción de la capacidad para pensar, memoria y funciones cognitivas. Mientras que los efectos físicos que ocasiona son:

1. Problemas respiratorios: El humo de la marihuana irrita los pulmones genera a su vez flema y tos crónica, enfermedades pulmonares, como infecciones y cáncer.

2. Ritmo cardiaco acelerado: Al fumar marihuana aumenta la frecuencia cardiaca luego de tres horas de fumarla la persona se vuelve más propensa a la posibilidad de un infarto el riesgo se incrementa cuanto más grande es la persona o ya tiene un problema cardiaco de base.

1.3.4. ALUCINOGENOS

Para NIDA (2019) los alucinógenos corresponden a un grupo variado de drogas que alteran la consciencia de la persona, pensamientos y sentimientos.

Ciertos alucinógenos son extraídos de plantas, hongos y otros son creados sintéticamente por el hombre.

Existen dos categorías: *alucinógenos clásicos* y *drogas disociativas*.

Podemos clasificar los alucinógenos clásicos en:

1-LSD: es una sustancia química fuerte que altera la mente. Esta hecho de un material claro o blanco sin olor compuesto por ácido lisérgico que está contenido en un hongo que crece en el centeno y los cereales.

2-La psilocibina: es extraída de ciertos tipos de hongos que se encuentran en regiones como Sudamérica, México y Estados Unidos.

3-El Peyote o mezcalina: es un cactus pequeño sin espinas el ingrediente principal es la mezcalina. Puede ser sintético también.

4-DMT: es una sustancia química que está en las plantas amazónicas. Por ejemplo; la ayahuasca es un té elaborado con estas plantas. Esta sustancia puede también ser elaborada por laboratorios de forma sintética y en ese caso varia su forma a la forma de un polvo cristalino blanco que se fuma.

5-El 251-NBOM: es un alucinógeno sintético muy parecido al LSD pero más fuerte. Asimismo, según NIDA (2019) dice que las drogas disociativas son aquellas que pueden generar el sentirse fuera de sí, desconectados del cuerpo y del entorno.

Las drogas disociativas se clasifican en:

1-PCP (fenciclidina) fue creado en la época de 1950 como anestesia general para ser empleada en la cirugía, pero no se utiliza en la actualidad para este fin. Puede encontrarse en diferentes formas como: tabletas, capsulas, en una forma líquida y en polvo cristalino. Comúnmente lo conocemos como: polvo de ángel, barco de amor y pastillas de la paz.

2-Ketamina: es empleado como anestésico quirúrgico en humanos y animales. Su venta es libre y es encontrada comúnmente en los consultorios veterinarios. Su forma es en polvo o pastillas, pero puede ser encontrado también en líquido o inyectable. Sus nombres son: Special K y Cat Valium.

3-Dextrometorfano (DXM): es un supresor de la tos, elimina el moco y se vende libremente para curar el resfriado y la tos. Viene en forma de jarabe, tableta y capsulas de gel.

4-Salvia (Salvi divinorum): consiste en hojas frescas que se consumen a través de la ingesta, se pueden fumar, vaporizarse o inhalarse. Los efectos

secundarios que genera en el cuerpo son: Desregulación del estado de ánimo, percepción sensorial, sueño, hambre, cambios en la temperatura corporal, del comportamiento sexual y del control intestinal.

1.3.5. INHALANTES

Otras de las categorías que encontramos según NIDA (2019) son los inhalantes, sustancias que son consumidas solo por inhalación como: solventes, aerosoles, gases, nitritos, entre otros. Estos productos que cotidianamente los podemos encontrar en el hogar tienen propiedades psicoactivas que alteran la mente.

Cuando la sustancia se usa para alcanzar un grado de euforia se la denomina “Inhalante” la mayoría de sus consumidores son niños y adolescentes.

Los productos que se emplean como inhalantes pueden ser:

1. Solventes: Removedores o diluyentes de pintura, gasolina, líquidos correctores, fluido de marcadores y pegamento.

2. Aerosoles: Pintura de aerosol, fijador para el cabello o desodorante, aceite vegetal en aerosol.

3. Gases: Encendedores de butano, tanques de propano, productos que son empleados como anestésicos como: éter, cloroformo y óxido nitroso.

4. Nitritos: Aromatizador de ambientes, limpiador de cueros, aroma líquido.

Los inhalantes impactan directamente en el cerebro provocando lentitud cerebral y afectando también el sistema nervioso. Se generan efectos a corto plazo como: balbuceo, falta de coordinación en el cuerpo, euforia, mareo y vómitos.

La persona comienza a experimentar alucinaciones con imágenes o sensaciones que parecen reales. A mayor consumo más desinhibido se encuentra el sujeto y menos control de sus actos tiene.

Respecto a los efectos a largo plazo NIDA (2019) señala: daños en el hígado, riñones, pérdida de la audición, en la medula ósea y espasmos sufridos por el daño neurológico.

1.4 Personas adictas a las drogas

En la actualidad se considera la adicción como un fenómeno poli causal, no se habla de un único agente que la determine, ni de una serie de instancias que obligatoriamente conduzcan a dicha situación. Este análisis se lo puede relacionar con el modelo sistémico, porque hace referencia a una multicausalidad de factores que conducen a un determinado camino: el de las drogas (Miccarelli, 2000).

Hay tres factores que son facilitadores:

- Un ser humano cuyas características psicológicas promueven el acceso a la droga de forma más sencilla.
- Un medio facilitador socio-cultural que ofrece la droga.
- Una familia “disfuncional”.

Ser adicto consiste en tener una relación de dependencia psíquica y física con una persona, sustancia, actividad u objeto. La persona adicta a las drogas siente bienestar al consumir, sin ello es incapaz de obtener esa sensación.

La autora destaca que en la problemática de las drogas se pueden ver tres aspectos: lo individual, lo familiar y lo social.

Enfatiza características que se observan desde lo individual según el esquema freudiano:

Predomino del ello: el sujeto es impulsivo, le cuesta reflexionar antes de actuar, no mediatiza la acción con el pensamiento. Vive de forma presente regido por el principio del placer. No hay tensión y actúa como un niño buscando placer o evadiendo aquello que le causa displacer. La frustración es escasa, busca soluciones rápidas.

Súper yo mal integrado: se debe a un abandono real (fallecimiento del progenitor, relación distante, temerosidad de la figura paterna y/o materna).

Yo débil: el adicto no puede regirse por el principio de realidad, esto le provoca angustias, ansiedades emplea diferentes mecanismos de defensa como:

a-Negación: no acepta cuestiones de su yo o de la realidad porque le producen malestar

B-Evasión: no puede enfrentar ni responsabilizarse de situaciones.

C-Disociación: no integra lo que siente con lo que piensa.

D-Proyección: pone afuera lo que le genera malestar y no lo reconoce como propio.

e-Regresión: posee conductas que corresponden a etapas anteriores de su vida (Miccarelli, 2000).

1.4.1 Otros rasgos que identifican a las personas adictas son:

Sensación profunda de vacío interno: el sujeto no puede alcanzar su propia identidad percibe una sensación de vacío. No hay un conocimiento profundo ya sea de actitudes erradas o carencias personales, por lo tanto no se quiere a sí mismo y comienza a desvalorizarse en ocasiones sintiéndose culpable.

Tendencia egocéntrica narcisista: el sujeto es tirano y sádico con los demás, pero en realidad son actitudes dirigidas hacia sí mismo.

Pensamiento concreto: no puede simbolizar o poner en palabras sus pensamientos. No logra abstraerse pierde con el tiempo la facultad de atención, comprensión, crítica y síntesis. Carece de motivaciones personales.

Rasgos paranoicos: se siente perseguido, amenazado y muestra desconfianza y gran hostilidad.

Rasgos psicopáticos: son agresivos, impulsivos, no pueden sostener relaciones profundas consigo mismo ni con los demás, no sienten culpa, por lo tanto, no se responsabilizan de sus acciones.

Mal uso del tiempo: no hay una buena administración del tiempo en cuanto a los horarios de comida, de descanso, de trabajo, etc. No toleran el tiempo libre ya que esos son momentos en los que pueden reflexionar, les genera angustia y no pueden afrontar esa situación de insatisfacción.

El sujeto adicto a las drogas presenta una personalidad rígida, estereotipada, no creativa y presentan momentos de baja autoestima (Miccarelli, 2000).

1.4.2. Profundizando la personalidad adictiva

Continuando, con los aspectos fundamentales en las personas adictas, se observa que al abordar la variable psicológica debemos tener en cuenta que el eje temático gira en torno a la angustia. Este sentimiento desencadena otros síntomas como: el miedo, omnipotencia, impotencia, ansiedad, insomnio, agresividad e impulsividad. La angustia está presente en el acto de drogarse. Es importante ver la relación que se genera entre la sustancia y la angustia.

Se expone la siguiente ecuación:

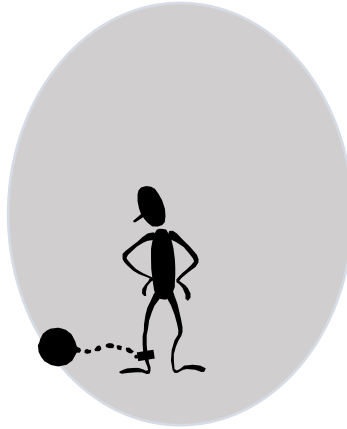
$\text{Menor (A)} = \text{Menor (D)}$

Esta ecuación es de manera simbólica para comprender que el objetivo psicológico no es que la persona deje la droga, sino manejar la angustia a tal punto que el sujeto pueda lidiar con sus mecanismos de defensa. La angustia es física, personal, familiar y social (Puentes, 2005).

La problemática que trae el consumo de droga desde el punto de vista psicológico se produce cuando un sujeto empieza a hacer “abuso” de la sustancia, comienza a tener un deterioro emocional de su personalidad.

La droga genera “Síndrome amotivacional” deja al consumidor atontado, volado, desafectado de la angustia, la cual es importante para poner los mecanismos en marcha y resolver problemas de la vida cotidiana. Con el tiempo esto se intensifica volviendo al sujeto abúlico, desmotivado, descreído, negativo, sin motivación para ponerse a sí mismo metas dejándolo encerrado en su “Capsula química”.

1.4.3 ¿Qué es la cápsula química?



La imagen de la cápsula es similar a la de encierro. Las drogas muestran que han destruido los recursos yoicos (atención, memoria y percepción), emocionales y orgánicos (sistema respiratorio y digestivo), los cuales son difíciles de restaurar a medida que el consumo es masivo en el sujeto.

El adicto está encerrado en esta burbuja química. La emoción, angustia, depresión, dolor y miedo reforzara la cápsula para que la persona entonces vuelva a consumir (Puentes, 2005).

Adentro de ella habita un niño desvalido, temeroso e inseguro. La personalidad del adulto es meramente infantil pide a gritos ser querido, aceptado y valorado. Es un sujeto indefenso, que se agrede y que tiene escasa estima hacia sí mismo.

No cualquier persona puede entrar a esta capsula química, debe haber una psicopatología previa al consumo de drogas para que el sujeto quede en ese lugar esclavizado. Las consecuencias que genera la capsula son: intensidad y ganas de volver a drogarse. El sujeto no se droga por placer sino para evitar el displacer que genera la destrucción del yo. La persona se aleja cada vez más de la felicidad y conecta con la sensación del vacío interior o “agujero negro” (Puentes, 2005).

1.4.4 *Del uso a la dependencia*

La etapa del uso consiste en consumir solo los fines de semana o de forma casual. La droga puede ser regalada o compartida no afecta la vida laboral,

escolar o de pareja. No hay episodios de intoxicación. La persona está en búsqueda de sensaciones.

Tolerancia: se denomina según el (DSM-IV, 1995) cuando el sujeto necesita consumir más sustancia hasta alcanzar la intoxicación.

Intoxicación: es un síndrome que se genera al consumir la sustancia, se producen cambios psicológicos y de comportamiento desadaptativo por ejemplo: agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo y alteración del juicio.

Los cambios que se van generando en el sistema nervioso central producen alteraciones en la percepción, atención y pensamiento, entre otros.

Abuso: representa un uso regular de la sustancia. Se presentan periodos de intoxicación. Hay deterioro en la vida familiar, de pareja y con el resto de su entorno. El estado de ánimo es definido como confusión. Contiene dos fases en su vida, la normal y la otra adictiva que es desconocida por parte de su contexto (Puentes, 2005).

En cuanto al DSM-IV (1995) define al abuso como un patrón maladaptativo que genera un malestar clínico, estos ítems deben cumplirse durante 12 meses:

- 1-Consumo recurrente de sustancias que ocasiona que la persona no pueda cumplir con sus obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
- 2-Consumo recurrente de la sustancia donde es físicamente peligroso.
- 3-Problemas legales.
- 4-Los síntomas no cumplen criterios para la dependencia de sustancia

Dependencia: es un patrón maladaptativo de uso de sustancias que lleva el deterioro o malestar clínico. Según el DSM-IV (1995) existen 3 o más ítems que deben estar presentes de forma continua durante 12 meses:

- 1- Necesidad de consumo en aumento de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

2- La sustancia se administra en cantidades mayores durante un periodo más prolongado.

3-Se reducen o abandonan actividades en el área social, laboral, o recreativas debido al consumo de la sustancia.

4-Se sigue consumiendo la sustancia a pesar de contar con problemas psicológicos o físicos.

Dependencia física: la misma se desencadena cuando el organismo se adapta a la presencia de la droga. El cuerpo crea una necesidad de utilizar la sustancia. El organismo reacciona de forma brusca cuando se suspende el consumo, se crean síntomas y se origina lo que se denomina: “síndrome de abstinencia”.

Abstinencia: el DSM-IV (1995) señala que es un cambio de comportamientos desadaptativos acompañado de concomitantes cognoscitivos y fisiológicos que originan la concentración en la sangre o tejido. Estos van disminuyendo en el individuo que fue manteniendo un consumo constante de grandes cantidades de sustancia. Luego comienzan a aparecer síntomas de abstinencia por lo cual el sujeto vuelve a consumir para intentar aliviar lo que le sucede.

Por otro lado, es importante realizar un diagnóstico de dependencia de sustancias, conocer la historia en detalle del sujeto y recolectar información de distintas fuentes.

Otro aspecto relevante es saber cuál es la vía de administración. Dependiendo de la misma se verán sus efectos. La vía que produce una absorción más rápida y eficiente en el torrente sanguíneo es la intravenosa, en cambio fumar, inhalar producen una intoxicación más intensa y aumento progresivo.

La dependencia de sustancias puede aparecer a cualquier edad siendo más frecuente a los 20, 30 y 40 años.

En relación con el CIE- 10 publicado por la Organización Mundial de la Salud incluye algunos de los conceptos que se encuentran en el DSM-IV, algunos de ellos son similares pero no idénticos.

1.4.5 Trastornos relacionados con el alcohol

Dependencia: Son los síntomas de abstinencia que se producen luego de doce horas de reducir la ingesta de alcohol. Los síntomas suelen ser desagradables, para evitarlo la persona vuelve a consumir.

El DSM-IV (1995) denomina abuso cuando la persona se ve afectada en áreas de su trabajo o escuela así como su rendimiento.

Intoxicación: se genera cuando se producen cambios psicológicos o en el comportamiento. Estos síntomas pueden darse antes o luego de la ingesta de alcohol. Aparece el lenguaje farfullarte, falta de coordinación, marcha inestable, deterioro de la atención, o la memoria, entre otros.

Los criterios diagnósticos de la CIE-10 son similares salvo para la intoxicación por consumo de alcohol se incluye síntomas como: enrojecimiento facial, inyección conjuntiva, dolores de cabeza, sudoración y taquicardia.

El DSM-V (2014) agrega otros síntomas como: Habla pastosa, incoordinación, marcha insegura, alteración de la atención o la memoria y estupor o coma.

Por otro lado, la abstinencia se genera cuando existe un corte prolongado de la ingesta de alcohol. Pueden aparecer algunos de los siguientes síntomas: hiperactividad del sistema nervioso, incremento del temblor de las manos, insomnio, náuseas, vómitos, alucinaciones, ansiedad, entre otros.

1.4.6. Trastornos relacionados con la cocaína

Dependencia de cocaína

CIE-10 (1995) dice que los efectos eufóricos que tiene la cocaína pueden ocasionar dependencia en periodos breves de tiempo.

Intoxicación por cocaína

Con esta sustancia los síntomas son más intensos, hay presencia de cambios psicológicos y del comportamiento. La persona experimenta sensación de euforia, de vigor, sociabilidad, hiperactividad, inquietud, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión, estado de alerta, grandiosidad, comportamientos repetitivos y estereotipados.

Los cambios psicológicos y comportamentales que se experimentan están acompañados de dos o más signos y síntomas que se originan en la intoxicación o tiempo después.

En la intoxicación aguda la persona empieza a verse afectada en sus actividades sociales y laborales, mientras que sí presenta una intoxicación grave la persona puede quedar inducida al coma.

Abstinencia a la cocaína

Se produce por la presencia de un estado de ánimo disforico acompañado por dos o más cambios en el cuerpo como: fatiga, sueños vividos y desagradables. Estos síntomas producen malestar en diferentes áreas donde se desempeña el sujeto.

Los síntomas de abstinencia aguda generan sentimientos intensos y depresión. En los síntomas depresivos pueden aparecer ideas o comportamientos suicidas. A largo plazo, la persona puede llegar a aislarse socialmente, presentar disfunciones sexuales y aumento en la agresividad. Puede aparecer también trastornos de la conducta alimentaria relacionadas con la sustancia.

Comparando los criterios diagnósticos del CIE-10 y del DSM-IV para los conceptos de intoxicación y abstinencia a la cocaína se observa que no existen diferencias.

Por el contrario, la quinta edición del DSM: el DSM-5 (2014), postula algunas diferencias con su predecesor, deja de nombrar el término “adicción” y lo modifica a “trastorno adictivo”. Elimina las categorías de “abuso” y de “dependencia” proponiendo una única clasificación dimensional para los trastornos de sustancias.

1.4.7 Trastornos relacionados con el cannabis

Dependencia del cannabis: para el CIE-10 (1995) las personas consumidoras de cannabis son personas que consumen compulsivamente y por lo general no presentan dependencia física, pero si tolerancia en algunos consumidores crónicos.

Intoxicación por cannabis: esta sustancia genera cambios psicológicos y del comportamiento en la persona. Cuando se administra en dosis altas produce síntomas parecidos a los alucinógenos, como también puede incluir episodios de sinusitis, faringitis, bronquitis y displasia pulmonar.

En un periodo de intoxicación aparecen sensaciones de bienestar, síntomas de euforia, risas inapropiadas, sentimiento de grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria inmediata y dificultades para realizar procesos mentales.

Trastorno inducido por el cannabis

Consumo problemático de cannabis que provoca un deterioro o malestar y que se manifiesta al menos por dos hechos en 12 meses.

1-Se utiliza cannabis con frecuencia en cantidades amplias o durante un tiempo más prolongado al previsto.

2-Hay un deseo intenso o esfuerzos fracasados por abandonar o controlar el consumo de la sustancia.

3-Se invierte mucho tiempo en actividades necesarias para consumir cannabis o recuperarse de los efectos.

4-Hay un mayor deseo por consumir.

5-Consumo constante que lleva a la persona a incumplir con los deberes diarios como el trabajo, escuela u hogar.

6-Consumo diario a pesar de experimentar problemas sociales o interpersonales.

7-El consumo genera abandono o reducción de actividades importantes para el sujeto.

8-Consumo intenso donde se establecen síntomas y riesgos físicos.

9-Se continúa el empleo a pesar de experimentar problemas físicos o psicológicos.

Tolerancia:

a. Necesidad de aumentar la dosis para alcanzar la intoxicación.

b. Efecto reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

Abstinencia:

a-Presencia del síndrome de abstinencia.

b-Se consume para aliviar los síntomas.

Remisión inicial: cuando se cumple con todos los criterios pero no hay síntomas hace 3 meses.

Remisión continuada: no existen síntomas en un periodo de 12 meses o más.

Intoxicación por cannabis

a. Consumo reciente de cannabis.

b. Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos.

c-Dos o más síntomas de los siguientes que aparecen durante 2 horas con el consumo de la sustancia:

- Inyección conjuntival.
- Aumento del apetito.
- Boca seca.

- Taquicardia.

Abstinencia al cannabis

a-Privación brusca del consumo de cannabis.

b -Aparición de 3 o más síntomas y signos:

- Irritabilidad.
- Nerviosismo, ansiedad.
- Dificultades para dormir.
- Pérdida de peso o apetito.
- Intranquilidad.
- Estado de ánimo deprimido.
- Dolor abdominal, espasmos, temblores, fiebre, etc.

1.4.8. Trastorno relacionado con los inhalantes

Una sustancia inhalante basada en hidrocarburos que provoca malestar y deterioro significativo que según el DSM-5 (2014) se manifiesta al menos por dos hechos durante 12 meses:

- 1-Se consumen inhalantes de forma constante en grandes cantidades o durante un tiempo prolongado.
- 2-Existe un fuerte deseo en abandonar o controlar el consumo del inhalante.
- 3-Deseo intenso de consumir.
- 4-Lleva a descuidar áreas fundamentales como el trabajo, escuela o el hogar.
- 5-Consumo masivo de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales e interpersonales.
- 6-Provoca abandono o reducción de las actividades sociales.
- 7-Consumo frecuente donde causa riesgo físico.
- 8-Se continúa el empleo de la sustancia a pesar de que sufre un problema físico o psicológico frecuente.

Tolerancia

a-Necesidad de consumir dosis mayores de inhalante para alcanzar la intoxicación.

b -Efecto reducido.

Remisión inicial: cuando no hay síntomas en un periodo de 3 meses.

Remisión continuada: no hay síntomas en un plazo de 12 meses o más.

En un entorno controlado: cuando el sujeto se encuentra en un entorno restringido a los inhalantes.

Intoxicación por inhalantes

a-Exposición reciente y breve a sustancias como hidrocarburos, tolueno o gasolina.

B-Comportamiento problemático o cambios en su actitud como: agresividad, apatía y juicio alterado.

c-Dos o más signos y síntomas que aparecen durante el consumo del inhalante: Mareos, incoordinación, habla pastosa, aletargamiento, euforia, etc.

1.4.9. Trastorno relacionado con estimulantes

DSM-5 (2014) denomina a los estimulantes como: la anfetamina, cocaína u otros, donde su consumo provoca un malestar significativo.

1-Consumo de estimulantes por un periodo prolongado.

2-Hay un deseo por dejar de consumir la sustancia.

3-Se invierte tiempo para conseguir el estimulante.

4-Deseo intenso de consumir.

5-Empleo masivo que lleva a tener problemas en las principales áreas del sujeto y a no poder cumplir con sus responsabilidades.

6-Usa ampliamente a pesar de experimentar problemas sociales.

7-Utilización que provoca el abandono de importantes actividades sociales.

8-Consumo de la sustancia que lleva a tener un riesgo físico.

9-Se continúa con el empleo del estimulante en situaciones donde hay riesgo.

Tolerancia

a-Necesidad de consumir dosis altas para conseguir la intoxicación.

B-Efecto que se ve reducido tras el consumo del estimulante.

Remisión inicial: no hay síntomas en un periodo de 3 meses.

Remisión continuada: no se cumplen con los criterios en un lapso de 12 meses o más.

Intoxicación por estimulantes

a-Consumo constante de una sustancia como: anfetamina, cocaína u otro estimulante.

B-Cambios psicológicos que se empiezan a experimentar como: euforia, embotamiento, ansiedad, tensión o rabia.

c-Dos o más signos y síntomas que aparecen durante el consumo del estimulante:

- Taquicardia o bradicardia.
- Dilatación pupilar.
- Tensión arterial elevada o reducida.
- Sudoración o escalofríos.
- Nauseas o vómitos.
- Pérdida de peso.
- Agitación.
- Debilidad muscular, depresión y dolor torácico.

1.5 Ciclo vital: La adolescencia y la adultez.

1.5.1 ADOLESCENCIA

En los trabajos realizados por Müller (2007) define a la adolescencia como un término de origen latino que se refiere a crecer y llegar a la maduración.

Postula que es una etapa compleja donde la persona va sufriendo cambios que van del paso de la niñez a la adultez. Dicha etapa comienza alrededor de los 10 a 11 años con la etapa que se denomina pre pubertad, luego viene la pubertad y posteriormente la adolescencia.

Pre-pubertad (Mujeres: 10 – 13 años - Varones: 11 – 14 años)

- Transformaciones Corporales
- Disarmonía pubescente (torpeza).
- Desequilibrios psíquicos.
- Disminución del rendimiento: Fatiga.

Labilidad del Comportamiento

- Satisfacción: Confianza en sí mismo.
- Insatisfacción: Inseguridad, sentimiento de inferioridad.
- Falta de organización y de sentido: Tendencia a travesuras.
- Impulsividad; predisposición a conflictos e inclinación a depresiones, las cuales podrían llevar al suicidio.
- Vida afectiva: Excitabilidad intensa y gran labilidad.
- El estado de ánimo: Oscila entre los extremos de satisfacción e insatisfacción (la alegría intensa alterna con la tristeza y el malhumor).
- La estructura psíquica infantil se manifiesta conjuntamente con la estructura psíquica madura que empieza a formarse.

Duelo por el rol de la Identidad Infantil

- Cambios en la manera de jugar.
- Aburrimiento.
- Vivencia del vacío.
- Maduración sexual.

- Presentan un impulso de experiencia.
- Introversión.

Duelo por los Padres de la Infancia

- Los padres dejan de ser idealizados, pero siguen siendo referentes de la verdad.
- Buscan referentes.
- Necesitan una nueva ideología – valores – sentirse protagonistas.
- Afán de independencia.
- Querer sin orientación.

Duelo de los Padres

- Tienen mala comunicación.
- Desmoronamiento de la autoridad paterna.
- Lo ideal es no coacción ni libertinaje.
- Único papel: Sostener económicamente a la familia.
- Reviven esa época de sus vidas. Se comparan con sus hijos adolescentes.

La vida en grupo

- Mujeres: Tendencia al aislamiento.
- Varones: Se agrupan con chicos de su misma edad (de 12 a 15 años).
- Formación de bandas: Solidaridad y código de obligaciones. Se dan relaciones de autoridad y de subordinación.
- La búsqueda de uniformidad le brinda al joven seguridad y estima personal: Sobreidentificación masiva.
- Actuaciones del grupo responden a la oposición de las figuras parentales. Luego se separa del grupo y adquiere identidad adulta.

Pubertad (Mujeres: 13 –14 años -Varones: 14 – 16 años).

Características Puberales

- Descubrimiento del yo psíquico.
- Pregunta por el sentido de la vida.
- Búsqueda de valores , idealista.

- Relaciones exclusivistas.
- Vivencia de la naturaleza.
- Crece el sentimiento de la propia vida.
- Introversión: Escucha su mundo interior.
- Sentimiento: Exaltación - Exageraciones.
- Desarrollo religioso y moral.
- Altura en el pensamiento.
- Profundidad en la vivencia.
- Sexualidad: Se desarrollan por separado el eros (cariño, amor comprensión) y el sexo (órganos sexuales).
- Necesidad de garantes éticos.
- Fobia al sexo opuesto.

Adolescencia (Mujeres: 14 – 15 años -Varones: 16 – 17 años).

Rasgos propios de la Etapa de Adolescencia

- Personalidad extremadamente permeable a estímulos externos.
- Necesidad de intelectualizar y fantasear.
- Desubicación temporal.
- Actividad social reivindicatoria.
- Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta.
- Separación progresiva de los padres.
- Constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.
- Estructura psíquica: Maduración.
- Inquietud motora.
- Mayor afectividad.
- Labilidad.
- Tendencia a la disociación.
- Disminución de la concentración.
- Posposición de intereses escolares.
- Peligro de suicidio.
- Los varones alcanzan la madurez a los 18-19 años.
- Las mujeres la alcanzan a los 16-17 años.
- A la madurez, en ambos sexos, le sigue el estadio de la función sexual.

- Mayor proporción en las distintas partes del cuerpo: Armonización de la expresión.
- La estructura psíquica se acerca a su forma definitiva.
- Actitudes sociales: Extraversión búsqueda (cede el egocentrismo de la infancia).
- Maduración sexual: La configuración del cuerpo adquiere la forma madura.
- Primer amor: Idealizaciones.
- Sentimiento: Predomina la alegría por sobre la melancolía de etapas anteriores.
- Sentimientos religiosos: Logran una posición definitiva.

Búsqueda de la Identidad

- Herramientas limitadas en su búsqueda de identidad y de autoafirmación.
- Descubre que posee algunas capacidades, pero no sabe cómo utilizarlas.
- Desea relacionarse con sus pares y se brinda sin reparos.
- Busca definir su propia imagen pero no está seguro de cuál es ni cómo hallarla.
- Quiere integrarse a un mundo que aún no entiende, pero teme perder la seguridad de su hogar.
- Quiere aceptar su propio cuerpo, pero aún no lo descubrió cabalmente.

Grupo de amigos

- El adolescente necesita establecer amistades íntimas con jóvenes de su edad para:
- Confrontar las dudas.
- Evaluar el aprendizaje.
- Medir las aptitudes.
- Sentirse aceptado.
- Sentirse respetado y querido.
- Buscan remplazar el soporte familiar por el de los pares, quienes también están en la búsqueda de su identidad.

- Forman una red solidaria de sostén que les permite reconocerse y enfrentar el mundo.
- Es de gran importancia el amigo íntimo en cuanto a las influencias positivas y negativas.

Aspectos positivos de la adolescencia

- Fortaleza, vitalidad y energía física y mental.
- Sentido de la honestidad, idealismo, cuestionamiento de valores contrarios a la ética y a la moral.
- Empeño en mantener la palabra dada.
- Confianza en otras personas.
- Predisposición para el trabajo en equipo.
- Facilidad para las relaciones con pares. Sociabilidad. Sentido del humor.
- Inclínación a participar en diversiones, juegos y competencias.
- Sentimientos de cercanía, afecto y preocupación para con los padres y hermanos.
- Imaginación y creatividad.
- Inclínación a la aventura y exploración.
- Enorme capacidad para dar y recibir cariño.
- Flexibilidad y capacidad de adaptación a los cambios.
- Optimismo.
- Positivismo.
- Razonan con seriedad y cuestionan con profundidad.

Müller (2007) sostiene que los adolescentes deben desempeñar tareas específicas que caracterizan el periodo evolutivo en el que se encuentran como por ejemplo:

1-Aclarar y tomar su propio papel, autodefiniéndose y reconociéndose sexual y socialmente.

Los ejes de estas elaboraciones son: la propia identidad, el trabajo y el estudio.

2-Deben independizarse, emocional y económicamente de los adultos, para vivir sus propias experiencias y aumentar su autonomía.

3-Construir una ideología de la realidad.

4-Poder trabajar en grupos en forma cooperativa, sin diluir su identidad, siendo capaz de promover cambios adaptativos activos.

El joven no tiene respuestas claras sino mucha ambigüedad, experimenta crisis que tiene que ser resuelta por sí mismo, aparecen problemas con la sexualidad, pareja, estudios, ocupaciones y frustraciones.

Por otra parte según Papalia et al., (2004) definen el término adolescencia; destacan que la maduración sea temprana o tardía, es diferente tanto en hombres como mujeres predice la salud mental y los comportamientos futuros en la adultez. En algunas investigaciones en ciertos casos de varones que demoran en su maduración, suelen sentirse inadecuados, cohibidos, rechazados, dependientes, agresivos, inseguros y deprimidos. Todo ello le genera mayores conflictos con los demás. En cuanto a las mujeres sienten mayor felicidad si maduran al mismo tiempo que sus compañeras, pero hay una diferencia entre las que maduran antes y después. Las que lo hacen antes se sienten más introvertidas, tímidas y negativas. Aparece un mayor riesgo de ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, tabaquismo temprano, alcoholismo, abuso de drogas, actividad sexual precoz, embarazo temprano e intento de suicidio en comparación a las que se desarrollan después.

Asimismo, el cerebro del adolescente va madurando en esta etapa, se manifiestan cambios en las emociones, juicio, organización del comportamiento y autocontrol.

Por último, en cuanto a los vínculos Papalia et al; (2004) expresan que los adolescentes en esta etapa se unen mayormente a sus pares y pasan menos tiempo con sus familias. Se agrupan entre iguales porque esto les permite crear modelos, compañerismo e intimidad. Los adolescentes seguros de sí mismos crean relaciones sólidas con sus padres ellos los alientan a volverse más autónomos, valoran sus esfuerzos, establecen seguridad y autoestima en ellos.

1.5.2. ADULTEZ

Durante la época comprendida entre los años 1890 a 1920, Hall psicólogo de la época investigo sobre la adolescencia y en qué año posiblemente culminaba. Lo que observó fue que la mayoría carecía de un episodio

importante al llegar a los 18 años. Cuando las personas se casaban y se iban de la casa de sus padres, alrededor de los 20 años de edad en adelante, iniciaba la etapa de la adultez (Arnett, 2008).

Uriarte y Juan de Dios (2005) exponen que hay un periodo entre la adolescencia tardía y la mitad o final de la segunda década de vida a la que denominan adultez emergente. Significa que dejaron de ser adolescentes pero no se han convertido en adultos por completo.

Este periodo se encuentra comprendido entre los 18 a 25 años de edad aproximadamente (Arnett, 2008).

Encontramos cinco características de la adultez emergente:

1. Es la edad donde se explora la identidad.
2. Edad de la inestabilidad.
3. Edad de centrarse en uno mismo.
4. Edad de las posibilidades.

1. Las personas se van conociendo a medida que atraviesan experiencias sobre el amor y el trabajo, toman responsabilidad sobre querer relaciones más duraderas. Luego se van dando cuenta quiénes son y qué lugar ocupan dentro de la sociedad.

2. Este periodo suele traer crisis e inestabilidad porque al aprender de los compromisos van saliendo de la casa de sus padres, van realizando sus primeras mudanzas, aprenden de la autonomía y de las responsabilidades, dejan su zona de confort y esto trae cambios.

3. En esta etapa el centrarse en sí mismos ayuda a conocerse, aprender a ser cada vez más autónomos para que sus relaciones, vínculos y cuestiones laborales sean más duraderas.

4. Es el periodo de transición que se experimenta al pasar de la adolescencia a la adultez emergente, es una época de cambios.

Aquí la persona experimenta deseos, sueños y posibilidades que quiere tener en su futuro.

Asimismo los autores Uriarte y Juan de Dios (2005) detallan otros cinco acontecimientos importantes que marcan el comienzo de la vida adulta:

1-El finalizar la formación académica y profesional.

2-Trabajar.

3-Independizarse económicamente.

4-Irse del hogar de los padres.

5-Casarse y tener un hijo.

La demora en estos aspectos va modificando la identidad, autoconcepto, responsabilidad, estabilidad emocional, entre otros.

Entonces, “adulto” es una dimensión biológica donde adulto y maduro son iguales y hacen referencia a que un sujeto ha terminado de crecer, desarrollarse, que tiene la capacidad física y la posibilidad de procrear. En cambio, desde una perspectiva psicológica la madurez hace referencia a estar pleno en las facultades intelectuales y afectivas. Esto conlleva a poder adquirir la capacidad de aprender, adaptarse al medio y resolver tareas de desarrollo.

Para finalizar, el joven se siente pleno en varios aspectos de su vida, autónomo, puede tomar decisiones, pensar que quiere para su vida, con quién y qué quiere para su futuro laboral.

1.6 Tipos de tratamientos

(Agüero et al; 2006) comienzan a definir los primeros tratamientos que surgieron en el mundo y luego en nuestro país.

1.6.1. PRIMEROS TRATAMIENTOS

A lo largo de la historia entre las dos Guerras Mundiales se empiezan a establecer los primeros tratamientos para adictos a la heroína.

El proceso consistía en desintoxicar a los pacientes que ingresaban al hospital con síndrome de abstinencia, se realizaba el proceso de desintoxicación, eran compensados clínicamente y luego se les daba el alta. Este tipo de tratamiento se llamó “ Tratamiento de puertas giratorias” porque una vez que la persona se desintoxicaba, salía y luego de un tiempo volvía a recaer en la droga, entonces, nuevamente empezaba el circuito de su tratamiento.

Ya en los años 60 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publica informes técnicos donde las adicciones a las drogas se empiezan a entender como una patología.

La drogadicción es una enfermedad que genera síntomas psíquicos y físicos.

En los años 70 comienzan a expandirse las comunidades terapéuticas, se especializa la institución para drogadictos inter y multidisciplinaria. En nuestro país por ejemplo: surge el Centro nacional de rehabilitación social (CENARESO).

En los años 80 se elabora el esquema de la “comunidad terapéutica”, los pacientes son admitidos por un rasgo fundamental que los identifica “Ser adicto”. Los modelos de dichas comunidades son neo conductistas con elementos humanistas y neuroreligiosos.

Asimismo, aparece el operador socio terapéutico el equipo formado por pacientes rehabilitados.

1.6.2. CONCEPCION DEL TRATAMIENTO EN LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS

Las comunidades terapéuticas están basadas en la convivencia, el compromiso voluntario y la responsabilidad con la vida comunitaria.

Kameniecki et al. (2006) indican que el lugar donde se albergan a los pacientes es una granja suburbana que se hallan en localidades alejadas de las ciudades.

Este fenómeno se va haciendo más masivo en los años 80. Surge otra normativa a nivel de la salud mental pública: la ley 23.737 que penaliza la tenencia para consumo personal. En 1989 el gobierno forma subsidios para los tratamientos en centros privados.

A comienzos de los años 90´ SEDRONAR, Secretaria de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico de la presidencia de la nación y la Secretaria de prevención de la adicción del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, son las primeras agencias gubernamentales que se crean partiendo desde la política de Europa y Estados Unidos.

Los psicólogos y psiquiatras que trabajan dentro de los hospitales y centros de salud pública, asisten a los pacientes que consultan por las drogas dependencias pero son atendidos con herramientas psicoterapéuticas tradicionales y psicofármacos.

Luego en 1993, la dirección de Salud Mental, la cual dependía de la Red metropolitana de servicios de adicciones RMSA, planteo la necesidad de contar con dispositivos clínicos para personas con problemas de drogas y alcohol. Con esta propuesta y planteamiento surge el “Centro de Día” donde la persona era atendida en amplios horarios. Se crea el Centro de Día “Carlos Gardel” que empezó a funcionar en un salón y abordaba dos áreas “hospital de día” y “consultorios externos”. Dentro de la institución se elimina el término “Adicto o drogadicto” y se refiere a ellos como “consumo problema o consumo problemático”.

El hospital de día funcionaba como sostén y contención. La persona concurría toda la mañana, cumplía con diferentes actividades en grupo, compartía el desayuno y los almuerzos con los demás. A su vez, contaba con una psicoterapia semanal, espacios para las terapias, espacios sociales donde se dictaban talleres, entre otras actividades colectivas.

¿En qué consiste el tratamiento?

1. Abstinencia, no consumir el tóxico por un tiempo prolongado.
2. Recuperación
3. Inserción o reinserción social.

Loscoco (2012) hace referencia a los siguientes tipos de tratamiento que se encuentran en nuestro país:

1. Internación psiquiátrica o clínica: Ingresan pacientes que no pueden contenerse en forma ambulatoria o necesitan desintoxicación.
2. Internación en comunidad terapéutica: Sujetos donde la red familiar no está presente, necesita una estructura fuerte en actividades programadas.
3. Hospital de día: La persona cuenta con una red de sostén, donde puede estudiar o trabajar, y posee contención dentro de la institución. En esta institución el tratamiento es diurno de lunes a viernes. El mismo consta de

jornadas de 6 a 8 horas. Los pacientes deben asistir diariamente, ya sea feriado o fin de semana, pero pasan la noche fuera de la institución.

4. Tratamiento ambulatorio: No existe riesgo, hay un tratamiento intenso, la persona conserva los proyectos y su red de contención. Sostiene la abstinencia y se compromete a un tratamiento. Está presente un tratamiento familiar y supervisión con fármacos que ayuda a que logre un equilibrio orgánico y neurológico. Este tratamiento abarca terapias individuales, grupales y familiares.

5. Consultorio externo: Dispositivos profesionales que persiguen como objetivos la realización del diagnóstico, orientación, asistencia psicológica y psiquiátrica.

6. Hospital de noche: En esta modalidad de tratamiento el paciente efectúa sus actividades diarias como trabajar y estudiar durante el día. Durante la noche duerme en la institución.

7. Tratamiento residencial: Modalidad que aporta un servicio de 24hs del día.

8. Grupo de autoayuda: El objetivo principal es compartir experiencias, fortalezas y esperanzas al proceso de recuperación formando así una red de apoyo para lograr la recuperación de cada uno de sus miembros.

9. Tratamiento de rehabilitación: Son residencias externas indicadas en pacientes en la última etapa de su tratamiento. Existen dispositivos previos a la internación.

La autora denomina desintoxicación a un proceso donde los sujetos son apartados del consumo de drogas adictivas, acompañado de un control médico. Esta modalidad está diseñada para tratar los efectos agudos fisiológicos y, así concluir con el uso de sustancias.

10. Comunidad terapéutica: Programas libres de drogas que usan un modelo de etapas de tratamiento donde la persona en cada nivel adopta mayor responsabilidad personal y social.

11. Tratamiento de sustitución farmacológica: El objetivo principal es disminuir y eliminar los síntomas de abstinencia y el deseo por el consumo de la sustancia. Se sustituye por un fármaco de la misma clase, con una duración más prolongada que permite una reducción gradual de su uso. Este medicamento al actuar sobre las mismas áreas del cerebro bloquea sus efectos, suprimen síntomas de abstinencia y alivian el deseo del consumo.

1.6.3. COMUNIDADES TERAPEUTICAS: “EI REPARO” Y “SENDERO DE VIDA RANELAGH UNO”

El siguiente apartado está confeccionado con material que ha sido provisto de las comunidades terapéuticas visitadas. En el caso de la comunidad “Sendero de vida Ranelagh Uno” la información fue dada por un profesional de la institución ya que no cuenta con una página de internet.

1.6.4 SENDERO DE VIDA RANELAGH UNO

Fue fundada a comienzos del año 2013 por Ezequiel Jerónimo Bustamante quien movilizado por su propia historia de adicción decide construir esta comunidad junto a otros integrantes y profesionales que se fueron sumando posteriormente.

La comunidad está situada en la ciudad de Ranelagh calle 365, 299, Berazategui. Cuenta con dos modalidades :Internación y hospital de día.

El método de tratamiento que utilizan con sus pacientes es el Modelo Minnesota es un modelo de terapia de desintoxicación muy utilizado en Estados Unidos y en el resto del mundo. Esto permite que el paciente se reincorpore rápidamente a sus actividades y no que no se desligue de su entorno.

Las metas a corto plazo son:

1. Conseguir que la persona y la familia acepten la enfermedad.
2. Hacer ver a él y a la familia la necesidad de ayuda.
3. Identificar las conductas que la persona tiene que cambiar para poder iniciar una nueva vida sin drogas.
4. Empujar y motivar a la acción constructiva para desarrollar una vida diferente.

Criterio de admisión

En cuanto a que pacientes pueden ingresar, el ingreso es mixto hombres y mujeres de diferentes edades.

El criterio de admisión a la internación es un máximo de 60 personas. Pueden ingresar tanto personas que tengan obra social o personas que ingresan de forma particular.

Si hay pacientes que vienen de otras instituciones también pueden ingresar a dicha comunidad.

El tratamiento es de un año aproximadamente; al finalizar el mismo se promueve al paciente la inserción al mundo laboral y autonomía de su familia.

Durante la internación con una frecuencia semanal se lleva a cabo una reunión familiar para trabajar con el grupo primario de cada internado. Además, con la misma frecuencia se efectúa otra reunión con las parejas si las hubiera de cada paciente.

Después que los pacientes reciben el alta de internación, continúan con el tratamiento ambulatorio.

Esta institución posee tres reglas fundamentales que si son transgredidas, se se expulsa al paciente del lugar. Estas son:

1. No drogas.
2. No sexo.
3. No agresión física.

Durante el primer mes del tratamiento no se les permiten salir de la institución, pero si los fines de semana pueden recibir visitas. Luego de esta etapa pueden estar en sus hogares los fines de semana con sus familias. El paciente debe organizar en un “ruteo” todas las actividades que realizara durante esos dos días.

Profesionales con los que cuenta la comunidad

- Psiquiatra
- Psicólogas
- Operadores terapéuticos
- Trabajadores sociales

- Profesionales que dictan jornadas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, brindan estrategias y asesoramiento en la búsqueda de un puesto de trabajo para lograr el crecimiento personal del paciente.

1.6.5. EL REPARO

Es una asociación civil sin fines de lucro, ubicada en San Miguel, calle Italia 2597. Su misión es brindar ayuda a las personas y a sus seres queridos para que alcancen una mejor calidad de vida y al mismo tiempo puedan transformar su realidad.

Para alcanzar esa misión se plantean los siguientes objetivos:

- Las personas puedan elaborar un conocimiento de sí mismos y del mundo.
- Desarrollarse a través de metodologías variadas, integrales e integradoras que faciliten la creatividad, la expresión, la investigación y la comunicación.
- Favorecer la optimización de recursos formando redes familiares y sociales a través del trabajo en equipos de coordinación de organismos, instituciones y comunidad.

Los valores que persiguen son: el interés por las personas, solidaridad, transparencia, profesionalismo, actuar con honestidad, liderar con el ejemplo y el trabajo en equipo, entre otros.

Tratamiento integrado por cinco pasos

1. Charlas dirigidas a los pacientes en las que se presenta a la institución y a los directores. Se describen los distintos tipos de tratamiento dando un panorama general del programa de rehabilitación.
2. Entrevista de admisión, consultas individuales a cargo de profesionales de la institución.

3. Inicio de tratamiento, tratamiento ambulatorio, tratamiento de comunidad de día, tratamiento de interacción completa.

4. Reinserción social.

5. Final de tratamiento: egreso, alta médica y seguimiento post alta .

El criterio de admisión es mixto sexo femenino y masculino a partir de 12 años. En cuanto al tipo de tratamiento es de asistencia voluntaria y en caso de ser necesario luego de un exhaustivo diagnóstico diferencial se implementan tratamientos con psicofármacos.

Grupo de profesionales

- Psicólogos.
- Psiquiatras.
- Médicos.
- Docentes.
- Trabajadores sociales.
- Operadores socio terapeutas.
- Talleristas.

Programa de trabajo

- Psicoterapia individual y grupal.
- Asistencia medica.
- Grupos terapéuticos orientados a familias y amigos del paciente.
- Anexos de escuela primaria y secundaria.
- Talleres de capacitación en oficios (panadería, tejido, granja, talleres artísticos, escritura, periodismo y actividades deportivas).

1.6.6. TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGADEPENDENCIAS

Beck et al. (1999) en sus investigaciones concluyeron que las personas consumían drogas o alcohol para conseguir placer, experimentar euforia, o compartir ese estado con alguna compañía o en soledad.

Los factores más preponderantes por los cuales la persona consume:

- Sensibilidad por experimentar sentimientos desagradables.
- Poca motivación para controlar la conducta.
- Impulsividad.
- Búsqueda de la excitación y poca tolerancia al aburrimiento.
- Poca tolerancia a la frustración.
- Pocas posibilidades de poder conseguir sentimientos placenteros y la sensación que se persigue un objetivo.

Características que tienden a poseer:

- Son sensibles con sus sentimientos y emociones desagradables no toleran muy bien los cambios cíclicos que se producen normalmente en el día.
- Existe poca motivación para controlar su conducta y lo más importante es experimentar la satisfacción instantánea.
- Técnicas poco adecuadas para controlar la conducta y el afrontamiento de sus problemas.
- Patrón automático que lleva a ceder ante los impulsos.
- Disminución de una perspectiva por el futuro donde el individuo se enfoca en sus estados emocionales del aquí y ahora.
- La persona no se da cuenta de sus acciones.

1.6.7. *Del uso recreacional de las drogas al empleo cotidiano:*

El consumo reiterado de la droga significa para muchos sujetos el alivio temporal de la ansiedad. Desarrollan la creencia que consumiendo pueden hacer frente a muchas cuestiones de su vida. Por un instante los problemas desaparecen y la vida resulta más atractiva.

El paso de un consumo a un uso frecuente sucede cuando existe un sujeto que no puede controlar su vida. El objeto adictivo es el que posee el “control” de su existencia.

Se llega a un círculo vicioso “ craving” donde hay un deseo intenso por consumir.

Concretar este “deseo” produce alteraciones en diversas áreas de la vida; como a nivel laboral y afectivo: matrimonio, familia y amistades. La persona pasa a estar estigmatizada y etiquetada como: “Drogadicto/a”

El uso frecuente puede llevar a la persona a problemas médicos o la muerte.

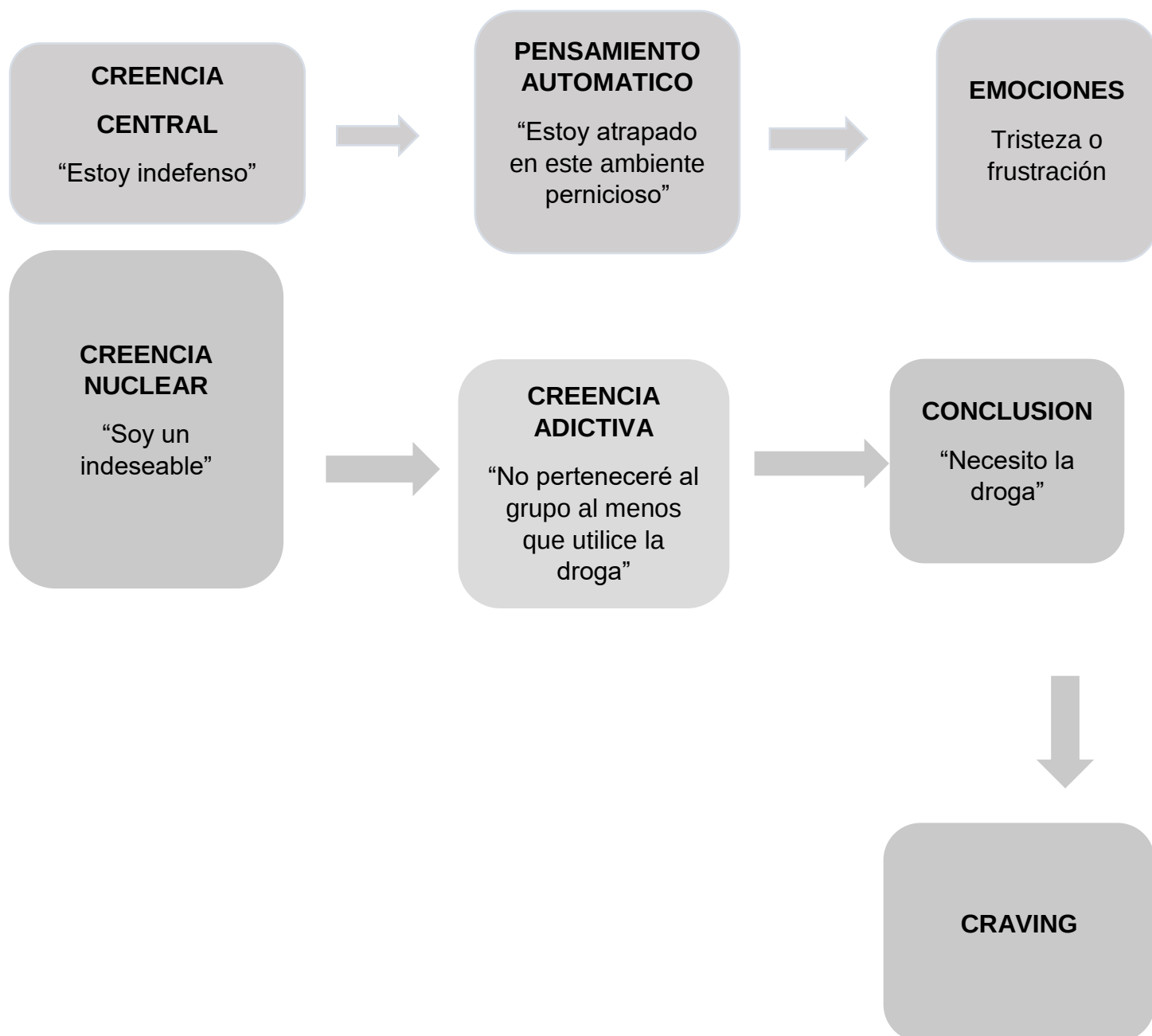
La persona empieza a desarrollar miedos; por ejemplo: a ser detenido, a arruinarse, a perder su empleo, entre otros. El incremento de estos temores y de la ansiedad lo conducirán al craving y a volver a consumir, debido a que el alivio por el consumo siempre es a corto plazo; constituyéndose de esta manera un círculo vicioso:



Las personas tienden a construir un conjunto de creencias como: “estoy indefenso, soy indeseable”, “no estaré en el grupo a menos que me drogue” “no puedo ser feliz si no consumo”, “tengo control de cuantas copas he tomado”.

Terminar con esto, significa para el sujeto dejar de sentir inseguridad y experimentar cuestiones que no desea sentir.

El siguiente esquema explica lo detallado anteriormente:



Por otro lado, las personas entran en un periodo de abstinencia sienten la angustia como algo intolerable.

Aparecen nuevas creencias que forman parte de sus pensamientos como: *"si no consumo no seré capaz de soportar el dolor"*, *"no me quedara nada en la vida"*, *"seré infeliz"*, *"perderé a mis amigos"*, *"no tengo capacidad para poder parar"*. Estas ideas se transforman en profecías autocumplidas.

Las personas experimentan el craving como un poderoso deseo de consumir. Se relaciona con “querer” y el impulso con el “hacer”. Este último puede estar alentado por la ira o ansiedad. El paso final del impulso es reducir ese estado. Ciertas personas confunden el impulso con una “necesidad”.

Por ejemplo: “*necesito un cigarrillo*” o “*necesito una copa*”, como si fuera algo que no pueden dejar de hacer.

Estas creencias son falsas y deben ser tratadas en la terapia.

Las creencias erróneas crean impulsos. Las mismas ayudan a producir falsas expectativas que le dan forma al impulso.

Por una parte tenemos la ecuación control/ impulso esto quiere decir:

- El craving provoca sensaciones en el cuerpo, cambia el estado receptivo y se desencadenan síntomas parecidos al hambre.
- Este apetito reacciona por el principio de placer que es contrario al deseo de controlar el impulso que opera con el principio de realidad.
- El autocontrol y craving son dos cosas distintas.
- Si el craving es fuerte la decisión de no consumir será débil.
- No es necesario eliminarlo por completo.
- El tratamiento se basa primordialmente en aumentar el control y reducir el craving.

Los autores (Beck et al;1999) llaman incrementar el control a:

- Que el sujeto pueda desarrollar habilidades para controlar la tentación.
- El paciente debe lograr una imagen mental de una situación en la que se le ofrece droga; donde imaginara las formas en que rechazaría ese ofrecimiento.
- Puede pensar en sentimientos negativos al mismo tiempo, que se imagina cuando le están ofreciendo la sustancia, como angustia, ansiedad y malestar.
- Cuando aparezca el craving debe imaginarse otra cosa como una situación de felicidad, compartir con un amigo, leer, etc.
- Se deben identificar las creencias negativas.
- Otra de las cuestiones con las que se trabaja será la fuerza de voluntad.

Por otro lado las “creencias adictivas”: son un conjunto de ideas centradas en buscar placer, resolver problemas y de huir de su situación:

Creencias nucleares: “estoy atrapado y solo”, emociones: tristeza y enfado,
Creencias adictivas: “Las drogas son un escape” “Las drogas me hacen feliz”,
Conducta adictiva: ir a consumir.

Existen varios pensamientos que generan creencias adictivas como por ejemplo:

- “Si me siento mal está bien que las use”
- “He tenido una mala época así que está bien que me alivie”
- “Si me drogo no pasa nada”
- “La satisfacción que tengo es más valiosa que el recaer”

Existe una gran cantidad de ideas disfuncionales, algunas de ellas son:

- La persona cree que necesita la sustancia para sostener su equilibrio emocional y psicológico.
- El consumo mejorara su desempeño social.
- La droga otorga mayor poder y energía.
- Calma el dolor.
- Mejora los estados de aburrimiento, ansiedad y depresión.

Prochaska (2001) sugiere cinco estadios de motivación y cambio:

1. Pre contemplación: los individuos se comprometen menos en superar sus problemas y están menos motivados a cambiar sus conductas.

2. Contemplación: están interesados en ver sus problemas con el abuso de sustancias y pensar en un cambio.

3. Preparación: hay un mayor interés de lograr cambios reales pero se sienten perdidos sin el consumo de la droga.

4. Acción: los individuos toman mayor compromiso para cambiar y empiezan a modificar su conducta.

5. Mantenimiento: se continúa con el proceso que se empezó, es decir, con el estadio de contemplación y acción.

La terapia será mayormente positiva si el terapeuta y el paciente se mantienen en el mismo estadio de cambio. Será importante que el profesional instale la motivación en el sujeto. Deberá conocer como es su estructura , su sistema de creencias irracionales y adictivas.

1.6.8. LA TERAPIA COGNITIVA APLICADA EN PACIENTES

La terapia cognitiva apunta a que el paciente pueda lograr objetivos como:

- Disminuir la frecuencia de la droga y la intensidad en sus emociones modificando sus creencias.
- Aprender técnicas para manejar el control y los impulsos.
- Reducir la presión y aumentar el control.
- Cuando la adicción está vinculada con un trastorno psiquiátrico en la persona el terapeuta deberá también observar dicha condición.

Otro de los métodos con los que cuenta el profesional es el “Método socrático” el cual consiste en realizar preguntas para conocer al paciente como indagar cuántas veces consume y cómo afecta esto en su ámbito social.

CAPITULO II: APEGO

2.1 Primeros estudios con niños

A partir de los años 40 empiezan a surgir investigaciones con niños, para estudiar lo que sucedía cuando el infante era privado de su madre dentro de una guardería. Dorothy Burlingham y Anna Freud observan que los niños estudiados no disfrutaban de la compañía de una madre sustituta, querían a su madre real (Bowlby, 1985).

Descubren que si en el lugar de la madre sustituta aparecía una enfermera que cuidaba un grupo pequeño de infantes inmediatamente afloraban sentimientos de celos, posesión y llamados de atención. Cuando el adulto no estaba presente algunos niños desarrollaban otros síntomas como: depresión, perturbaciones profundas, retraimiento y desapego emocional.

Concluyen en sus investigaciones que la mayoría creaba enfermedades psiquiátricas como ansiedad, depresión, rasgos de psicopatía que se prolongaba en la vida adulta y que era generado por el no contacto con su madre biológica.

Un segundo estudio fue realizado por los autores Heinicke Whesteimer y Robertson, los niños eran privados de sus progenitores en una guardería por

17 días. Observan que frente a la primera separación, entre ellos, surgen sentimientos como llantos, ansiedad, depresión que se extendía al momento de ir a dormir. Los padres volvían a visitarlos a la guardería pero sus hijos seguían manteniendo la misma conducta que cuando se habían ido por primera vez. A medida que los días pasaban los niños lograban entablar un contacto con alguna niñera.

El paso por la guardería había generado el descenso en su autonomía, ingresaban con control de esfínteres y a medida que pasaba el tiempo lo iban perdiendo.

Al volver a sus casas junto a sus padres se mostraban desapegados y con una mirada vacía dirigida a su madre. Los autores concluyeron que cuando un niño es privado de sus padres y colocado en una guardería frente a extraños, los sentimientos que desarrollan es miedo a ser separado nuevamente de su entorno familiar.

En los años 60 Ainsworth recopila todo lo estudiado en las investigaciones anteriores y trabaja con una muestra de bebés de clase media. Observa su conducta social y apego hacia el primer año de edad. Concluye, que en los niños de dos años existen menos incomodidad con la ausencia de su madre, elaboran estrategias cognitivas más perfeccionadas, hay más conexión ocular y su conducta de apego es mejor.

2.2 *¿Qué es el apego?*

El apego (Casullo, 2005) es entendido como un proceso donde se establece un vínculo entre el infante y el cuidador que le brinda seguridad y protección.

Este concepto es creado primeramente por Bowlby en el año 1982 y la psicóloga Ainsworth, ambos autores intentan explicar los efectos de los primeros vínculos que tiene el infante con su cuidador y que efectos psicológicos se desarrollan.

Bowlby crea su teoría a partir de su trabajo clínico como psiquiatra. Determina que las perturbaciones severas que se generan en los vínculos madre-bebé son los que desarrollan psicopatologías importantes en un futuro.

La teoría del apego se enfoca en estudiar los procesos a través de los cuáles los infantes crean sentimientos de confianza con la figura cuidadora adulta. Los comportamientos de apego posibilitan que el niño pueda acercarse al adulto. Sonreír y vocalizar son señales que dan cuenta que el niño presenta interés en interactuar y promover el acercamiento.

En cambio, llorar sería visto como una conducta más negativa hacia su cuidador que no demostraría tanta apertura. Si el sistema es activado con intensidad el niño finaliza el contacto con la madre, pero si la activación es moderada con la voz del adulto puede ser suficiente.

A su vez el sistema de apego necesita de representaciones mentales, figuras de apego, de sí mismo y el contexto.

El apego incluye componentes sociales, emocionales, cognitivos y conductuales, donde un infante confía en la protección que le brinda su cuidador.

Se define como apego seguro cuando el niño construye una representación mental de su figura cuidadora que resulta accesible cuando la necesita. Mientras que en el apego inseguro no existe esta representación mental.

Este sistema también puede activarse en momentos de peligro, estrés o novedad, la finalidad que tiene es mantener la proximidad y contacto con la figura de apego.

(Casullo, 2005) plantea que Ainsworth denomina “fenómeno de base segura” a la interacción que surge entre el infante-cuidador. Para ella se encuentran tres patrones de apego identificables: 1.Seguro, 2.Evitativo y 3.Resistente o ambivalente. A su vez propone tres patrones que organizan la conducta infantil al hallarse solos en una situación extraña.

1. Apego seguro: Experimentan estrés cuando la madre está ausente. Y alivio cuando regresa.

2. Apego inseguro resistente o ansioso ambivalente: Lloran y gritan frente a la ausencia, y enojo cuando el cuidador regresa.

3. Apego inseguro evitativo o huidizo: No muestran emoción frente a la presencia de la madre conservan una actitud fría y distante, no buscan el abrazo ni el confort materno.

Por otro lado, para Bowlby los sistemas de apego infantiles son los mismos que se observan en las relaciones amorosas.

Para otros autores como West y Sheldon Keller (1999) indican que hay una diferencia entre el apego infantil y el del adulto. En los adultos el apego es entre pares, no hay otros sistemas relacionales como pasa en la infancia y se incorpora las relaciones sexuales. Mientras que en los niños existe una dependencia entre el niño y su cuidador desde el nacimiento donde necesita atención y cuidados de un adulto que le brinde recursos para su desarrollo físico, psicológico y emocional. Según, como el cuidador responda a las señales de malestar del niño será la calidad de la relación de apego.

Síntesis de la teoría del apego:

- El apego es un vínculo afectivo específico.
- Entre el niño y su cuidador mantienen una relación asimétrica.
- La figura cuidadora promueve el desarrollo, crecimiento, enseñanza y apoyo material.
- Solo en circunstancias anómalas un niño crece sin construir su sistema de apego.
- Las figuras protectoras confiables hacen posible el hacer frente a situaciones de peligro.
- Un sujeto puede relacionarse con diferentes figuras de apego, esos lazos o unión serán diferentes no por su fuerza sino por la organización.

Por su parte, Vanegas (2017, p. 5) cita a Winnicott (1993) “Al principio de la vida no hay bebé y una madre, hay una relación” El ser humano no tiene la capacidad de cuidarse a sí mismo y sobrevivir por su propia cuenta. La familia resulta fundamental en esta etapa.

Los niños poseen varios vínculos sociales que se establecen en varios lugares como en la casa y la escuela. Se halla un mayor predominio de vínculos dentro de la familia como madre, padre, tíos, primos, abuelos, etc.

En la adolescencia las figuras de apego van cambiando y se transforman a medida que crece. Sus pares pasan a representar también figuras de apego.

Para el autor, Bartholomew existen otros tipos de apego en cuanto a la percepción que tiene una persona de sí misma (self) y de los demás. La unión de una visión positiva o negativa da como resultado cuatro estilos de apego:

1. Apego seguro: cuando una persona tiene una valoración positiva de uno mismo y percibe a los demás como personas de confianza, accesibles y sensibles.
2. Apego ansioso o preocupado: se atribuye a sí mismo atributos negativos como a los otros, busca la aprobación y la valoración en los demás. Confían en otro de manera desinteresada, son más sensibles a la soledad y la depresión.
3. Apego evitativo: evita la cercanía con los demás, confía en sí mismo pero desconfía de los demás, no conecta con las relaciones o vínculos próximos, establece una distancia y necesita independencia.
4. Apego temeroso o evasivo: tienen una visión negativa de sí mismos como de los demás, están en un estado de alerta con respecto a los otros, son reservados, suspicaces, temen ser rechazados (Castillo & Ganayoa, 2013).

Existe una relación de apego y adicciones según Vanegas (2017) cita a Girón (2005) quien expone que comprender la teoría del apego ayuda a evitar futuros trastornos de personalidad basados en un daño sucedido en la infancia.

Los vínculos de apego dañados hacen más propensa a la persona al consumo de drogas.

Este autor concluye:

- El apego es la relación que se logra con las personas durante la infancia, pueden ser padres, familiares cercanos o personas que no tengan parentesco.
- Las funciones familiares son importantes en el desarrollo del niño. La familia no solo es su primer contacto, sino su referente que estará para cuando vaya creciendo.
- Si hay un buen funcionamiento familiar el niño o adolescente tendrá autoestima, seguridad, normas y experiencias que ayuden a crear pensamientos, sentimientos y su futuro.
- Las adicciones se generan por factores psicológicos ambientales y sociales, asociados a experiencias traumáticas sufridas en los primeros años de vida, maltrato y abandono.

- Por último, el consumo de sustancias puede tener una correspondencia con el tipo de apego, ya que en gran medida los adictos tienen un vínculo roto o nulo con sus cuidadores en la infancia. Esta relación puede ser modificada o reconstruida en su futuro.

CAPITULO III AUTOCONCEPTO

3.1 ¿Qué es el autoconcepto?

El autoconcepto junta las percepciones y evaluaciones que tenemos de nosotros mismos.

Puede ser un autoconcepto general enfocado en nuestro desempeño o en un contexto específico como: físico, académico, social y afectivo.

Autoconcepto físico: nos referimos a la apariencia física y habilidad física. Hay un proceso que se lleva a cabo desde la adolescencia y durante la adultez. Se desarrolla entre los 12 a 35 años de edad. Hay menor cambio en la niñez, madurez o vejez.

Al finalizar la adolescencia y los primeros años de juventud las autopercepciones tienden a mejorar y se mantienen por lo general estables durante el resto de la vida (Goñi, 2009).

Al referirnos al sexo varía según mujeres y hombres. En las mujeres el autoconcepto es peor en comparación a los hombres. Mantiene un vínculo con las variables psicológicas como bienestar y malestar psicológico.

Autoconcepto social: varía según los diferentes contextos de acuerdo a donde la persona se desempeñe. Representa la forma en que percibimos nuestra propias habilidades sociales con respecto a los demás.

Autoconcepto personal: es la idea o imagen que tiene una persona de sí misma de acuerdo a su propia individualidad. Se forma desde el comienzo como bebé, luego en la niñez comienza a interactuar en un entorno para adaptarse socialmente. Adquiere normas, conocimientos, valores y costumbres.

La información la adquirimos gracias a las experiencias personales que vivimos sean positivas o negativas y la forma en que los demás nos observan o valoran.

(Moreno y Del Barrio, 2000) aseguran que la familia, la escuela, los compañeros nos devuelven una imagen que ayuda también a ver nuestra propia imagen.

En los bebés sucede que comienzan a percibir sensaciones y deseos como propios diferenciados del mundo exterior.

En la niñez, incorporan más información o datos en la manera que se ven a sí mismos. Mientras que en la adolescencia existe una necesidad de pensar en uno mismo. Es en esta época donde el autoconcepto comienza a modificarse porque la continuidad del yo suma aspectos no solo físicos, sino también psicológicos. Incrementándose luego los aspectos ideológicos, morales y religiosos.

3.2 Teorías Psicológicas

El autoconcepto es importante en el desarrollo de la personalidad está presente en varias teorías psicológicas. Ayuda a lograr un mejor desempeño en la vida profesional, social y personal del individuo logrando que se sienta bien con su propia imagen (Goñi, 2009).

En el siglo XX hubo varios autores como James (1890), Cooley (1902) y Mead (1934) que investigaron sobre esta temática.

El estudio del concepto de “sí mismo” fue muy interesante en los campos de la filosofía y psicología. En 1890 en el área de la psicología William James crea una teoría sobre el sí mismo “self” que se basa en la introspección de uno mismo y la mirada de los demás. Propone el concepto de ego empírico que es clasificado en ego material, ego social y ego espiritual.

- Ego material: Es todo lo relacionado a los objetos y el cuerpo.
- Ego social: Son observaciones que realizan las personas hacia el sujeto.
- Ego espiritual: Se integran los procesos de pensar y razonar (García Flores, 2005).

Cooley (1902) proporcionó otra definición de autoconcepto; considera que el sí mismo deriva de las percepciones que poseen los demás sobre una persona. Él crea la *Teoría de looking glass-self*: Las autopercepciones dependen del feed back de los otros.

Posteriormente, esta teoría es extendida por Mead en 1934. El autoconcepto se crea en un contexto social que se ve influenciado por las conductas de las personas con las que nos relacionamos. Cada individuo intercambia de forma mental roles con el otro; adoptamos así una perspectiva dual. Diferencia el “Yo” haciendo referencia al aspecto sujeto del proceso del sí-mismo y “Mi” el aspecto objeto.

A mediados de los años 70’ aparece un cambio en la forma de como entendemos el autoconcepto y se pasa de pensar desde una visión unidimensional a una mayormente jerárquica y multidimensional. Entre los modelos encontramos teorías de Shavelson, Hubner y Stanton (1976). Definen este término como la percepción que tiene cada uno de sí mismo el cual se construye a partir de experiencias y vínculos con el entorno, donde las personas representativas cumplen una función importante.

A su vez, Markova (1982) suma otra definición, el autoconcepto es el intercambio que depende de las características que posee cada uno. Bene y Lypka (1986) expresan que los niños construyen su propio autoconcepto en relación a roles importantes que hay dentro de la familia, amigos o compañeros cercanos. (Vega Munar, 2016).

Carl Rogers (1992) psicólogo humanista proporciona otra definición sobre el autoconcepto para él se clasifica en tres fundamentos:

- **La imagen de ti mismo:** es necesario reconocer que la auto-imagen puede no coincidir con la realidad. Es decir, las personas pueden tener una auto-imagen inflada, alterada creer que son mejores de lo que realmente son, entre otros aspectos o tener una autoimagen negativa percibiendo o exagerando los defectos o debilidades.
- **La autoestima:** algunos factores pueden influir de manera positiva o negativa en nosotros cuando somos comparados con los demás. Cuando las personas tienen una respuesta positiva a nuestra conducta desarrollamos una autoestima positiva.
- **El yo ideal:** frecuentemente la forma en que nos vemos no coincide en cómo nos gustaría vernos.

En síntesis, dice que el grado de autoconcepto depende de la persona y su coherencia o incoherencia. La incoherencia aparece en la infancia cuando los padres condicionan a sus hijos a recibir afecto cuando “se lo ganan”. El niño

distorsiona su recuerdo o experiencias donde se ha sentido no merecedor. Por otro lado, el amor incondicional crea coherencia. Los niños no falsean sus recuerdos para creer que son aceptados por otros.

3.3 Otras definiciones de autoconcepto

Branden en el año 2004 propone 6 pilares:

- 1. Auto-conocimiento:** la persona tiene que entender su mundo interno y externo de manera que comprenda aquello que hace.
 - 2. Auto-aceptación:** poder obtener pensamientos propios, experimentar emociones y mirar cara a cara las acciones.
 - 3. Auto-responsabilidad:** ser responsable de los actos, acciones y decisiones. Cuando se logra esto el sujeto puede adaptarse a cualquier ámbito social.
 - 4. Auto-afirmación:** debe ser comprendida de manera racional, no ser invadido por el temor o desaprobación de alguna persona. Se evita que el yo se vuelva irreconocible.
 - 5. Auto-propósito:** consiste en alcanzar la claridad de los objetivos y metas personales.
 - 6. Auto-integridad:** coherencia en las palabras y actos. Esto ayudara a que los actos y el valor sean aceptados según el entorno en el que se desarrolle.
- Sí estos pilares son integrados correctamente en el adolescente se sentirá confiado en la vida y podrá desenvolverse en cualquier ámbito.

Para Harter (1990) el autoconcepto son las percepciones que la persona tiene de sí mismo en diferentes ámbitos en los que se desenvuelve.

Desarrolla las siguientes dimensiones:

- Física: es la imagen corporal que tiene el individuo.
- La amistad: capacidad que tienen las personas de compartir los pensamientos y objetos.
- Conducta: son las acciones correctas o incorrectas que lleva el sujeto.
- Social: número de amigos y como los demás lo aceptan. (García Flores, 2005).

3.4. Autoestima

Benaim (2005) cita a varios autores que hablan sobre la autoestima:

Rosenberg (1996) dice que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia nosotros. Se apoya en una base afectiva y cognitiva. La persona siente de determinada forma en relación a lo que piensa de sí mismo.

Coopersmith (1996) sostiene que es la evaluación que el individuo hace de sí mismo. Se expresa por una cierta actitud de aprobación o desaprobación que muestra el grado en el cual el individuo cree para ser productivo, digno e importante.

Mussen, Conger y Kagan (2000) para ellos es el juicio que realizan las personas acerca de si mismos y las actitudes que toman respecto de sí.

Otros autores como McKay y Fanning (2000) dicen que el autoconcepto y la autoestima son importantes en la vida de la persona.

Tener un autoconcepto y autoestima positivos ayuda en la vida personal, profesional y social.

Entonces la autoestima nos ayuda a entendernos y comprender a los demás, es importante para lograr una vida plena. A su vez es la confianza y el respeto por uno mismo. Es el juicio que cada uno hace para enfrentar los desafíos de la vida. Es sentirse capaz, valioso y apto para resolver problemas.

Es importante durante todas las épocas de la vida pero sobre todo en la infancia y adolescencia. La influencia más poderosa viene a través de sus padres y profesores. Esto influirá en su autoestima de acuerdo a que creencias brinden hacia la persona, sea negativa o positiva.

Según Cooper Smith (1996) la autoestima puede variar de acuerdo al sexo, la edad y otras condiciones. Puede haber distintos grados, las personas pueden experimentar un autoestima alta, baja o media.

Alta: confían en sus propias percepciones, tienen niveles de ansiedad, esperan tener éxito y se acercan a personas que saben que las van a recibir.

Media: presentan dificultad en percibirse a sí mismos, tienen conductas positivas, son optimistas y aceptan las críticas. Se sienten poco atractivos, con depresión e incapaz de expresarse.

Baja: son personas que suelen sentirse inseguras y dependen de la aceptación de los demás.

3.5 Antecedentes

Casavielles et al. (2019) realizaron un estudio descriptivo con 612 adolescentes y foráneos consumidores de sustancias que habían ingresado a las Comunidades Terapéuticas de El Cocal y El Quinqué. Observaron en esta muestra que la mayor cantidad del sexo masculino entre 20 y 24 años comenzaba su consumo entre los 14 y 17 años. Es durante esta etapa donde aparece el mayor consumo problemático. Comienzan a experimentar mayores cambios en el área física, aspectos psicosociales y se encuentran en mayor riesgo al probar cosas nuevas, entre ellas el empleo de sustancias. Mientras que el consumo adulto se diferencia de los adolescentes porque hacen un uso continuado de la sustancia. Las principales drogas en uso fueron el alcohol, la marihuana y la cocaína. Los autores concluyeron que los factores de riesgo fueron personales y familiares, cruciales para el uso y abuso de drogas legales e ilegales que producen un gran deterioro de sus vidas.

De la misma forma Sedronar (2008) realizó un estudio en una población de 12 a 65 años en distintas partes de Argentina. Se observó el nivel educativo, zona de residencia, sexo y tipo de droga consumida. El principal abordaje fue establecer los factores de riesgo asociados al consumo y el impacto que influye en la salud, en el trabajo y ámbito familiar. Este estudio descubrió que es aproximadamente a los 16 años, durante la adolescencia cuando se inicia el uso de sustancias y crece paulatinamente su empleo. Las principales drogas consumidas son el alcohol, marihuana, cocaína LSD y éxtasis. El alcohol es utilizado mayormente en las salidas nocturnas y es la más accesible para el público, luego el consumo se extiende a la marihuana, cocaína y LSD. La mayor incidencia de sustancias se encuentra en las personas que tienen su secundario completo comparado con otra formación. Se observó que uno de los principales factores de consumo es el acceso a la compra, y la curiosidad. La familia y las amistades afectan y promueven el consumo.

Otras investigaciones como la realizada por Jinés et al; (2003) estudiaron los factores de riesgo y uso de drogas en estudiantes de formación secundaria de México. Informaron que las mujeres tienen un menor porcentaje de empleo de drogas en comparación con los hombres y que el inicio aproximadamente comienza a los 13 y 20 años de edad. En cuanto al nivel educativo hay mayor empleo de drogas a medida que pasa de grado. Por un lado están formándose pero también se pueden estar alejando de sus familiares agrupándose a

encuentros con amigos lo cual hace más probable el uso de sustancias. En esta muestra las drogas más utilizadas fueron: alcohol, tabaco, analgésicos, inhalantes, solventes, opiáceos y alucinógenos. En menor proporción marihuana, cocaína, tranquilizantes entre otros. Los autores concluyen que el empleo se da de forma experimental, por curiosidad, e influencia de los amigos y la búsqueda de placer. A su vez los adolescentes que viven con su familia no directa manifestaron relaciones intrafamiliares poco favorables y mayor incidencia en el empleo de drogas. Esto podría deberse a que no sienten afecto o un comportamiento claro por parte de sus mayores. Al contrario experimentan amenazas, intromisiones en su vida y se sienten ignorados con lo que le sucede.

Por su parte, Velázquez et al; (2016) estudiaron el empleo de tabaco y alcohol en una población adolescente en la secundaria y bachillerato. Concluyeron que la edad de inicio fue aproximadamente a los 13 años, y que el incremento de empleo de sustancias crece al avanzar de año escolar.

Otros autores como Cáceres et al; (2006) realizaron una muestra de 763 universitarios para estudiar los factores de riesgo y de protección relacionados al consumo. Informaron que el alcohol es la droga más consumida por los universitarios así como el tabaco, la marihuana, éxtasis, opiáceos, cocaína, entre otras. Expresan que los factores psicológicos evaluados se relacionan con el uso de todas las drogas legales e ilegales.

Por su parte, Lara et al., (2019) estudió en 34.300 personas de 16 a 65 años de edad y el crecimiento en el consumo de drogas legales a ilegales. El primer uso generalmente se presenta con el cannabis y el alcohol, esto facilita el contacto posterior con otras sustancias como cocaína, LSD y éxtasis. Concluyeron que en la caso de la marihuana los resultados presentaron a los hombres como mayores consumidores. Un acceso a la sustancia y diagnóstico de depresión facilitaría su mayor incidencia. Mientras que en el caso de la cocaína y el éxtasis la mayor frecuencia se presentó en hombres mayores. El empleo de drogas habilitaría el empleo de otras más fuertes .

A la vez Zapata Vanegas (2009) trabajo con áreas a tener en cuenta para obtener resultados positivos en el tratamiento con adicción a las drogas y el apoyo familiar. Propone que es recomendable para las personas que padecen problemas de adicción sean acompañadas por sus familias como

parte de su proceso de recuperación. Es necesario que la familia pueda entender lo que le está sucediendo a la persona adicta y así poder acompañarla desde un programa de intervención que facilite su estadía dentro de la comunidad o centro en el que se encuentra. Lo que se espera es alcanzar una conversación clara, roles definidos, y compartir opiniones para dar un mensaje más afectuoso. Si la persona puede confiar hablará de lo que le sucede y compartirá sus inseguridades.

Finalizaron su estudio argumentando que si bien estos modelos familiares propuestos pueden ayudar en el problema de adicción puede haber barreras. Como que haya una red familiar ausente, que no se comprometan en el tratamiento junto al paciente, trastornos mentales en familiares y una gran negativa a participar en las fases de recuperación. Por lo cual se deben buscar alternativas que ayuden a la comunicación positiva con las personas bajo tratamiento.

Sin ir más lejos, (Costa ,2014) Investigó en una muestra de voluntarios integrado por 30 familiares dividido en dos grupos. El primero, familiares de pacientes bajo tratamiento que van a grupos terapéuticos y el otro grupo, familiares que se encuentran internados en la comunidad terapéutica. Entre ellos son: padres, parejas, amigos, primos, entre otros. La edad oscila entre los 21 a 72 años. A la conclusión que llegó fue que hay disfuncionalidad de parte de las familias o situaciones de conflictos en los vínculos con el paciente consumidor de sustancias. Aparecen variables que comienzan a verse afectadas como en la comunicación, nivel de satisfacción, estrés, la familia no logra adaptarse a esta situación siendo allí donde aparecen roles rígidos. Este sistema sostiene el síntoma adictivo y la dependencia en las relaciones porque la familia se niega a cambiar.

También Candina et al; (2014) exploraron el impacto de las familias sobre una muestra de 43 consumidores de sustancias con edades comprendidas entre 13 a 19 años y jóvenes de 20 a 29 años. Concluyeron que un gran porcentaje de los pacientes presenta familiares policonsumidores. genera que sus hijos también tengan una relación cercana con diferentes drogas generando un factor de riesgo para la persona en recuperación.

Otros estudios como (Bedriñana et al; 2008) investigaron si los amigos y amigas repercutían en el consumo de drogas de las personas. La investigación

estuvo conformada por 1030 sujetos entre 12 a 26 años. Los resultados arrojaron que los pares influyen en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias. Como también ayudan con la búsqueda de identidad, libertad y motivación. Los motivos de consumo suelen ser por curiosidad, diversión o costumbres de grupo. Aparece la creencia recurrente que se droga porque sus amigos lo hacen. Otra de las creencias es que el drogarse ayudara a relacionarse mejor con los demás. Las situaciones de mayor consumo se encuentran en las fiestas, los bailes y las reuniones con amigos.

Asimismo, Carmona y Peña (2017) investigaron sobre los factores que influyen en la incidencia del consumo. Plantean que la adicción y el uso de sustancias se ven afectados por factores individuales, psicológicos y familiares. La familia es importante en todo el proceso de crecimiento de la persona así como la instancia de sociabilización, las creencias, valores, conductas, etc. Todo esto promueve la formación del niño hacia la adolescencia. Entre los factores de riesgo con mayor prevalencia fueron: la familia, los amigos, la escuela y los asuntos personales.

Por otro lado en los referido a estudios sobre el apego, autores como (Schindler et al 2005), citado en González, (2019) estudiaron estilos de apego con sustancias. Comprobaron que la adicción está relacionada con el apego inseguro. Este trabajo consiste en proponer un tratamiento para tratar el consumo de sustancias. Investigaron que cada estilo varía según el cuestionario o instrumento utilizado para evaluarlo. Los más empleados son: el modelo HSSR, AAI y el modelo de Bartholomew. Según los estudios que usaron el modelo HSSR obtuvieron que hay una relación entre el estilo de apego evasivo y la adicción a sustancias. Mientras que los que utilizan el modelo AAI y el de Bartholomew obtenían un estilo temeroso y devaluador. Schindler et al (2005) citado en González,(2019) comprobaron que en una muestra de adolescentes utilizando el modelo de Bartholomew obtenían un estilo de apego temeroso lo que indicaba la relación con el apego y adicción a sustancias.

En otros estudios establecidos por Schindler y Broning (2015) estudiaron los estilos de apego en adolescentes y adultos. Relacionaron la adicción con el estilo de apego inseguro. En los jóvenes se obtuvo un estilo de apego temeroso y en los adultos el estilo fue irresuelto. Esto significa para ambos

grupos que el consumo estaría relacionado con una manera de abordar la falta de estrategias intentar auto medicarse y aliviar la angustia que se experimenta.

En cuanto a la relación de estilos con la sustancia encontraron que para casi todas las sustancias como: cocaína, anfetaminas, opiáceos, éxtasis entre otros coincidían los estilos encontrados. Pero en el empleo del cannabis obtuvieron un estilo devaluador y seguro. Concluyeron que comprendiendo su apego se puede comenzar a entender al paciente, por que recurrió a la droga, que cuestiones de su infancia no pudo sanar antes. Principalmente se debe poder lograr empatía y mantener una alianza terapéutica. Esto podrá ser de ayuda para que la persona pueda mejorar sus relaciones sociales, cambiar sus viejos patrones y aprender a vincularse mejor con las personas. También podrá darse cuenta que vínculos tóxicos dejar atrás y relacionarse de una forma más sana.

De igual forma Pazmiño (2016) realizó una investigación donde buscó relacionar los estilos: seguro, evitativo, preocupado e huido temeroso en consumo de sustancias como alcohol y tabaco en una población subclínica de Ecuador. La muestra estuvo conformada por un porcentaje mayor en mujeres que hombres. Se obtuvo que los estilos huido-temeroso y evitativo correlacionaban con el empleo de alcohol mientras que para el tabaco fue un estilo evitativo y comorbilidad con depresión.

Bartholomew y Horowitz (1991), citado en (Pazmiño, 2016) informa que las mujeres puntuaban más en estilo de apego preocupado, mientras que los hombres en el estilo evitativo. Esto sugiere que las mujeres presentan menor autoestima, dependencia y necesitan ser aprobadas por los demás mientras que los hombres tienen por el contrario una imagen positiva de sí mismos pero ven las relaciones interpersonales como algo menor. Se concluyó que poseer rasgos depresivos en conjunto con un estilo evitativo desarrollaría el consumo. Esto se empezaría a gestar en la infancia y se continuaría en la adultez.

También Pinos & Monsalve (2016) realizaron un estudio descriptivo con una muestra de 27 hombres adultos internados en comunidades terapéuticas en Cuenca. Se buscó saber cuál era el estilo de apego en consumidores de alcohol. Avalaron esta investigación junto con otros autores como Thorberg & Lyvers (2010) que argumentan que la relación entre el apego inseguro, el miedo a la intimidad, y el no poder regular sus emociones influyen en el abuso

de sustancias. En muchas ocasiones el empleo se establece para regular las emociones, el rechazo, aliviar el dolor, reducir la ira, y lograr una cierta seguridad. Por su parte Talavera (2012) expone que en el estilo preocupado la persona desea acercarse pero a la vez teme ser abandonado y posee poca autonomía. Sus figuras de apego han ayudado a que sienta con resentimiento, desconfianza, que le cueste comprometerse, y en muchos casos suelen presentar conductas celotípicas. Esto generaría un mayor contacto y consumo con el alcohol. Los resultados concluyeron en la muestra evaluada que los estilos de apego preocupado correlacionan con la adicción al alcohol.

A su vez Barbarías et al; (2019) investigaron en una muestra de 150 participantes donde 114 fueron mujeres y 36 hombres. Se buscó descubrir cuál era la relación entre el estilo de apego, consumo de sustancias y dependencia emocional. A la conclusión que llegaron fue que el uso de alcohol se relacionaba con la permisiva parental es decir que no tenían un recuerdo de límites puestos en la infancia por parte de su familia. Los estilos de apego ansioso-ambivalente o evitativo suelen ser factores de riesgo en el consumo de sustancias. Se encontró que los hombres puntuaban más alto en el abuso de drogas desde la adolescencia hasta la adultez en comparación con las mujeres.

Por otro lado trabajos referidos al autoconcepto como el abordado por (Membrilla & Martínez ,2000) realizaron su estudio en una muestra de 1235 sujetos 684 hombres y 551 mujeres. Sé busco saber si existían diferencias entre los adolescentes con respecto a su autoconcepto.

Los resultados establecieron que los chicos presentan mejor percepción de sí mismos, la adaptación personal en las chicas sería diferente ya que presentarían ansiedad, inestabilidad emocional o depresión. Otra cuestión que se observo es que durante la adolescencia esto también se ve afectado en ellas ya que comienza a existir una cierta inseguridad con su imagen.

Otra investigación realizado por Núñez y Albo (2004). Realizaron su estudio en un grupo de 410 sujetos con formación universitaria. El objetivo fue comprobar si había diferencias entre el autoconcepto, el rendimiento escolar y el género. Concluyeron que los hombres puntúan más alto que las mujeres. Ellas tienen una percepción de sí mismas negativa en cuanto a su valía. No se encontró diferencias en cuanto al área educativa.

Cotrina y Rodríguez (2016) realizaron su investigación en una muestra de hombres y mujeres en una población adolescente. Se buscó analizar la autoestima en su proyecto de vida como factor de prevención del consumo. Concluyeron que por lo general las personas que no piensan sobre su proyecto de vida suelen tener miedo al tomar decisiones y presentan baja autoestima esto puede ocasionar que accedan fácilmente al consumo de drogas. Hay una relación en la adolescencia entre el consumo de adicciones y una baja autoestima. Cuando el adolescente pueda planificar metas a corto y largo plazo tendrá su energía focalizada allí. Esto hará que se sienta seguro de sí mismo y que desarrolle una mejor autoestima. Un buen clima familiar y autoestima prevendrá el consumo de sustancias.

Dorregaray (2017) trabajo con varios modelos teóricos para aplicar el modelo Clemens (1999) que analiza la autoestima en cuatro componentes que se basan en todo lo vivido por el sujeto en la primera infancia. El primero cuando se cumplen ciertas condiciones como la satisfacción que tiene la persona al entablar vínculos que resultan importantes para él, segundo, cuando respeta sus diferencias y atributos que lo hacen ser diferente, especial y los otros lo respetan por ello. Tercero, la capacidad de contar con recursos, capacidad y poder modificar aspectos de la vida cuando sea necesario. Y cuarto cuando su comportamiento es influido por modelos humanos, filosóficos o prácticos.

Robins (2010) citado en Dorregaray (2017) dice que hay una relación entre la baja autoestima y el incremento de uso de alcohol. Por su parte Trzesniewski (2006) citado en Dorregaray (2017) plantea que es importante tener una autoestima saludable para evitar problemas en la vida adulta en el área física y mental. Concluyeron que una autoestima abordada en la adolescencia influye en la adultez.

Por último, Ochoa y Olaizola (2003) estudiaron en 762 adolescentes de distintos géneros en la dimensión de autoestima en consumidores de drogas. Para comprender como se ve afectada la autoestima por el empleo de sustancias es necesario tener un análisis multidimensional. Los resultados arrojaron que hay una relación entre autoestima y el uso de la sustancia. Una de las asociaciones que se hace es que hay un consumo en grupo durante la adolescencia es allí donde se empieza a identificar y asumir valores que los llevan a sentirse como seres sociales.

CAPITULO IV METODOLOGIA

4.1 OBJETIVOS

4.2 OBJETIVOS GENERAL

Indagar los estilos de apego y autoconcepto en hombres y mujeres con historia de consumo abusivo de sustancias, que integran las Comunidades Terapéuticas El Reparó, ubicado en San Miguel, y Sendero de Vida Ranelagh Uno, ambas correspondientes a la provincia de Buenos Aires.

4.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Describir la muestra según variables sociodemográficas, a saber: Edad, género, estado civil, zona de residencia, nivel de educación alcanzado, características de la comunidad terapéutica, tipo de tratamiento recibido, tipo de droga que consumió, vía de administración más frecuente, edad de inicio y de cese de consumo, forma por la que acudió al centro, presencia / ausencia de red social.
- b) Identificar el estilo de apego más preponderante según el género.
- c) Comparar si existen diferencias en los estilos de apego según la edad.
- d) Describir el tipo de autoconcepto que predomina en adolescentes y adultos.
- e) Conocer si existen diferencias en autoconcepto en hombres y mujeres.

4.4. HIPOTESIS

H1: Existirán diferencias con respecto al estilo de apego inseguro entre hombres y mujeres.

H2: Los adolescentes presentarán diferencias de estilo de apego inseguro con respecto a los adultos.

H3: Los hombres tendrán un mayor grado de autoconcepto en relación con las mujeres.

H4: Los adolescentes presentaran diferencias en su autoestima en comparación a los adultos.

4.5 JUSTIFICACION Y RELEVANCIA

La relevancia teórica del presente estudio consiste en ampliar el conocimiento sobre los estilos de apego y de autoconcepto en personas adultas y adolescentes con historia de consumo abusivo de sustancias que integran Comunidades Terapéuticas. Emplear estas muestras permitirá abordar tales conceptos en un contexto distinto a lo habitualmente planteado hasta el momento. Asimismo, podría propiciar el desarrollo de modelos teóricos novedosos que permitan entender de forma más específica poblaciones con dichas características. Por otra parte, la información y los datos recogidos podrían contribuir a la mejora, así como también al desarrollo, de planes de tratamiento e intervenciones más eficaces y efectivas para personas que han pasado por una situación de consumo abusivo de sustancias.

4.6 TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO

Se realizó una investigación cuantitativa de tipo *ex post facto*, es decir es un estudio donde hay limitaciones para el contraste de las relaciones causales por la imposibilidad de manipular la variable independiente (León & Montero, 2007). Su diseño es evolutivo transversal, se compararon grupos que tienen diferentes valores en la variable edad en un único momento temporal.

4.7. Participantes

La muestra estuvo conformada por 120 participantes de los cuales 64 fueron hombres y 56 mujeres. Las edades de las personas oscilaron entre los 16 y 30 años. Se consideró como adolescentes a personas entre 16 a 25 años y como

adultos a sujetos entre 25 a 30 años. Todos los participantes contaban con una historia de consumo de sustancias y se encontraban en tratamiento en dos Comunidades Terapéuticas de la provincia de Buenos Aires al momento de la recolección de datos.

Criterios de inclusión:

- Edad comprendida entre 16 y 30 años
- Que se encuentren rehabilitándose en un Centro o Comunidad Terapéutica
- Que acepten participar de la investigación
- Que residan en Capital Federal y Gran Buenos Aires

Criterios de exclusión:

- Edad superior a los 30 años
- Personas que presenten daños neurológicos severos

Se tomó una muestra no probabilística con tipo de muestreo intencional, es decir que fue seleccionado a criterio del investigador (Hernández-Sampieri et al., 2010).

4.8 Procedimiento

Para comenzar el estudio se obtuvo la autorización de ambas Comunidades Terapéuticas por parte de sus directivos y profesionales psicólogos a cargo. El primer contacto fue vía telefónica para dar cuenta en qué consistía la investigación y se envió por correo electrónico los instrumentos de medición a utilizar para su aprobación. Una vez aprobado el ingreso por parte de la institución, se concretaron los días y horarios para la toma de datos. Se visitó a cada una entre 3 y 4 veces, con una duración aproximada por encuentro de 45 minutos. Los datos se recogieron entre Diciembre de 2019 y Marzo de 2020.

A los participantes se les dio una breve explicación sobre la investigación y se les invitó a participar de forma voluntaria y anónima. A continuación, se

proporcionó a cada uno un formulario abrochado dividido en tres secciones, primero información sociodemográfica que debían completar, luego el cuestionario de apego adulto donde la persona debe elegir según la frase cuan de acuerdo o en desacuerdo esta con cada una y, por último, la escala de autoconcepto que tiene la misma metodología que el cuestionario anterior (ver Anexo). Una vez recolectados los datos se proporcionó un espacio de dialogo para comentar dificultades encontradas a la hora de llenar los formularios y/o sentimientos surgidos por esta actividad a pedido de los participantes.

4.9 TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Instrumentos

Cuestionario de evaluación de apego adulto de Bartholomew y Horowitz (1991) en su versión en español traducida y adaptada por Melero y Cantero (2005). Está compuesto por un total de 40 ítems con un formato de respuesta tipo Likert que oscilan desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). El cuestionario evalúa cuatro tipos de apego:

1. Preocupado (Ítems: 14, 26, 18, 30, 23, 8, 10, 12, 34, 39, 37, 3* 21*)

2. Temeroso (Ítems: 4, 2, 36, 7, 29, 20, 24, 31, 9, 17, 13)

3. Seguro (Ítems: 1, 38, 32, 40, 16, 27, 11* 35*)

4. Huidizo (Ítems: 28, 22, 6, 19, 15, 33* 25*)

Para cada uno de estos estilos se obtiene un puntaje total tras la suma de los ítems correspondientes. De esta forma, se obtienen 4 puntajes por sujeto evaluado. El cuestionario informa un coeficiente de Alpha de Cronbach de .86. El índice obtenido para la muestra del presente estudio fue de .84 lo cual indica que su validez es fiable y adecuada.

Escala de autoconcepto de Tennessee de Fitts (1955), versión en español traducida, adaptada y validada por Rosado (1992). Compuesta por 100 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que oscilan desde 1 (Completamente falso) hasta 5 (completamente cierto). Está formada por tres subescalas: Autoconcepto, Autoestima y Autocomportamiento.

El puntaje total se obtiene sumando los ítems de cada escala.

1. Autoconcepto (Ítems 01, 02, 03*, 18, 19*, 20, 04, 05, 06*, 21, 22*, 23*, 07, 08, 09, 24, 25*, 26*, 10, 11, 12*, 27, 28*, 29*, 13, 14, 15*, 30, 31*, 32*)

2. Autoestima (ítems 35, 36, 37*, 52, 53*, 54*, 38, 39, 40*, 55, 56*, 57*, 41, 42, 43*, 58, 59*, 60*, 44, 45, 46*, 61, 62*, 63*, 47, 48, 49*, 64, 65*, 66*)

3. Autocomportamiento (ítems 69, 70, 71*, 85, 86*, 87*, 72, 73, 74*, 88, 89*, 90*, 75, 76, 77*, 91, 92*, 93*, 78, 79, 80*, 94, 95*, 96*, 81, 82, 83*, 97, 98*, 99*)

Los diez ítems restantes : 16,17,33,34,50,51,67,68,84 y 100 pertenecen a la escala autocritica, no miden los aspectos de autoconcepto solo sirven para validar el instrumento.

El coeficiente de Alpha de Cronbach informado originalmente para esta escala fue de .72. Para la muestra utilizada se obtuvo un índice de .77, sugiriendo una confiabilidad similar.

Datos sociodemográficos

Se exploraron las siguientes variables:

- Edad
- Genero
- Estado civil
- Zona de residencia
- Nivel educativo
- Característica de la Comunidad Terapéutica
- Tipo de tratamiento recibido
- Tipo de droga que consumió
- Vía de administración más frecuente
- Edad de inicio y cese de consumo
- Presencia y ausencia de red social

Las escalas y el cuestionario sociodemográfico se presentaron mediante un formulario único con tres secciones (ver ANEXO).

ANALISIS DE DATOS

Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 2.0. Las variables analizadas cumplieron con los criterios de normalidad y homocedasticidad ($p > .05$) por lo que se utilizó la prueba t de Student para

comparar diferencias en los estilos de apego y las dimensiones de autoconcepto según la edad y el género. En todos los casos el nivel de significancia estadística se estableció en .05. Para cada escala utilizada se calculó el coeficiente de Alpha de Cronbach. Se obtuvieron índices entre .83 y .77 lo que sugiere una buena confiabilidad.

CAPITULO V RESULTADOS

Descripción de variables sociodemográficas

- Estado civil
- Genero
- Edad
- Zona de residencia
- Nivel educativo
- Tipo de droga que consumió
- Presencia y ausencia de red social

Grafico 1. Porcentaje de personas que se encuentran en pareja (color naranja) y solteras (color azul).

Como se observa en el gráfico 1, en la muestra evaluada existe un porcentaje levemente mayor en solteros (58,3%) que personas que están en pareja (41,7%).

Estado Civil

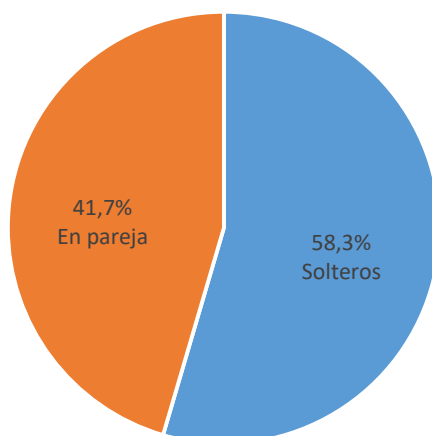


Grafico 2. Porcentaje de personas de género masculino (color amarillo) y femenino (color verde)

De acuerdo con la encuesta realizada, se observó que el 58.3% de la muestra respondió a la categoría masculino y el 46.7% restante con la categoría femenino (ver gráfico 2).

Sexo

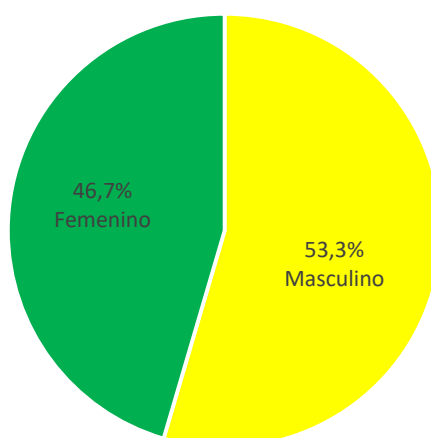


Grafico 3. Porcentaje de personas representados por grupos de edad, adultos (color naranja), adolescentes (color azul) y porcentaje de perdidos (color rojo).

El grafico 3 muestra que hubo un mayor porcentaje de adolescentes (61,7%) que de adultos (37,5%).

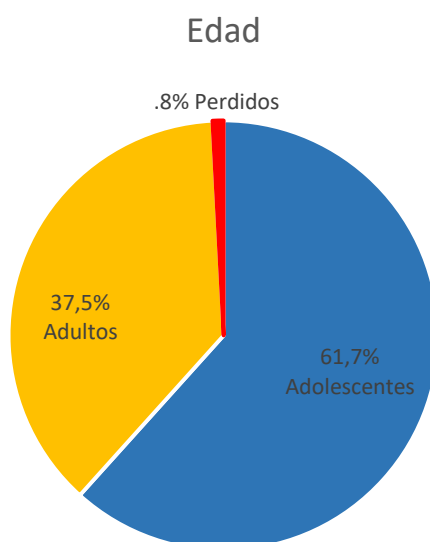


Grafico 4. Porcentaje de personas que viven en Ciudad Buenos Aires (color naranja) y Gran Buenos Aires (color azul)

Como puede observarse en el gráfico 4, el 55.8% de los participantes residen en el Gran Buenos Aires, mientras que el 43.3% lo hace en la Ciudad Autónoma.

Zona de residencia

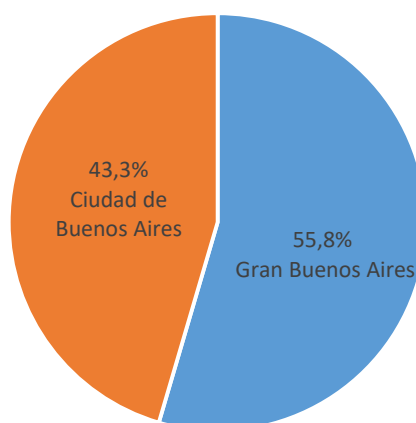


Grafico 5. Porcentaje que representa el nivel de educación: Primario completo (color azul), Secundario Incompleto (color naranja) y Secundario Completo (color amarillo)

En relación al grafico 5 se observó que más de la mitad de los participantes que concluyeron sus estudios secundarios (64.2%), mientras que un 19.2% no ha completado la primaria y el 16.7% no concluyó la secundaria

Nivel de educacion

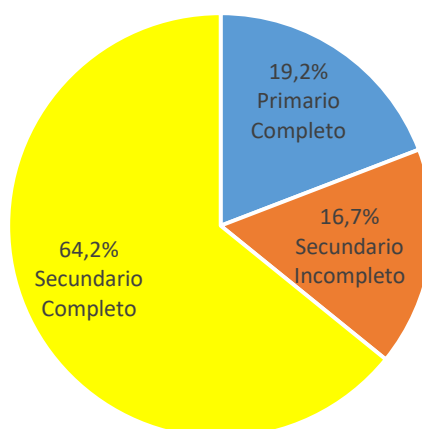


Grafico 6. Porcentajes que representan los diferentes tipos de droga, Alcohol, Marihuana, Lsd, Cocaína y otras en color naranja.

En cuanto a la droga más frecuentemente consumida, se encontró una mayor incidencia de Cocaína (35.3%), seguida por Marihuana (31.7%) y Alcohol (23.3%). El gráfico 6 muestra los porcentajes hallados.

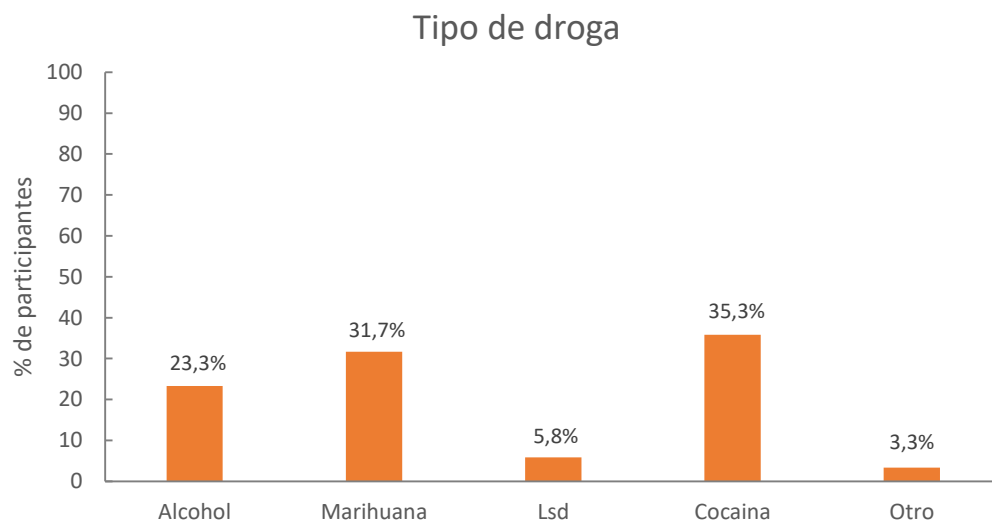


Grafico 7. Porcentajes que representan el apoyo familiar que reciben las personas que se encuentran dentro de la Comunidad Terapéutica. Casi siempre (color naranja), Siempre (color azul), Nunca (color verde), Pocas Veces (color amarillo), y A veces (color gris).

En el grafico 7 se puede observar que casi el 70% de las personas encuestadas reciben apoyo de sus familias frecuentemente.

Apoyo Familiar

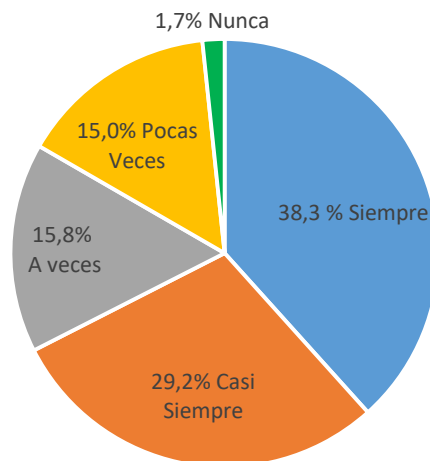
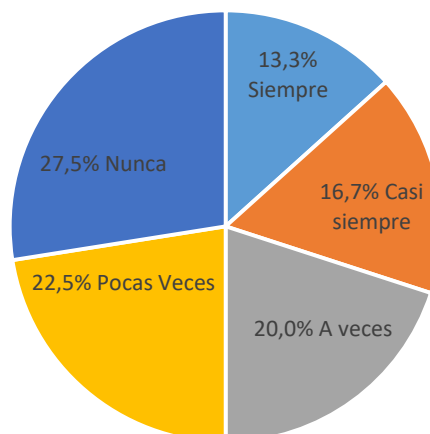


Grafico 8. Los siguientes porcentajes representan las visitas de amigos que reciben las personas dentro de la Comunidad Terapéutica: Nunca (color azul), Pocas veces (color amarillo), A veces (color gris), Casi siempre (color naranja) y Siempre (color celeste)

A diferencia de lo que ocurre con las visitas familiares, solo el 30 % de la muestra indica que recibe visita de pares y núcleo más cercano de forma frecuente (ver gráfico 8).

Visita de amigos



Estilo de apego en relación al género

En la tabla 1 se exponen los puntajes medios y desvíos obtenidos en cada tipo de apego para hombres y mujeres. Una inspección rápida sugiere que hombres y mujeres podrían diferenciarse solo en el estilo de apego seguro.

Tabla 1. Tabla de medias y desvío estándar estilos de apego

	Femenino	Masculino
	M (DE)	M (DE)
Preocupado	47,60 (1,31)	47,34 (1,18)
Temeroso	41,42 (1,31)	42,39 (1,13)
Seguro	30,39 (0,71)	28,76 (0,65)
Huidizo	25,19 (0,576)	25,26 (0,57)

Los hallazgos no confirman tales impresiones para las pruebas t indican que no se hallaron diferencias significativas para ninguno de los estilos de apegos.

Estilos de apego según la edad

En la tabla 2 se observan las medias y los desvíos para cada estilo de apego según la edad. Una mirada general de los datos indica que los adolescentes y adultos podrían diferenciarse en el estilo de apego temeroso.

Tabla 2. Medias y desvió estándar estilos de apego y edad

	Adolescencia	Adultez
	M (DE)	M (DE)
Preocupado	47,94 (1,01)	46,20 (1,57)
Temeroso *	43,29 (1,00)	39,73 (1,55)
Seguro	29,62 (0,59)	29,22 (0,83)
Huidizo[#]	25,67 (0,45)	24,44 (0,72)

* $p < .05$, [#] $p < .079$

Los resultados obtenidos al comparar los estilos de apego según la edad indican una diferencia estadísticamente significativa ($p < .05$) para el estilo temeroso y una tendencia ($p < .079$) para el estilo huidizo. En ambos casos los adolescentes muestran mayor puntaje que los adultos para estos estilos.

Dimensiones del autoconcepto según género

En la tabla 3 se exponen las medias y desvíos para hombres y mujeres en cada dimensión de autoconcepto. Una observación general indicaría que no hay diferencias entre uno y otro.

Tabla 3. Medias y desvió estándar dimensiones del autoconcepto según género

	Masculino	Femenino
	M (DE)	M (DE)
Autoconcepto	87,46 (1,27)	46,29 (1,57)
Autoestima	87,00 (1, 20)	89,28 (1,06)
Autocomportamiento	80,90 (1,62)	84,55 (1,58)

Los análisis estadísticos confirman estas impresiones, entre hombres y mujeres no se hallaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de autoconcepto ($p > .05$).

Dimensiones de autoconcepto según la edad

En tabla 4 se encuentran detalladas las medias y desvíos para cada una de las dimensiones de autoconcepto de acuerdo con la edad. No parecen observarse diferencias en ninguna de las dimensiones.

Tabla 4. Medias y desvío estándar. Dimensiones de autoconcepto y edad

	Adolescencia	Adulthood
	M (DE)	M (DE)
Autoconcepto	86,54 (1,22)	88,62 (1,17)
Autoestima	89,17 (1,02)	91,22 (1,31)
Autocomportamiento	81,83 (1,37)	83,33 (2,07)

Los resultados de las pruebas t confirman estas impresiones. No se hallaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de autoconcepto ($p > .05$).

CAPITULO VI

DISCUSION

La presente tesis estuvo dirigida a investigar si existían diferencias en los estilos de apego y las dimensiones de autoconcepto entre adolescentes y adultos, así como entre hombres y mujeres, con historia de consumo abusivo de sustancias que cursan su recuperación en dos comunidades terapéuticas de

la provincia de Buenos Aires: “Sendero de vida Ranelagh Uno” y “El Reparo”. Además, se registraron diferentes variables sociodemográficas.

Los principales resultados en relación a los análisis cualitativos indican que más del 60% de la muestra son adolescentes y ha completado el nivel secundario, que las drogas de mayor consumo fueron la cocaína y marihuana (35.3% y 31.7%, respectivamente) y que reciben más visitas de sus familiares que de sus amigos (67.5% vs 30%, respectivamente).

Beck et al. (1999) plantean que las personas consumen drogas muchas veces en búsqueda de placer, para experimentar euforia, para controlar una conducta, por impulsividad, búsqueda de excitación o poca tolerancia a la frustración.

Es en la adolescencia donde se presentan un mayor grado de historia de consumo abusivo de sustancias. De acuerdo a estudios previos autores como Casavielles et al. (2019) argumentan que es durante esta etapa donde aparece el mayor consumo problemático. Comienzan a experimentar mayores cambios en el área física se ven influidos por aspectos psicosociales y se encuentran en mayor riesgo al probar cosas nuevas, entre ellas el empleo de sustancias. Mientras que el consumo en la adultez se extendería de forma continuada. A su vez, informes de Sedronar (2008) indican que los jóvenes generalmente comienzan su consumo aproximadamente a los 16 años sugieren que durante esta etapa el consumo se vuelve incontrolable, y afecta la gran mayoría de las áreas de la persona. Es probable que esto constituya un factor de riesgo pues se observó que las principales causas de consumo son: el acceso a la compra, la curiosidad, y por otra parte las familias y las amistades que también influyen en el consumo.

Para la variable nivel de educación hubo un mayor porcentaje de personas que concluyeron sus estudios secundarios en comparación con sus estudios primarios. Los resultados avalan los trabajos anteriores, donde la mayor cantidad de personas consumidoras de alcohol, marihuana y cocaína tienen concluido el secundario completo .Sedronar (2008). De la misma forma Jinez et al; (2003) observaron que a medida que la persona avanza en el grado escolar aumenta el consumo abusivo. A su vez Velázquez et al; (2016) sostienen que es en esta etapa donde aparece una gran incidencia de

sustancias legales e ilegales. El consumo aparece en la escuela primaria, aumentando su uso en la secundaria y en otras formaciones más avanzadas. En cuanto al tipo de droga consumida los resultados de la presente investigación arrojaron mayor prevalencia de cocaína, marihuana y alcohol, menor consumo en LSD y otras drogas. Lo obtenido concuerda con las investigaciones previas. El alcohol es utilizado mayormente en las salidas nocturnas y es la más accesible para el público, luego el consumo se extiende a la marihuana, cocaína y LSD. (Sedronar ,2008).Otros autores como Cáceres et al; (2006) informan que el alcohol es la droga más consumida por la población joven, seguida por la marihuana. Los opiáceos, LSD y cocaína son consumidos en menor porcentaje. De la misma forma, Lara et al., (2019) plantean que el primer consumo generalmente se presenta con el cannabis y el alcohol, esto facilita el contacto con otras sustancias como cocaína, LSD y éxtasis entre otras.

Por último, en lo referido a la red social de los participantes se observó un mayor porcentaje de visitas familiares en comparación con las amistades. Esto puede deberse a que ambas Comunidades Terapéuticas estipulan como parte del tratamiento la participación de la familia. Estudios de Zapata Vanegas (2009) propone que es recomendable para las personas que padecen problemas de adicción sean acompañadas por sus familias como parte de su proceso de recuperación. Es necesario que la familia pueda entender lo que le está sucediendo a la persona adicta y así poder acompañarla desde un programa de intervención que facilite su estadía dentro de la comunidad o centro en el que se encuentra. Lo que se espera es alcanzar una conversación clara, roles definidos, y compartir opiniones para dar un mensaje más afectuoso. La expectativa que se tiene es que la persona pueda confiar, hablar de lo que le sucede y compartir sus inseguridades.

Si bien esto es deseable lograr, algunos autores sostienen que hay una relación entre la conducta adictiva y la familia, dado que se trata generalmente de familias disfuncionales y conflictivas. (Costa ,2014) plantea que en estas familias se encuentran varias áreas dañadas como: la comunicación, el nivel de satisfacción y estrés. Este sistema sostiene el síntoma adictivo y la dependencia en las relaciones porque muchas veces la familia se niega a cambiar. De igual forma Candina et al; (2014) sostienen que muchos jóvenes

presentan familiares consumidores. Esto da origen al inicio y consumo posterior de variedad de sustancias. Si bien la unión inicial que mantiene el adolescente con su familia es de factor de riesgo como lo plantean varias investigaciones previas, los resultados obtenidos en la muestra presente sugieren que el hecho que la familia vaya a visitarlos podría favorecer el avance y mejoría en su tratamiento.

En referencia a las amistades de los jóvenes que consumen, investigaciones previas como la de (Bedriñana et al; 2008) señalan que muchas veces los pares influyen en el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias. También las amistades desarrollan un papel fundamental en la búsqueda de identidad, libertad y motivación. Los motivos de su uso suelen ser por curiosidad, diversión o costumbres de grupo. Aparece la creencia recurrente en el consumidor que lo hace porque sus amigos lo hacen y creen también que el drogarse ayuda a relacionarse mejor en el ámbito social. Las situaciones de mayor consumo se encuentran en las fiestas, los bailes y las reuniones con amigos. De forma similar Carmona y Peña (2017) dicen que los amigos representan un factor de riesgo, el joven siente por presión social el deseo de consumir para ser aceptado y reconocido por su núcleo.

Kameniecki et al. (2006) en su teoría sostienen que parte del tratamiento que se comienza a realizar con el consumidor es el no empleo de la sustancia por tiempo prolongado, recuperación e inserción o reinserción social. Entonces si el factor amistades no ayudo al paciente antes sino que propicio el consumo, en su recuperación se evitara el contacto con su grupo de pertenencia.

El hecho que no haya visitas de amigos en los resultados encontrados puede ser debido a que es una condición sugerida por las Comunidades Terapéuticas como parte de la evolución en su tratamiento.

En cuanto a los resultados para estilos de apego en función del género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto marca una contradicción con lo observado en la literatura puesto que se espera hallar discrepancias en el estilo de apego inseguro entre hombres y mujeres. Este estilo engloba al *apego ansioso o preocupado* que se caracteriza por la búsqueda de aprobación y valoración de los demás, el *evitativo* relacionado con sensaciones de confianza en sí mismo pero desconfían hacia los demás por lo que suelen ser personas que no conectan con las relaciones o vínculos

próximos, y el *apego temeroso* en el que prima una visión negativa de sí mismo como de los demás, generando un estado de alerta constante con respecto a los otros. Se trata de personas reservadas, suspicaces y con temor a ser rechazados (Castillo & Ganayoa, 2013).

De acuerdo a investigaciones anteriores, Schindler et al (2005), citado en (González, 2019) indican que hay una relación entre el estilo de apego temeroso y la adicción a sustancias. Esto quiere decir que el consumo abusivo puede ser comprendido como una manera de enfrentar situaciones difíciles y un intento de acallar la angustia que se siente. Investigaciones de Bartholomew y Horowitz (1991), citado en (Pazmiño, 2016) informa que las mujeres puntuaban más en estilo de apego preocupado, mientras que los hombres en el estilo evitativo. Esto sugiere que las mujeres presentan menor autoestima, dependencia y necesitan ser aprobadas por los demás mientras que los hombres tienen por el contrario una imagen positiva de sí mismos pero ven las relaciones interpersonales como algo menor. De acuerdo a los resultados de la presente muestra, no se hallaron diferencias, quizás porque el número de participantes de mujeres fue de N: 56 en comparación con otros estudios.

De la misma forma se evaluó los estilos de apego según la edad. En la adolescencia las figuras de apego van cambiando y se transforman a medida que crecen. Los vínculos dañados hacen más propensa a la persona al consumo de drogas. Vanegas (2017) citado en Girón (2005).

De acuerdo a los resultados se obtuvo que los adolescentes puntuaron más que los adultos en el estilo temeroso, lo cual coincide con trabajos anteriores. Las investigaciones dicen que generalmente los adolescentes obtienen puntajes más altos en el estilo inseguro. Asimismo Schindler et al. (2005), citado en (González 2019) plantean que los jóvenes suelen presentar un estilo de apego temeroso, mientras que en los adultos el apego es preocupado. Talavera (2012) citado en Pinos & Monsalve (2016) expone que en el estilo preocupado la persona desea acercarse pero a la vez teme ser abandonado. Sus figuras de apego han ayudado a que se sienta con resentimiento, desconfianza, que le cueste comprometerse, y en muchos casos suelen presentar conductas celotípicas. Todos estos aspectos generarían un mayor contacto con el alcohol y otras sustancias. Existe una relación entre la

adicción y el estilo de apego. Estudios previos como el de Barbarías et al; (2019) dicen que el alcohol se relacionaba con la permisividad parental, es decir no recordaban límites puestos en la infancia por parte de su familia y también el tener un estilo de apego ansioso-ambivalente o evitativo influye en el factor de riesgo y consumo de sustancias. El mayor uso se origina en la adolescencia y se extiende a la adultez. Por su parte, Thorberg & Lyvers (2010) citado en Pinos & Monsalve (2016) concluyeron que el estilo de apego inseguro es un factor de riesgo para iniciarse en el consumo. Ayuda a aliviar el dolor y evitar el rechazo.

Por otro lado, se evaluó la escala de autoconcepto de Tenesse. Según la teoría junta las percepciones y evaluaciones que tenemos de nosotros mismos. El autoconcepto estar mayormente empobrecido en las mujeres comparadas con los hombres, mantiene un vínculo con las variables psicológicas como bienestar y malestar psicológico (Goñi, 2019). A su vez, (Moreno & Del Barrio 2000) sostienen que la familia, la escuela, los compañeros nos devuelven una imagen que ayuda también a ver nuestra propia imagen. Entonces un autoconcepto favorable ayuda a lograr un mejor desempeño en la vida profesional, social y personal del individuo ayudando a que se sienta bien consigo mismo. (Goñi, 2009).

Investigaciones previas como (Membrilla & Martínez, 2000) plantearon que los hombres puntuaban mayor que las mujeres en la dimensión autoconcepto. Además, indican que los varones poseen mejor adaptación personal en comparación con ellas que presentan mayor ansiedad, inestabilidad emocional o depresión. Otros autores como Núñez y Albo (2004) dicen que los hombres presentan un porcentaje mayor de autoconcepto en el área emocional tienen una mayor percepción de sus emociones y mayor compromiso con su vida.

Los resultados en hombres y mujeres no arrojaron diferencias significativas. Esto marca una diferencia con la hipótesis planteada, la literatura y los antecedentes previos. En resumen, lo que se obtuvo puede deberse a que la muestra resultó siendo menor en comparación con otras investigaciones abordadas.

Por último en la dimensión autoconcepto se evaluó la autoestima según la edad. Para Coopersmith (1996) es la evaluación que el individuo hace de sí

mismo. Se expresa por una cierta actitud de aprobación o desaprobación que muestra el grado en el cual el individuo cree ser productivo, digno e importante. Mientras que para Carl Rogers (1992) expone que la autoestima puede influir de manera positiva o negativa en nosotros cuando somos comparados con los demás.

Existen diferencias entre la adolescencia y la adultez. En la primera se define por lo que le falta, por sus carencias y por presentar mayor dependencia. Mientras que en la segunda es una etapa vista por las ganancias, por lo que tienen y sienten de sí mismos.(Pappamikail, 2005).

De la misma forma, Benaim (2005) sostiene que la autoestima es importante durante todas las épocas de la vida pero sobre todo en la infancia y adolescencia. La influencia más poderosa se ancla en los padres y profesores. Estas cuestiones afectarían su autoestima de acuerdo a que creencias transmita sea negativa o positiva hacia la persona. Estudios anteriores como Cotrina y Rodríguez (2016) plantean que las personas que no piensan sobre su proyecto de vida suelen tener miedo al tomar decisiones y presentan baja autoestima esto puede ocasionar que accedan fácilmente al consumo de drogas. Hay una relación en la adolescencia entre el consumo de adicciones y una baja autoestima. Trzesniewski (2006) citado en Dorregaray (2017) plantea que es importante tener una autoestima saludable para evitar problemas en la vida adulta en el área física y mental. Concluyeron que una autoestima abordada en la adolescencia puede mejorar en la adultez. Ochoa y Olaizola (2003) concluyeron en sus estudios que hay una relación entre autoestima y el uso de la sustancia. Una de las asociaciones a las que llegaron fue que el consumo comienza mayormente en la adolescencia cuando comienzan a consumir en grupos.

En conclusión los resultados de la presente investigación no mostraron contrastes en la edad. Se esperaba encontrar que los adultos presenten mayor autoestima que los adolescentes.

En términos generales los resultados han sido poco congruentes con lo observado en la literatura previa y antecedentes .Esto podría deberse a algunas limitaciones que presenta el estudio. En primer lugar la muestra conto con un mayor porcentaje de adolescentes que adultos así como sucedió con el género En segundo lugar el criterio de inclusión en las categorías

adolescentes (16 a 25) y adultos (25 a 30) puesto que en otras investigaciones se utilizó un criterio diferente. En tercer lugar la cantidad de personas evaluadas y/o cantidad de Comunidades o Centros a evaluar. Y en cuarto lugar se podrían utilizar instrumentos más actualizados. Todas estas cuestiones pueden haber influido en los resultados obtenidos. Es deseable que se tengan en cuenta para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Agüero, A., Blanco, G., Dabul, K., Daniell, R., Herbon, C; & Kameniecki, M. (2006). *Clínica Institucional en Toxicomanías: Una cita con el Centro Carlos Gardel*. Buenos Aires: Letra Viva.

Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente: Un enfoque cultural*. México: Pearson. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

Bagá, M.(2019).*Adicciones y problemas psíquicos*. Recuperado de <https://www.cat-barcelona.com/>

Bañuelos-Barrera, P; Bañuelos-Barrera, Y; Esquivel-Rodríguez & Moreno-Avila, V. (2007). Autoconcepto de mujeres con cáncer de mama. Medigrafic Artemisa, 15 (2). Recuperado de www.mediagrafic.com

Barbarías, O. (2019).La dependencia emocional como factor o medidor en la relación entre apego y el abuso de drogas y alcohol en jóvenes. Revista española de drogodependencias, 44(1). Recuperado de https://www.aesed.com/upload/files/v44n1_art3.pdf

Beck, A; Wright, F; Newman, C; & Liese, B. (1999) *Terapia cognitiva de la drogadicción*. Buenos Aires: Paidós.

Bedriñana, A.(2008).Los amigos: *Espacio educativo, implicaciones y poder*.Rie,26(2).Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321909006.pdf>

Benaim, D.(2005).La teoría de la autoestima en el proceso terapéutico para el desarrollo del ser humano.(Tesis inédita de grado),Maracaibo.

Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona:Paidós.

Bravo Pazmiño,M. (2016). Análisis comparativo de los estilos de apego (seguro, evitativo, ansioso, organizado), ansiedad y depresión en población subclínica en relación al consumo de alcohol y tabaco. (Tesis inédita de licenciatura) Universidad Internacional del Ecuador, Quito.

Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). *Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Candina, H. Batista, A .Betancourt.Mezquida, M. (2014) Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de investigaciones*, 33(4). Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubinvbio/cib-2014/cib144h.pdf>

Carmona, Y. Peña, & K. (2017) Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas *Psicología Iztacala*.20 (1).

Casavielles, Y. (2019). Calidad de vida de adolescentes y jóvenes foráneos adictos atendidos en las comunidades terapéuticas. El Cocal y El Quinqué. CCM, 23 (1).Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v23n1/1560-4381-ccm-23-01-4.pdf>

Castillo, J; Camps-Pons, S & Cifre, I. (2013). Apego y psicopatología de adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25. Recuperado de www.elsevier.es/clysa

Casullo, M. (2005). *Los estilos de apego, teoría y medición*. Buenos Aires: JVE.

Cáceres, D. (2006). Consumo de drogas en jóvenes Universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores sociales,5(3). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a08.pdf>

Corbetta, P. (2007). *Metodologías y Técnicas de Investigación Social*. Madrid: McGraw-Hill/Interamerica.

Costa,M.S (2014).*Funcionamiento familiar percibido en la familia y el drogadependiente en proceso de recuperación*.(Tesis inédita licenciatura en psicología).Universidad abierta interamericana. Buenos Aires.

Cotrina, K.Rodriguez, E. (2016). Autoestima en el proyecto de vida como factor de prevención del consumo de drogas en adolescente. (Tesis de grado).Facultad de Ciencias de la salud.

Dorregaray, O. (2017).La medición de la autoestima en adolescentes y adultos:Una propuesta desde el modelo de Harris .Clemens.Champ Okoko.Recuperado de <https://revistas.umch.edu.pe/EducaUMCH/article/view/13>

El Reparó. Información sobre la Comunidad Terapéutica. Recuperado de www.elreparo.org.

Federico, M; & Ramírez, I. (2015). *Historia de la droga en Argentina. De la cocaína legal y los fumaderos a los narcos y las metanfetaminas*. Buenos Aires: Aguilar.

Flores, L. (2005). *Autoconcepto, autoestima y su relación con el rendimiento académico* (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

García, R; & Negron, S. (2002). Estructura factorial de la escala de autoconcepto Tenesse. Revista Interamericana de Psicología, (36). Recuperado de <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/412>

García, F. (2010). *Evaluación de adaptaciones características. Autoconcepto* (Tesis inédita de grado). Universidad de Sevilla, España.

González. (2019). *Relación entre la adicción a sustancias y el apego. Posible tratamiento desde la Teoría del Apego.* (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Pontifica, Madrid.

Goñi, E. (2009). *El autoconcepto personal. Estructura interna medida y variabilidad* (Tesis inédita de doctorado). Universidad del País Vasco de Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua, España.

Goñi et al; (2012): El autoconcepto personal: diferencias asociadas a la edad y el sexo. *Aula abierta*, 40 (1). Recuperado. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3791853>

James, W; & Vander. Z. (1986). *Manual de psicología social*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Jinez, M. (2009). Uso de drogas y factores de riesgo entre estudiantes de enseñanza media. *Rev latino-am*, 17(2). Recuperado de <https://www.scielo.br/j/jrlae/a/bDNqzQrvkLtMYsDWFfjzSkB/?lang=es>

Lara, M. (2019). Progresión y escalonamiento en el consumo de drogas: Evidencia para Argentina. *Estudios económicos*, XXXVI (73). Recuperado de <https://revistas.uns.edu.ar/ee/article/view/1331>

Loscoco, M. (2012). *Operador socioterapéutico en adicción*. Buenos Aires: Planeta.

Material sobre diferentes tipos de sustancias. Recuperado de www.drugabuse.gov/

Material sobre la ley de estupefacientes en Argentina. Recuperado de www.servicio.infotleg.gob.ar.

Melero,R.C,J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*,19, (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org>

Miccarelli, M.E. (2000). *Drogodependencia viaje de vuelta perfil psicológico del adicto*. Mendoza: Ediciones jurídicas de Cuyo.

Membrilla, J. (2000).Diferencias de género en autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología*, 16, (2).

Monsalve, M. &Pinos, M. (2016). *Estilos de apego en adultos que presentan trastorno por consumo de alcohol en el cantón*. Cuenca. (Tesis inédita de grado obtenido Licenciatura) Universidad del Azuay, Ecuador.

Moreno. A; & Del Barrio. C. (2000). La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo Buenos Aires: Aike.

Munar, V. M. 2016. *Autoconcepto e inteligencia emocional un análisis comparativo* (Tesis inédita de grado). Universidad de les Illes Balears de Palma de Mallorca, España.

Muñoz, J. (2016). El apego adulto y la calidad percibida de las relaciones de pareja. *Evidencias a partir de una población adulta joven*. *Salud y sociedad*, 7, (3). Recuperado de <https://www.redalyc.org>

Müller, M. (2007) *Orientación Vocacional Aportes Clínicos y Educativos*. Buenos Aires: Miño Dávila.

Nuñez,J. (2004).Autoconcepto y retraso académico: *Diferencias de género*.(Tesis de grado)

Ochoa, G.Olaizola, J. (2003).El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*.XVIII. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/gonzalo/14rol-autoest.pdf>

Padilla, M. (2005). *Autoconcepto en adolescentes de 13 a 15 años de educación general básica*. (Tesis inédita de grado). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Papalia, D; Olds, S; & Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw.

Pazmiño, M. (2019).Análisis comparativo de los estilos de apego (seguro, evitativo, ansioso, organizado, desorganizado), ansiedad y depresión en población subclínica en relación al consumo de alcohol y tabaco. (Tesis inédita de licenciatura en psicología).Universidad Internacional del Ecuador, Quito.

Prochaska, J. (2001). *¿Porque no se mueven los continentes? ¿Por qué no cambian las personas?* Revista de psicoterapia, Vol. 12, 46-47, pages.17-36

Puentes, M. (2005). *Detrás de la droga*. Buenos Aires: Lugar.

Puentes, M. (2008).*Tu droga, mi droga, nuestra droga*. Buenos Aires: Lugar.

Remplein, Otto. (1968). *Tratado de psicología evolutiva*. Barcelona: Labor s.a.

Sedronar. (2008). *Estudio nacional en población de 12 a 65 años , sobre consumo de sustancias psicoactivas* .Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/jefatura/sedronar>

Uriarte, A. & De dios, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes.Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375634873001>

Vanegas, A. (2017). *Estilos de apego en pacientes institucionalizados adictos a sustancias*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad de Cuenca, Ecuador.

Velázquez, V (2016).El consumo de drogas en estudiantes de México tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*.39 (4).Recuperado de https://www.alcmeon.com.ar/16/03_joffre.pdf

Yaria, J, A (2005). *Drogas: escuela, familia y prevención*. Buenos Aires: Bonum.

Zapata Vanegas, M.A. (2009).La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas, *CES Psicología*, 2 (2) .Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>

ANEXOS

Le invitamos a colaborar en una Investigación, dirigida por la Universidad Abierta Interamericana, en la que se estudia la percepción del apego y del autoconcepto en personas con consumo de sustancias que integran centros de adicción. Por ello, su colaboración en este estudio es de especial relevancia.

Recuerde que no existen respuestas correctas o incorrectas, nos interesa su opinión.

¡Muchas gracias por su participación!

Fecha:/...../.....

Datos del encuestado:

a. Edad: _____ años.

b. Sexo: ☐ 1. Hombre

☐ 2. Mujer

c. Estado civil:

☐ 1. Soltero/a

☐ 2. Pareja

d) Zona de residencia: (Indique con una cruz la opción que corresponda):

1. Ciudad de Buenos Aires ☐

2. Gran Buenos Aires (Conurbano) ☐

e) Cuál es su Máximo Nivel de Educación Alcanzado? (Indique con una cruz)

1. Primario incompleto ☐

2. Primario completo ☐

3. Secundario Incompleto ☐

4. Secundario Completo ☐

f) Características del centro

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Hospital general | ☐ |
| 2. Hospital o clinica pquiiatrica | ☐ |
| 3. Centro especializado | ☐ |
| 4. Comunidad terapeutica | ☐ |
| 5. Otro | ☐ |

g) Tipo de tratamiento

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Ambulatorio | ☐ |
| 2. Semi-residencial | ☐ |
| 3. Residencial | ☐ |
| 4. Grupo de autoayuda | ☐ |
| 5. Otro | ☐ |

h) Tipo de droga que consumía:

- | | |
|--------------|--------------------------|
| 1. Alcohol | ☐ |
| 2. Marihuana | ☐ |
| 3. Lsd | ☐ |
| 4. Cocaína | ☐ |

i) Vía de administración más frecuente

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Oral | ☐ |
| 2. Inhalada | ☐ |
| 3. Intramuscular | ☐ |
| 4. Intravenosa | ☐ |
| 5. Fumada | ☐ |

j) Edad en la que consumió por primera vez:

k) Edad en donde dejo de consumirla:

l) Como acudió al tratamiento en su centro:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 1. Voluntariamente | ☐ |
| 2. Presionado por amigos/familiares | ☐ |
| 3. Por indicacion medica | ☐ |
| 4. Por indicacion academica | ☐ |
| 5. Por indicación legal | ☐ |

6. Por presion laboral ☐
7. Otro ☐

m) ¿Se siente contenido o apoyado por su familia?

1. Siempre ☐
2. Casi siempre ☐
3. A veces ☐
4. Pocas veces ☐
5. Nunca ☐

n) ¿Recibe visitas de amigos?

1. Siempre ☐
2. Casi siempre ☐
3. A veces ☐
4. Pocas veces ☐
5. Nunca ☐

0) ¿Recibe visitas de familiares?

1. Siempre ☐
2. Casi siempre ☐
3. A veces ☐
4. Pocas veces ☐
5. Nunca ☐

A continuación nos gustaría que respondiera algunas cuestiones relacionadas con su vida emocional. Por favor, indique cuan de acuerdo o en desacuerdo está con cada una de las frases que se presentan a continuación utilizando para ello la siguiente escala.

Encierre con un círculo según lo considere, siendo:

1: Completamente en desacuerdo

2: Bastante en desacuerdo

3: Algo en desacuerdo

4: Algo de acuerdo

5: Bastante de acuerdo

6: Completamente de acuerdo

1	Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2	No admito discusiones sí creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3	Con frecuencia a pesar de estar con gente importante para mí, me siento solo/a y falta de cariño	1	2	3	4	5	6
4	Soy partidario/a del "Ojo por ojo diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5	Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6	Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7	Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad.	1	2	3	4	5	6
8	No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9	Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10	Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11	Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12	Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo parar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13	Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14	Tengo sentimiento de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15	Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16	Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17	Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18	Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19	Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20	Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6
21	Tengo confianza en mi mismo	1	2	3	4	5	6
22	No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6

23	Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24	Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25	Prefiero relaciones estables	1	2	3	4	5	6
26	Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27	Cuando tengo un problema con otra persona intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28	Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29	Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30	Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31	Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32	Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33	Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34	Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35	Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36	Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37	Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38	Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39	Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40	Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

La siguiente escala consiste en una serie de frases que describen como se siente Ud con respecto a su persona. Lea cada una encierre la respuesta que ha elegido.

1: Completamente falso

2: Casi totalmente falso

3: Parte falso y parte verdadero

4: Casi totalmente verdadero

5: Totalmente verdadero

FRASES		1	2	3	4	5
1	Gozo de buena salud	1	2	3	4	5
2	Me agrada estar siempre arreglado y pulcro	1	2	3	4	5
3	Soy una persona atractiva	1	2	3	4	5
4	Estoy lleno de achaques	1	2	3	4	5
5	Me considero una persona muy desarreglada	1	2	3	4	5
6	Soy una persona enferma	1	2	3	4	5
7	No soy ni muy gordo ni muy flaco	1	2	3	4	5
8	No soy ni muy alto ni muy bajo	1	2	3	4	5
9	Me agrada mi apariencia física	1	2	3	4	5
10	No me siento tan bien como debería	1	2	3	4	5
11	Hay partes de mi cuerpo que no me agradan	1	2	3	4	5
12	Debería ser mas atractivo con las personas del sexo opuesto	1	2	3	4	5
13	Me cuido bien físicamente	1	2	3	4	5
14	Me siento bien la mayor parte del tiempo	1	2	3	4	5
15	Trato de ser cuidadoso con mi imagen mi apariencia	1	2	3	4	5
16	Soy malo para el deporte y los juegos	1	2	3	4	5
17	Con frecuencia soy muy torpe	1	2	3	4	5
18	Duermo mal	1	2	3	4	5
19	Soy una persona decente	1	2	3	4	5
20	Soy una persona muy religiosa	1	2	3	4	5
21	Soy una persona honrada	1	2	3	4	5
22	Soy un fracaso en mi conducta moral	1	2	3	4	5
23	Soy una persona mala	1	2	3	4	5
24	Soy una persona moralmente débil	1	2	3	4	5
25	Estoy satisfecho con mi conducta moral	1	2	3	4	5

26	Estoy satisfecho con mi vida religiosa	1	2	3	4	5
27	Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios	1	2	3	4	5
28	Quisiera ser mas digno de confianza	1	2	3	4	5
29	Debería de asistir mas a menudo a la iglesia	1	2	3	4	5
30	Debería de mentir menos	1	2	3	4	5
31	Mi religión es parte de mi vida diaria	1	2	3	4	5
32	La mayoría de las veces hago lo que es debido.	1	2	3	4	5
33	Trato de cambiar cuando se que hago algo que no debo	1	2	3	4	5
34	A veces me valgo de medios injustos para salir adelante	1	2	3	4	5
35	En ocasiones hago cosas muy malas	1	2	3	4	5
36	Me es difícil comportarme en forma correcta	1	2	3	4	5
37	Soy una persona alegre	1	2	3	4	5
38	Tengo mucho dominio sobre mi mismo	1	2	3	4	5
39	Soy una persona calmada y tranquila	1	2	3	4	5
40	Soy una persona detestable.	1	2	3	4	5
41	Soy un “don nadie”	1	2	3	4	5
42	Me estoy volviendo loco	1	2	3	4	5
43	Estoy satisfecho de lo que soy.	1	2	3	4	5
44	Estoy satisfecho con mi vida religiosa.	1	2	3	4	5
45	Mi comportamiento hacia otras personas es como debería ser	1	2	3	4	5
46	Me gustaría ser una persona distinta	1	2	3	4	5
47	Me desprecio a mi mismo.	1	2	3	4	5
48	Quisiera no darme por vencido tan fácilmente.	1	2	3	4	5

Frases		1	2	3	4	5
49	Puedo cuidarme siempre en cualquier situación	1	2	3	4	5
50	Resuelvo mis problemas con facilidad	1	2	3	4	5
51	Acepto mis faltas sin enojarme.	1	2	3	4	5

52	Con frecuencia cambio de opinión.	1	2	3	4	5
53	Hago cosas sin haberlas pensado bien	1	2	3	4	5
54	Trato de no enfrentar mis problemas	1	2	3	4	5
55	Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema	1	2	3	4	5
56	Soy importante para mi familia y amigos	1	2	3	4	5
57	Pertenezco a una familia feliz	1	2	3	4	5
58	Mi familia no me quiere.	1	2	3	4	5
59	Mis amigos no confían en mí.	1	2	3	4	5
60	Siento que mis familiares me tienen desconfianza.	1	2	3	4	5
61	Estoy satisfecho con mis relaciones familiares	1	2	3	4	5
62	Trato a mis padres como debiera.	1	2	3	4	5
63	Muestro tanta comprensión a mi familia como debiera	1	2	3	4	5
64	Me afecta mucho lo que dice mi familia.	1	2	3	4	5
65	Debería depositar mayor confianza en mi familia.	1	2	3	4	5
66	Debería ser mas cortés con los demás.	1	2	3	4	5
67	Trato de ser justo con mis familiares y amigos	1	2	3	4	5
68	Hago el trabajo que me corresponde en casa	1	2	3	4	5
69	Me intereso sinceramente por mi familia	1	2	3	4	5
70	Riño con mis familiares	1	2	3	4	5
71	Siempre cedo a las exigencias de mis padres.	1	2	3	4	5
72	No me comporto en la forma que desea mi familia	1	2	3	4	5
73	Soy una persona amigable.	1	2	3	4	5
74	Soy popular con personas del sexo femenino	1	2	3	4	5
75	Soy popular con personas del sexo masculino	1	2	3	4	5
76	Estoy disgustado con todo el mundo	1	2	3	4	5

	Frases	1	2	3	4	5
77	Lo que hacen otras gentes no me interesa	1	2	3	4	5
78	Es difícil entablar amistad conmigo.	1	2	3	4	5

79	Soy tan sociable como quiero ser.	1	2	3	4	5
80	Estoy satisfecho con mi manera de tratar a la gente.	1	2	3	4	5
81	Trato de agradar a los demás pero no me excedo.	1	2	3	4	5
82	Debería ser mas cortés con los demás	1	2	3	4	5
83	No soy del todo bueno desde el punto de vista social	1	2	3	4	5
84	Debería llevarme mejor con otras personas	1	2	3	4	5
85	Trato de comprender el punto de vista de los demás.	1	2	3	4	5
86	Encuentro buenas cualidades en las personas que conozco.	1	2	3	4	5
87	Me llevo bien con los demás.	1	2	3	4	5
88	Me siento incomodo cuando estoy con otras personas	1	2	3	4	5
89	Me es difícil perdonar	1	2	3	4	5
90	Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños	1	2	3	4	5
91	Algunas veces digo falsedades	1	2	3	4	5
92	De vez en cuando pienso en cosas malas imposible de mencionarse.	1	2	3	4	5
93	En ocasiones me enoja	1	2	3	4	5
94	Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.	1	2	3	4	5
95	Algunas de las personas que conozco me caen mal.	1	2	3	4	5
96	Algunas veces me gusta el chisme.	1	2	3	4	5
97	De vez en cuando me dan risa los chistes colorados.	1	2	3	4	5
98	Algunas veces me dan ganas de decir malas palabras.	1	2	3	4	5
99	Prefiero ganar en los juegos.	1	2	3	4	5
100	En ocasiones dejo para mañana lo que puedo hacer hoy.	1	2	3	4	5