



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”**

Estudio de relación entre estilos de apego y el consumo  
de alcohol a lo largo de la vida en población adulta de la  
Ciudad de México.

Tesis de Especialización en Psiquiatría

ELABORADA POR:

**Dr. Alejandro David Sánchez Guerrero**

<b>Tutor Teórico</b> Dra. Danelia Mendieta Cabrera	<b>Tutor Metodológico</b> Dr. Eden Cristián Sánchez Rosas
---	--

**Junio de 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción
2. Marco teórico
  - 2.1. Teoría del Apego
    - 2.1.1. Bases normativas de la teoría del apego y del sistema de comportamiento del apego.
    - 2.1.2. Estilos de apego
    - 2.1.3. Instrumentos de medición de estilos de apego
  - 2.2. Consumo de alcohol
    - 2.2.1. Aspectos generales y epidemiología
    - 2.2.2. Trastorno por consumo de alcohol, su heterogeneidad y tipología.
  - 2.3. Criterios de dominio de investigación (RDoC).
    - 2.3.1. Conceptos generales de RDoC.
    - 2.3.2. La matriz de RDoC.
    - 2.3.3. El apego y el consumo de alcohol dentro de la matriz RDoC.
3. Antecedentes
4. Justificación
5. Planteamiento del problema
6. Pregunta de investigación
7. Hipótesis
8. Objetivos
  - 8.1. Objetivo general
  - 8.2. Objetivos específicos
9. Material y métodos
  - 9.1. Tipo de estudio
  - 9.2. Población de estudio
  - 9.3. Cálculo de la muestra
  - 9.4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.
  - 9.5. Definición de variables
  - 9.6. Procedimiento
  - 9.7. Instrumentos de evaluación
  - 9.8. Análisis estadístico
10. Consideraciones éticas.
11. Cronograma de actividades
12. Resultados
13. Discusión
14. Conclusiones
15. Referencias bibliográficas
16. Anexos
  - 16.1. Cuestionario de estilos de apego (ASQ)
  - 16.2. Cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (CLDH)
  - 16.3. Consentimiento informado.

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. El ciclo de activación del sistema de apego.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modelos de dependencia a alcohol.

Tabla 2. Matriz RDoC.

Tabla 3. Estilos de apego dentro de la matriz RDoC.

Tabla 4. Definición de variables.

Tabla 5. Cronograma de Actividades.

Tabla 6. Resumen de resultados de variables sociodemográficas.

Tabla 7. Resultados de consumo de alcohol regular obtenidos mediante cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (Cognitive Drinking Lifetime History -CLDH).

Tabla 8. Resultados de variables de edad y número de copas del cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (Cognitive Drinking Lifetime History -CLDH).

Tabla 9. Resultados de variable de número de días del cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (Cognitive Drinking Lifetime History -CLDH).

Tabla 10. Resultados de 3 factores del Cuestionario de Estilos de Apego.

Tabla 11. Resultados de 5 factores del Cuestionario de Estilos de Apego.

Tabla 12. Resultados de relación entre Estilos de Apego y Consumo de Alcohol a lo largo de la Vida.

## 1. INTRODUCCIÓN

Uno puede vislumbrar el origen del desarrollo de la Teoría del Apego en el artículo de John Bowlby publicado en 1944 en el *International Journal of Psychoanalysis*: “*Fourty four juvenile thieves: Their Character and Home-Life*” (Bowlby, J. 1944), Bowlby a través del análisis de casos y utilizando métodos estadísticos (innovadores en ese tiempo para los psicoanalistas), propuso que las experiencias de apego temprano de los infantes con sus cuidadores primarios son precursoras de condiciones psicopatológicas. Bowlby, a pesar de las fuertes críticas recibidas por el gremio psicoanalítico contemporáneo, continuó trabajando en la construcción de la compleja Teoría del Apego, rodeándose de expertos en biología evolutiva, en etología, en ciencias cognitivas y de expertos en teoría de control de sistemas (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016). El desarrollo de este trabajo multidisciplinario no habría sido posible sin las aportaciones de Mary Ainsworth, psicóloga del desarrollo y talentosa investigadora empírica, quien logró detallar y clasificar los diferentes tipos de apego infantil, de acuerdo a las conductas e iteraciones mostradas por la madre y el infante en sus experimentos de “Situación Extraña” (Ainsworth, M. D. S 1978). El impacto de sus experimentos fue tal que actualmente la prueba de Situación Extraña, se sigue considerando el estándar de oro para la clasificación de los tipos de apego en el infante.

A raíz de los trabajos de John Bowlby y Marie Ainsworth se ha generado un campo vasto de investigación creativa y de alto impacto sobre la Teoría del Apego. Para situarnos en contexto, al momento de la realización de esta tesis, la búsqueda de la palabra clave “*attachment*” en la base de datos psycINFO arrojó más de 41,000 resultados de artículos científicos y 427 libros, los cuales exploran las implicaciones teóricas y clínicas de la Teoría del Apego; incluyendo las relaciones entre los tipos de apego y las diferentes condiciones psicopatológicas del niño, del adolescente y adulto; del desarrollo de la personalidad, de los correlatos neurobiológicos, sus aplicaciones psicoterapéuticas, el desarrollo de programas psicoeducativos, el desarrollo de instrumentos de medición confiables y las implicaciones sociales de la teoría del apego; solo por nombrar algunas.

Existe también un campo creciente que explora la relación entre los diferentes tipos de apego y el uso de sustancias psicoactivas, incluyendo el uso de alcohol. Evidencia científica reciente (Litten, R. Z., 2015) apunta que el trastorno por uso de alcohol es un fenómeno clínico heterogéneo y se desarrolla a partir de una compleja interacción de mecanismos neurobiológicos y de factores del medio ambiente. Esta heterogeneidad podría identificarse a través de un continuum de severidad que va desde los sujetos con un consumo bajo de alcohol ocasional, consumo por atracción y hasta llegar a un consumo intenso recurrente o crónico. La heterogeneidad en el consumo se puede entender por un número de sub-fenotipos, cada uno con un patrón personal único de consumo, motivaciones subyacentes a su ingesta, las consecuencias asociadas al uso del alcohol y su correlato neurobiológico. Estudios epidemiológicos como la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco: Reporte de Alcohol 2016-2017 (ENCODAT, Villatorio-Velázquez JA, 2017) demuestran que existe un aumento alarmante en el uso de alcohol tanto en hombres como mujeres, jóvenes y adultos. Al entender el trastorno por consumo de alcohol como un problema de salud pública por las repercusiones

individuales, familiares, sociales y económicas que este conlleva, es imperativo continuar estudiando los mecanismos subyacentes a este fenómeno. Con base en lo anterior, a través de este estudio se intentó evaluar la posible influencia de los estilos de apego en el consumo de alcohol a lo largo de la vida, en pacientes adultos del Instituto Nacional de Psiquiatría.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Teoría del Apego

#### 2.1.1 Bases normativas de la teoría del apego y del sistema de comportamiento del apego.

Al rechazar los conceptos de las pulsiones y de la energía psíquica de la teoría clásica psicoanalítica, John Bowlby tomó prestado de la etología el concepto de *sistema de comportamiento*; el cual es un sistema innato, universal para todas las especies y evolutivamente desarrollado, el cual tiene la función de organizar el comportamiento de manera que aumente las posibilidades de supervivencia y reproducción del individuo, a pesar de las condiciones ambientales adversas.

De acuerdo a la teoría de los sistemas de comportamiento, estos sistemas gobiernan la elección, activación y terminación de las secuencias de comportamiento persona-ambiente destinadas a alcanzar objetivos particulares que brinden ventajas adaptativas para la supervivencia y la reproducción (Cassidy, Jude & Shaver, Phillip, 1999).

Bowlby entendió que existían múltiples sistemas de comportamiento, los cuales se activan ante diversas situaciones de vida, durante las diferentes etapas del desarrollo. Los clasificó y conceptualizó de acuerdo a su función de la siguiente manera: sistema de comportamiento de apego, sistema de comportamiento de miedo/ansiedad, sistema de comportamiento de exploración, sistema de comportamiento de cuidador, sistema de comportamiento social (afiliación) y sistema de comportamiento de sexo. Mediante esta conceptualización, Bowlby intentó relacionar los sistemas con funciones evolutivas, la manera en que son activados y puestos a funcionar en situaciones particulares, así como la interrelación entre ellos. (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016)

Antes de continuar con el desarrollo del concepto de sistema de comportamiento del apego (el cual a partir de ahora y en adelante se abreviará como *sistema de apego*), es importante saber que cualquier sistema de comportamiento debe cumplir con seis características principales (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016):

1. Una función biológica adaptativa encaminada a aumentar la probabilidad de supervivencia y de éxito reproductivo.
2. Un conjunto de situaciones que la activan.
3. Un conjunto de conductas que constituyen la estrategia primaria del sistema para alcanzar un objetivo particular.

4. Realizar un cambio en la interacción individuo-ambiente dirigido al objetivo particular, con el cual termina la activación del sistema.
5. Procesos cognitivos involucrados en la activación y guía de las funciones del sistema
6. Redes neurales específicas excitatorias o inhibitorias con otros sistemas de comportamiento.

Para Bowlby, la función biológica del sistema de apego es proteger a una persona del peligro (principalmente durante la primera infancia), asegurándose de que él o ella mantenga la proximidad de otras personas que cuidan y apoyan (figuras de apego, generalmente la madre) especialmente en situaciones peligrosas. Esta innata propensión de buscar proximidad evolucionó por la indefensión y dependencia prolongada de los bebés humanos. De acuerdo al razonamiento evolutivo de Bowlby, los infantes menores de un año que mantenían un apego seguro con su cuidador primario eran más propensos a sobrevivir y eventualmente a reproducirse, heredando un genotipo que fomenta la proximidad a generaciones subsecuentes y a mantener futuros comportamientos de apego en tiempos de peligro y adversidad. Desde hace aproximadamente 20 años se ha sugerido fuertemente que la expresión de ese genotipo contribuye a la regulación de funciones neuroendocrinas y sistemas fisiológicos, tales como la actividad de la oxitocina y vasopresina, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el complejo amigdalino. (Cassidy, Jude & Shaver, Phillip, 1999).

Si bien, el sistema de apego es más evidente y quizás más importante en los primeros años de vida, Bowlby asumió que está activo durante toda la vida y se manifiesta en pensamientos y conductas relacionadas con la búsqueda de proximidad con figuras de apego en tiempos de necesidad o amenaza. Esto se debe a que, en la edad adulta persisten estímulos ambientales de amenaza que activan el sistema de apego, pero el umbral de activación del sistema es mayor, debido a que el adulto ya ha desarrollado mecanismos de afrontamiento y de pensamiento simbólico (Mikulincer, M., Shaver, P.R., 2016).

La estrategia primaria del sistema de apego es la búsqueda de proximidad, la cual se caracteriza por la búsqueda de cercanía cuando una persona se ve en necesidad de protección o apoyo. Esta estrategia consiste en una gran variedad de conductas (las cuales pueden ser conscientes o inconscientes) que se traducen como señales dirigidas a la figura de apego, con el fin de restaurar o mantener proximidad física y/o psicológica. En las primeras etapas de vida las estrategias conductuales que buscan cercanía son reacciones innatas simples (tales como llorar o pedir ser cargado) y conforme una persona crece, se van adquiriendo mejores habilidades cognitivas/sociales y las estrategias de búsqueda de proximidad se tornan más complejas y más flexibles. (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016).

Es importante mencionar que, en la edad adulta, la estrategia primaria del sistema de apego también tiene la finalidad de activar representaciones mentales de experiencias de apego previas, estas representaciones pueden crear un sentido simbólico de seguridad y cercanía, los cuales pueden ayudar al funcionamiento presente del individuo. Estos efectos, se deben a que las representaciones mentales de interacciones significativas con figuras de apego se almacenan en la memoria asociativa a largo plazo.

A este conocimiento almacenado se le conoce como *modelos de trabajo* y le permite a la persona predecir y responder en futuras interacciones sociales relacionadas con apego (Cassidy, J. et al. 2013).

Según lo describió Bowlby (1969/1982), el objetivo principal del sistema de apego es establecer **sentido de seguridad y protección**, cumplido este objetivo, el sistema suele desactivarse. El sentido de seguridad y protección se considera un estado psicológico que implica que una persona puede dedicar su atención a otros asuntos que no se relacionen con su seguridad y protección. El ciclo de activación/desactivación del sistema se da de la siguiente manera:

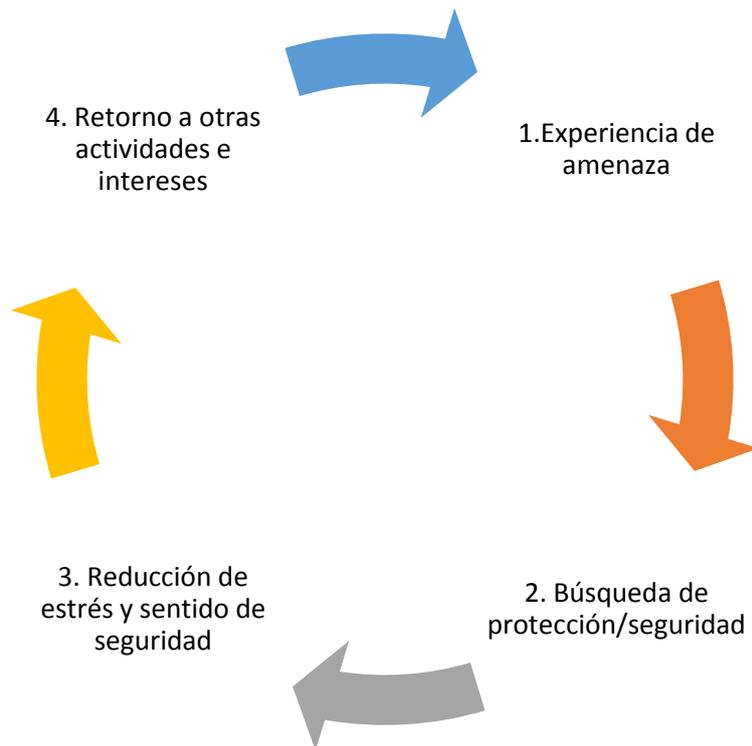


Figura 1. El ciclo de activación del sistema de apego.

### 2.1.2 Estilos de apego

Gran parte de la investigación que examina las diferencias individuales que existen en el funcionamiento del sistema de apego, se centran en los **estilos de apego**, los cuales se definen como el patrón de emociones, necesidades, expectativas y comportamiento social que resulta de la historia individual de experiencias de apego, las cuales inician usualmente en la relación con padres. La determinación del estilo de apego de un individuo nos permite conocer los modelos de trabajo y el funcionamiento de su sistema de apego. El concepto de estilo de apego fue descrito por primera vez por Ainsworth en 1967, para describir los patrones de respuesta de niños ante la separación y reunión con sus madres. Dichas aportaciones se realizaron mediante la prueba de “Situación Extraña”, utilizando este procedimiento, Ainsworth clasificó los estilos de apego en tres: *apego seguro*, *apego inseguro-evitativo* y *apego inseguro-ansioso*. Posteriormente, Main y Salomon (1986), agregaron una cuarta categoría para los infantes que

presentaban un patrón de respuesta que inusual, con fluctuaciones entre evitación y ansiedad, al cual denominaron *apego desorganizado*. (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016).

**Niños con apego seguro:** Mediante las observaciones llevadas a cabo en la prueba de "Situación Extraña", Ainsworth describió que los niños con apego seguro inmediatamente después de entrar en la sala de juego, usaban a su madre como una base a partir de la que comenzaban a explorar. Cuando la madre salía de la habitación, su conducta exploratoria disminuía y se mostraban claramente afectados. El regreso de sus madres les alegraba y se acercaban a ella buscando el contacto físico durante unos instantes para luego continuar su conducta exploratoria. En las observaciones realizadas en casa, Ainsworth encontró que sus madres eran sensibles y responsivas a las llamadas del bebé, mostrándose disponibles cuando sus hijos las necesitaban. En cuanto a los niños, lloraban poco en casa y usaban a su madre como una base segura para explorar. Se considera que estos niños tienen un patrón saludable en sus conductas de apego. Este modelo ha sido encontrado en un 65-70% de los niños observados en diferentes investigaciones realizados en Estados Unidos (Olivia, A 2004).

**Niños con apego inseguro-evitativo:** Se trataba de niños que se mostraban bastante independientes en la prueba de situación extraña. Desde el primer momento comenzaban a explorar e inspeccionar los juguetes, pero sin utilizar a su madre como base segura, ya que no la miraban para comprobar su presencia, sino que la ignoraban. Cuando la madre abandonaba la habitación no parecían verse afectados y tampoco buscaban acercarse y contactar físicamente con ella a su regreso. Incluso si su madre buscaba el contacto, ellos rechazaban el acercamiento.

Debido a su conducta independiente, en principio se consideró como saludable, sin embargo, Ainsworth intuyó que se trataba de niños con dificultades emocionales ya que su desapego era semejante al mostrado por los niños que habían experimentado separaciones dolorosas. Las observaciones en el hogar apoyaban esta interpretación, ya que las madres de estos niños se mostraban emocionalmente rígidas, poco sensibles a las peticiones del niño y rechazantes. Los niños se mostraban inseguros, y en algunos casos muy preocupados por la proximidad de la madre, llorando intensamente cuando abandonaba la habitación. Bajo estas observaciones, Ainsworth consideró que los infantes podían comprender que no podían contar con el apoyo de su madre y reaccionaban de forma defensiva, adoptando una postura de indiferencia. Habiendo sufrido muchos rechazos en el pasado, intentaban negar la necesidad que tenían de su madre para evitar frustraciones. Así, cuando la madre regresaba a la habitación, ellos renunciaban a mirarla, negando cualquier tipo de emociones hacia ella. Se reconoce que niños con apego inseguro-evitativo, suelen *desactivar* su sistema de apego en respuesta a la pobre disponibilidad de la figura de apego. Este patrón de comportamiento comprende alrededor del 20% del total de niños estudiados en Estados Unidos (Olivia, A 2004).

**Niños con apego inseguro-ansioso:** Estos niños se mostraban intensamente preocupados por el paradero de sus madres tan pronto como empezaban a explorar en la prueba de Situación Extraña. Se mostraban muy aprensivos, con gran malestar cuando

su madre salía de la habitación y ante su regreso se mostraban ambivalentes. Oscilaban entre la irritación, la resistencia al contacto, el acercamiento y las conductas de mantenimiento de contacto.

En el hogar, las madres de estos niños presentaban cuidados de manera inconsistente, se habían mostrado sensibles y cálidas en algunas ocasiones y frías e insensibles en otras. Estas pautas de comportamiento habían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de su madre en momentos de necesidad. Frente a las madres de los niños de apego seguro que se muestran disponibles y responsivas, y las de apego evitativo que se muestran rechazantes, el rasgo que mejor define a estas madres es el no estar siempre disponibles para atender las llamadas del niño. El porcentaje que los estudios realizados en Estados Unidos que encuentran de este tipo de apego ronda el 10%. A diferencia del estilo de apego inseguro el cual tiende a *desactivar* su sistema de apego, los infantes con apego ansioso, suelen hiperactivar el sistema de apego, con el fin de ganar una reacción de apoyo más confiable por parte de su figura de apego. Este estilo de apego se asocia a la formación de rasgos límite de personalidad en la edad adulta. (Olivia, A 2004).

**Niños con apego desorganizado:** Este estilo de apego recoge muchas de las características de los dos grupos de apego inseguros (evitativo y ansioso). Se trata de los niños que muestran la mayor inseguridad. Cuando se reúnen con su madre tras la separación, estos niños muestran una variedad de conductas confusas y contradictorias. Por ejemplo, pueden mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por la madre, o se aproximan a ella con una expresión monótona y triste. Algunos lloran de forma inesperada tras mostrarse tranquilos o adoptan posturas rígidas y extrañas o movimientos estereotipados. Se considera que este tipo de niños han fracasado en la organización de sus estrategias de apego (Olivia, A 2004).

### 2.1.3 Instrumentos de medición de estilos de apego

Desde los años 80, se comenzaron a desarrollar instrumentos de medición para ampliar el entendimiento de los estilos de apego en adolescentes y adultos. Entre estos instrumentos se encuentra la Entrevista de Apego en el Adulto y múltiples escalas auto-aplicables como el Cuestionario de Apego en el Adulto de Simpson, la Escala de Apego en el Adulto de Hazan y Shaver, y las mediciones de Bartholomew. Dentro de los instrumentos auto-aplicables, destaca el Cuestionario de Estilo de Apego (ASQ por sus siglas en inglés), desarrollado en 1994 por Feeney, Noller y Hanrahan. El ASQ ha mostrado confiabilidad y validez para medir los estilos de apego en adolescentes y adultos. Los detalles relacionados con este instrumento se abarcarán más adelante, en el apartado de Material y Métodos. (Sperling, M. B., & Berman, W. H. 2016).

## **2.2 Consumo de alcohol.**

### 2.2.1 Aspectos generales y epidemiología

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades depresoras y capaz de generar dependencia. Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo nocivo de alcohol se asocia a más de 200 enfermedades, dentro de las cuales destacan el trastorno por consumo de alcohol, insuficiencia hepática, diferentes tipos de cáncer, accidentes y lesiones físicas. El impacto del abuso de alcohol en la salud lleva a pérdidas sociales y económicas importantes tanto para el individuo como para la sociedad. El consumo nocivo de alcohol está determinado por la cantidad de alcohol consumido, el patrón de consumo, e incluso, por la calidad del alcohol consumido (OMS, 2014).

En la región de las Américas, el consumo de alcohol es en promedio, más alto que en el resto del mundo. Se considera que en Latinoamérica los episodios de consumo excesivo de alcohol han aumentado en los últimos años de 4,6% a 13,0% entre las mujeres y de 17,9% a 29,4% entre hombres. Se estima que cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (DALY). (OPS, 2015).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud en Latinoamérica y en todo el mundo, el alcohol es el principal factor de riesgo de muerte y discapacidad para las personas de 15-49 años de edad, lo cual tiene un impacto económico importante, ya que es el grupo etario que suele ser económicamente más productivo. Se estima que, en Estados Unidos, el consumo nocivo de alcohol y sus consecuencias genera pérdidas económicas anuales de aproximadamente 224,000 millones de dólares (un promedio de 750 dólares por habitante). (OPS, 2015).

### 2.2.2 Trastorno por consumo de alcohol, su heterogeneidad y tipología.

Históricamente -como otros trastornos psiquiátricos-, el trastorno por consumo de alcohol (TUA) ha sido visto como una entidad dicotómica (se tiene el trastorno o no se tiene el trastorno). Sin embargo, en las últimas décadas se ha determinado que el TUA es heterogéneo y se basa en la estructura neurobiológica del individuo y sus experiencias de vida, es decir, en una compleja interacción biológica y ambiental. Esta heterogeneidad se manifiesta en un continuum de severidad, que va desde un episodio de consumo excesivo (atacón) de alcohol esporádico hasta consumidores fuertes, recurrentes y/o crónicos. La heterogeneidad del TUA se puede entender como un conjunto de sub-fenotipos, en donde cada uno tiene un perfil único de patrón de consumo, de motivación para consumir, de consecuencias relacionadas al consumo y un sustrato neurobiológico único (Litten, R. Z., 2015).

Al entender la heterogeneidad del TUA, múltiples autores han aportado modelos psicobiológicos que intentan explicar los diferentes patrones de adicción al alcohol. Dentro de ellos destaca el bioestadístico y fisiólogo Elvin Jellinek, quien, en 1960,

propuso un modelo basado en etología, en el que se distinguen cinco patrones de consumo de alcohol: alfa, beta, gamma, delta y épsilon. Se consideró que dos de estos cinco patrones de consumo (gamma y delta) significaban adicción al alcohol debido a la dependencia física (Leggio L, et al. 2009). Otros modelos de tipificación de consumo de alcohol son el Modelo de Cloninger (1981) y el modelo de Babor (1992), los cuales se resumen en la tabla 1:

Modelos de dependencia a alcohol		
<b>Jellinek (1960)</b>	<p><b>GAMMA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia tisular adquirida</li> <li>- Metabolismo celular adaptativo</li> <li>- <i>Craving</i></li> <li>- Abstinencia</li> <li>- Capacidad de abstenerse a consumir</li> <li>- Pérdida de control</li> <li>- Subtipo más común en EU.</li> </ul>	<p><b>DELTA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolerancia tisular adquirida</li> <li>- Metabolismo celular adaptativo</li> <li>- <i>Craving</i></li> <li>- Abstinencia</li> <li>- Incapacidad de abstinencia</li> <li>- Pérdida de control</li> </ul>
<b>Cloninger et al. (1981)</b>	<p><b>TIPO 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio tardío (&gt;25 años)</li> <li>- Relación hombre mujer 1:1</li> <li>- Capacidad de abstinencia</li> <li>- Con influencia familiar para consumo.</li> <li>- Individuos tienden a automedicarse</li> <li>- Responden mejor a tratamiento</li> </ul>	<p><b>TIPO 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Padre con antecedentes de alcoholismo</li> <li>- Inicio temprano (&lt;25 años)</li> <li>- Afecta mayormente a hombres</li> <li>- Inhabilidad para abstenerse</li> <li>- Conductas antisociales</li> <li>- Responden poco a tratamiento</li> </ul>
<b>Babor et al. (1992)</b>	<p><b>Tipo A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio tardío</li> <li>- Menos psicopatología</li> <li>- Menos consecuencias sociales asociadas a consumo</li> <li>- Menos estresores</li> <li>- Menos factores de adversidad en infancia.</li> <li>- Buena respuesta a tratamiento</li> </ul>	<p><b>Tipo B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio temprano</li> <li>- Mayor psicopatología</li> <li>- Más consecuencias asociadas a consumo</li> <li>- Más estresores</li> <li>- Más factores de adversidad en infancia.</li> <li>- Mala respuesta a tratamiento</li> </ul>

Tabla 1 Modelos de dependencia a alcohol

En la actualidad, una de las clasificaciones más conocidas, distribuidas y utilizadas por su peso e influencia, tanto en ámbito clínico como en la investigación, es la descrita por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5); la cual, mediante su modelo categórico, describe al trastorno por consumo de alcohol como como un patrón de consumo que provoca deterioro y malestar clínicamente significativo y que se manifiesta por al menos dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Síntomas de tolerancia.
11. Síntomas de abstinencia.

Dentro de los cambios realizados en la última edición del DSM-5, destaca que se combinaron los criterios de abuso y dependencia en un solo trastorno. Se agregó el criterio de apetencia intensa (craving) por consumir alcohol y se usó la cuenta de los criterios como un indicador general de gravedad. (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013).

A pesar de los grandes esfuerzos y aportaciones para clasificar el trastorno por consumo de alcohol, esto no se ha conseguido con certeza, en gran medida por la complejidad de su naturaleza, dadas variables neurobiológicas y ambientales implicadas, así como por las variables generadas por la interacción gen-ambiente.

## **2.3 Criterios de Dominio de Investigación (RDoC)**

### 2.3.1 Conceptos generales de RDoC.

Los RDoC forman parte de una propuesta del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) para el desarrollo de nuevas formas de clasificar los trastornos mentales basándose en las dimensiones del comportamiento humano y sus variables neurobiológicas medibles (Cuthbert, 2013). El NIMH tiene la intención de que los RDoC sirvan como marco para fomentar nuevos enfoques de investigación sobre los trastornos mentales, en el que las dimensiones fundamentales se utilicen como base para la agrupación de sujetos en estudios clínicos en sustitución de las categorías diagnósticas tradicionalmente utilizadas de acuerdo a las clasificaciones del DSM o CIE.

Esta propuesta inherentemente traslacional, busca integrar diferentes niveles de análisis de las enfermedades mentales desde el nivel genético, molecular, celular y de

circuitos cerebrales hasta el nivel conductual y ambiental; con el fin de explorar las dimensiones básicas del funcionamiento psicobiológico que abarcan todo el rango del comportamiento humano desde lo normal hasta lo anormal.

El objetivo de los RDoC es ayudar a comprender como la naturaleza y las fallas en la regulación de funciones afectivas, cognitivas, de integración psicosocial y de ciertas funciones de activación neuronal innatas podría contribuir a la formación de trastornos mentales. Se considera que con el empleo de este enfoque de investigación se podría favorecer la investigación eficaz para prevenir las causas de las enfermedades, en comparación de los niveles de investigación tradicionales los cuales involucran únicamente categorías clínicas que consisten en las descripciones sintomáticas del paciente. Esto no debe conducir a pensar que necesariamente se trata de un nuevo sistema de diagnóstico que podría reemplazar a los sistemas tradicionales. En realidad, los RDoC pueden incluir igualmente los comportamientos considerados normales como los comportamientos anormales. Su objetivo central consiste en establecer una taxonomía de todos los procesos mentales, de acuerdo a su coherencia y funcionalidad con las bases genéticas y fisiológicas subyacentes. Los criterios de dominio de investigación no parten de la pregunta sobre las bases biológicas de un determinado trastorno mental, al contrario, intentan plantear qué es lo que sabemos acerca de las relaciones entre la conducta y sus bases biológicas y posteriormente se intentará vincular ese conocimiento con los fenómenos clínicos, buscando aquellos niveles y procesos en los cuales podría encontrarse un funcionamiento por fuera de lo normal. Los criterios de Dominio de investigación no plantean categorías diagnósticas sino dimensiones funcionales. (Tamayo, R. 2018).

### 2.3.2 La matriz RDoC

La versión actual de la matriz RDoC está construida por seis dominios principales del funcionamiento humano. Estos dominios reflejan el conocimiento contemporáneo sobre los principales sistemas de emoción, cognición, motivación y comportamiento social. Dentro de cada dominio hay elementos de comportamiento, procesos, mecanismos y respuestas, llamados constructos y subconstructos, que comprenden diferentes aspectos de la gama general de funciones. Los constructos se estudian a lo largo de una dimensión de funcionamiento que va desde lo normal a lo anormal. La medición de los distintos constructos y subconstructos puede llevarse a cabo usando varios métodos diferentes denominados unidades de análisis. Las unidades de análisis pueden incluir evaluaciones moleculares, genéticas, de neurocircuitos y de comportamiento (NIMH, 2013).

La matriz RDoC representa los dominios, constructos y unidades de análisis que actualmente forman parte del marco de investigación; la matriz se creó para responder a la investigación emergente y se considera que podría llegar a cambiar a medida que la evidencia de la investigación se acumule y evolucione (NIMH, 2013).

En la tabla 2 se enlistan los dominios, constructos y unidades de análisis, publicados por la NIMH y actualizadas hasta el 14 de enero de 2019, fecha en la cual se anunció la adición del sexto dominio: Sistemas sensitivo-motores.

<b>Dominio</b>	<b>Constructo</b>	<b>Unidades de análisis</b>
<b>Sistemas de balance negativo</b>	Amenaza aguda (miedo)	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Amenaza potencial (ansiedad)	
	Amenaza sostenida	
	Frustración por no recompensa	
<b>Sistemas de balance positivo</b>	Respuesta ante la recompensa	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Aprendizaje basado en recompensa	
	Valuación de la recompensa	
<b>Sistemas cognitivos</b>	Atención	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Percepción	
	Memoria declarativa	
	Lenguaje	
	Control cognitivo	
<b>Procesos sociales</b>	Memoria de trabajo	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Afiliación y apego	
	Comunicación social	
	Percepción del self	
<b>Sistemas de activación y regulación</b>	Percepción de los demás	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Activación	
	Ritmos circadianos	
	Dormir-despertar	
<b>Sistemas sensitivos y motores</b>	Acciones motoras	Genes, moléculas, células, circuitos, fisiología, comportamiento, auto-reporte, paradigmas.
	Agencia	
	Hábitos sensitivo-motores	
	Patrones motores innatos	

Tabla 2 Matriz RDoC. Fuente: Research Domain Criteria from National Institute of Mental Health: Development of the RDoC Framework. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/researchpriorities/rdoc/detailed-description-of-the-rdoc-project.shtml>.

Visitada el 14 de enero de 2019

### 2.3.3 El apego dentro de la matriz RDoC.

El grupo de trabajo de RDoC, incluye el constructo de Afiliación y Apego dentro del dominio de Procesos Sociales y lo define operacionalmente de la siguiente manera:

“La afiliación es la participación en interacciones sociales positivas con otros individuos. El apego es una afiliación selectiva como consecuencia del desarrollo de un vínculo social. Tanto la afiliación como el apego están moderados por el procesamiento de la información social (procesamiento de señales sociales) y la motivación social. La

afiliación es una consecuencia conductual de la motivación social y puede manifestarse en comportamientos de aproximación social. Requieren la detección y atención a las señales sociales, así como el aprendizaje social y la memoria asociada con la formación de relaciones. Incluyen consecuencias fisiológicas positivas de las interacciones y las consecuencias conductuales y fisiológicas de las interrupciones en las relaciones sociales. Las manifestaciones de interrupciones en la afiliación y el apego incluyen el retiro social, la indiferencia social anhedonia, y sobre-apego” (NIMH, 2013).

En la tabla 3 se ubica la variable de apego a estudiar dentro de la matriz de RDoC. Se incluye la unidad de análisis que se utilizara en la presente investigación:

Variable de Investigación	Dominio	Constructo	Unidad de análisis
Estilo de apego	Procesos sociales	Afiliación y apego	Autoreporte: Cuestionario de estilo de apego de Feeney (ASQ)

Tabla 3 Estilos de apego dentro de la matriz RDoC

Detalles sobre las características de las variables a estudiar, se describen más adelante, en el apartado 9.5, de material y métodos.

### 3. ANTECEDENTES

Desde los inicios de su concepción, la teoría del apego se desarrolló como una teoría relacionada con el origen de la psicopatología. Dentro de la investigación clínica y no clínica sobre el sistema de apego y la psicopatología se han examinado conexiones entre el estilo de apego y el consumo de sustancias, incluyendo los patrones de consumo de alcohol.

Recientemente se publicó un metaanálisis (Fairbairn, 2018) en donde se correlacionó prospectivamente una pobre seguridad en el sistema de apego con mayor consumo de sustancias, incluyendo el consumo de alcohol.

En múltiples estudios transversales en muestras comunitarias se ha observado asociación de los estilos de apego inseguro (i.e. evitativo/ansioso) en adultos jóvenes, con mayor consumo de alcohol, de tabaco y de abuso de otras sustancias,(S. L. Bailey y Hubbard, 1990; Danielsson, Romelsjö, y Tengström, 2011; J. DeFronzo y Pawlak, 1993; Foshee y Bauman, 1994; Lee y Bell, 2003; Massey, Compton y Kaslow, 2014; Reis, Curtis y Reid, 2012; van der Vorst, et al., 2006). Estos hallazgos han sido replicados en una muestra nacional representativa de los EU (Crawford y Novak, 2008) y en estudios prospectivos en adolescentes y adultos jóvenes (Branstetter, Furman y Cottrell, 2009; Labrie y Sessoms, 2012; Zhai, Kirisci, Tarter y Ridenour, 2014).

Se ha sugerido que individuos con el estilo de apego evitativo suelen recurrir al consumo de alcohol y otras sustancias con el fin de disminuir o evitar el estrés emocional (definido en términos de: síntomas depresivos, síntomas ansiosos, comportamientos y rasgos caracterológicos desadaptativos). Individuos con apego inseguro de tipo ansioso suelen tener problemas de control emocional, con tendencias depresivas y conductas de hostilidad, por lo que también suelen consumir mayores cantidades de alcohol con el fin de tranquilizarse, disminuir la ansiedad y poder desenvolverse socialmente mejor (Mikulincer, M., Shaver, P.R., 2016).

Al momento que se realizó esta investigación, no se encontraron trabajos que relacionen los diferentes estilos de apego con patrones de consumo de alcohol, utilizando los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC).

#### **4. JUSTIFICACIÓN**

La presente investigación busca participar en la tarea de aportar nueva información científica sobre la relación que existe entre los diferentes estilos de apego y el consumo de alcohol a lo largo de la vida en población adulta mexicana, que se adapte a los Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos.

Al entender el trastorno por consumo de alcohol como un problema de salud pública por las repercusiones individuales, familiares, sociales y económicas que este conlleva y dada la limitación terapéutica que existe actualmente para esta condición de salud, es imperativo continuar estudiando los mecanismos subyacentes a este fenómeno. El autor considera que, mediante el enfoque de Criterios de Dominio de Investigación se puede aportar en la comprensión desde una perspectiva dimensional de la asociación de los diferentes estilos de apego con el consumo de alcohol a lo largo de la vida.

A pesar de existir múltiples estudios publicados sobre los estilos de apego presentes en individuos con diversos trastornos psiquiátricos, son escasos los trabajos centrados específicamente en los estilos de apego y su relación con el patrón de consumo de alcohol a lo largo de la vida. Hasta donde el autor conoce, ninguno se ha realizado en población mexicana ni utilizando el marco de investigación de RDoC. El estudio presente contribuirá a conocer (desde una visión dimensional) las diferencias entre los diferentes estilos de apego y el consumo de alcohol a lo largo de la vida, en población mexicana.

#### **5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Existe un campo creciente que explora la relación entre los diferentes tipos de apego y el uso de sustancias psicoactivas, incluyendo el uso de alcohol. Sin embargo, en México hay pocos estudios que hablen sobre la teoría del apego y sus implicaciones clínicas, y ninguno en nuestro país -que al autor conozca- que ratifique la asociación que existe entre los estilos de apego y los patrones de consumo de alcohol a lo largo de la vida. Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed que incluyó los siguientes términos y

operadores booleanos: “alcohol drinking (MeSH)” OR “alcohol use disorder (MeSH)” AND “attachment theory” encontrando 20 resultados, ninguno de los cuales utilizó los lineamientos de los Criterios Dominios de Investigación (RDoC).

## **6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Existe una relación entre los estilos de apego (seguro, inseguro-ansioso e inseguro-avoidante) con el consumo de alcohol a lo largo de la vida en población adulta de la Ciudad de México?

## **7. HIPÓTESIS**

Se observará una relación entre los estilos de apego inseguro-ansioso e inseguro-avoidante con un mayor consumo de alcohol, y se observará una relación entre el estilo de apego seguro con menor consumo de alcohol a lo largo de la vida en población adulta de la Ciudad de México.

## **8. OBJETIVOS**

### 8.1 Objetivo general

Identificar si existe una relación entre los estilos de apego inseguro-ansioso e inseguro-avoidante en individuos con mayor consumo de alcohol, e intentar identificar si existe una relación entre el estilo de apego seguro con menor consumo de alcohol a lo largo de la vida.

### 8.2 Objetivos específicos.

- Identificar la frecuencia de individuos participantes con estilo de apego seguro, inseguro-avoidante o inseguro-ansioso.
- Describir el consumo de alcohol a lo largo de la vida y el consumo actual de los individuos con estilo de apego seguro, inseguro-avoidante e inseguro-ansioso.

## **9. MATERIAL Y MÉTODOS**

### 9.1 Tipo de Estudio

De acuerdo a la clasificación de Feinstein (1985) este estudio se consideró descriptivo. Por la dirección temporal se consideró transversal y por la composición de la muestra, homodémico.

### 9.2 Población de estudio.

Adultos usuarios entre 30 y 60 años de edad que acudieron al servicio de preconsulta y consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” durante el año 2019.

### 9.3 Cálculo de la muestra

Considerando la asociación entre las variables categóricas de estilo de apego del adulto y el consumo de alcohol (consumo actual, o a lo largo de la vida), una magnitud del efecto pequeña  $d=0.30$  y confiabilidad del 95% potencia del 90% el tamaño de la muestra total requerido es 112 (Cohen, J 1988).

### 9.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

#### 9.4.1 Criterios de inclusión

- Adultos entre 30 y 60 años de edad que acudan a los servicios de preconsulta y consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Sexo masculino o femenino.
- Sujetos que acepten en forma voluntaria su participación en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.
- Que sepan leer y escribir.

#### 9.4.2 Criterios de exclusión

- Sujetos que por su condición física o mental no sean capaces de realizar las pruebas de este estudio (enfermedades neurológicas graves, déficit intelectual, deterioro cognitivo, psicosis aguda, estado de agitación psicomotriz moderada o grave, alteraciones visuales, diagnóstico de autismo, etc.)

#### 9.4.3 Criterios de eliminación:

- Sujetos que no deseen continuar en el estudio.
- Sujetos que no sean capaces de terminar las pruebas aplicadas.

### 9.5 Definición de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS			
Variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición
<b>Sexo</b>	Cualitativa nominal	Masculino, femenino	Pregunta directa
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Años de vida	Pregunta directa
<b>Escolaridad</b>	Cualitativa nominal	Primaria, secundaria, preparatoria, licenciatura, posgrado	Pregunta directa
<b>Estado Civil</b>	Cualitativa nominal	Soltero, unión libre, casado, separado, divorciado, viudo.	Pregunta directa

<b>Estatus de empleo</b>	Cualitativa dicotómica	Empleado / desempleado	Pregunta directa
<b>VARIABLES CLÍNICAS</b>			
<b>Variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>
<b>Estilo de apego</b>	Categorica	Puntuación en escala ASQ	Cuestionario de apego en el adulto (ASQ)
<b>Consumo de alcohol a lo largo de la vida</b>	Dimensional	Se estima al calcular la ingesta (en onzas) anual de alcohol para un intervalo dado, multiplicando esto por el número de años en el intervalo, y sumando los intervalos. Las onzas anuales de alcohol para un intervalo dado se estimarán al calcular las onzas anuales para cada bebida alcohólica consumida (número de bebida X tamaño de la bebida X frecuencia) y multiplicando esto por factores de conversión específicos de la bebida: 0.045 para cerveza, 0.121 para vino y 0.409 para licor.	CLDH
<b>Consumo actual de alcohol</b>	Dimensional	Se calculará el consumo los 12-24 meses previos.	CLDH

Tabla 4. definición de variables.

## 9.6 Procedimiento

Se obtuvo la muestra de individuos que acudieron al servicio de consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría y que cumplieron los criterios de inclusión. Una vez firmado el consentimiento informado, se recabaron los datos sociodemográficos en formato impreso y posteriormente se aplicaron por medio de una tableta electrónica los dos instrumentos de medición: El cuestionario de estilo de apego (ASQ) (Feeney, 1994) y la adaptación al español del *Cognitive Lifetime Drinking History* (CLDH) (Russel, et al 1998). Durante toda la evaluación los participantes fueron acompañados por el investigador principal. Se consideró que la evaluación tuvo una duración aproximada de 45-60 minutos. La información se recabó y almacenó de forma digital en un dispositivo portable para su posterior análisis. El procedimiento no generó costo alguno y no interfirió con la atención en la institución de los participantes.

## 9.7 Instrumentos de Evaluación

- Cuestionario de estilos de apego (ASQ) (Feeney, 1994), versión validada en español (Ahumada, JP. 2011). El cuestionario de estilo de apego está diseñado para evaluar el estilo de apego adulto. Originalmente consistía en 65 ítems, pero

los análisis estructurales redujeron el número a 40 (ver anexo). Se pide a los participantes que califique en una escala de 6 puntos, la medida en que cada elemento describe sus ideas y conductas en relaciones cercanas (no necesariamente románticas). Los 40 ítems valoran 5 elementos: *Falta de confianza, incomodidad con la cercanía, necesidad de aprobación/confirmación por parte de otros, la preocupación de las relaciones y la visualización de las relaciones*. A través de estos 5 elementos, la escala diferencia entre apego seguro, apego inseguro-ansioso e inseguro evitativo. Feeney, Noller y Hanrahan informaron coeficientes alfa para los cinco elementos del cuestionario que van desde 0.76 a 0.84 y coeficientes de estabilidad que van desde 0.67 a 0.78 en un período de 10 semanas. La escala ASQ ha sido utilizada en múltiples muestras de adolescentes y adultos, aportando más evidencias de su fiabilidad y validez.

- El cuestionario sobre el Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (*Cognitive Lifetime Drinking History, CLDH*) (Russel, et al 1998). Se decidió el uso de este instrumento debido a que por la naturaleza del estudio, los pacientes no requieren el diagnóstico categórico de trastorno por consumo de alcohol sino la identificación de variables importantes relacionadas al consumo del alcohol. El CLDH evalúa cuándo los encuestados comenzaron a beber regularmente, cuando sus patrones de bebida cambiaron y por qué cambiaron. Esta información se utiliza para definir intervalos relativamente homogéneos durante toda la vida. A los participantes se les dará una lista de bebidas alcohólicas divididas en cuatro amplias categorías (cerveza, vino, coolers, y licor), y se les pregunta qué tipo de bebidas alcohólicas han consumido durante sus vidas. El tamaño de la bebida es definido usando modelos e imágenes. Durante la entrevista los participantes pueden usar el calendario de eventos de vida para recordarse de lo que hacían ocupacionalmente durante dichos intervalos; todo esto con el fin de brindar pistas cognitivas para desencadenar recuerdos en las experiencias de bebidas. Se interrogará la edad de inicio de consumo regular y se determinarán los cambios en el patrón de consumo. La frecuencia de consumo se evaluará sólo para intervalos en los que respondan más de 12 bebidas al año. Se estimarán las onzas de alcohol en el transcurso de la vida al calcular el consumo anual de alcohol por cada intervalo multiplicándolo por el número de años en el intervalo, y sumando los intervalos. Las onzas anuales de alcohol consumido se estimaron al calcular las onzas anuales para cada bebida alcohólica consumida (número de bebidas x tamaño de bebida x frecuencia para bebidas usuales y más de las usuales) multiplicando esto por el factor de conversión específico (0.045 para cerveza, 0.121 para vino y 0.409 para licor).

## 9.8 Análisis Estadístico

Se realizó la descripción de las características demográficas y clínicas, así como la frecuencia de individuos con los diferentes estilos de apego mediante el uso de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Para las variables

dimensionales se utilizaron medias y desviaciones estándar (DE). Se dividió a la muestra en tres grupos de acuerdo con los resultados de las tres dimensiones de estilo de apego presentado (seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ansioso). Se empleó el paquete estadístico SPSS para realizar las pruebas de correlación mediante el paramétrico Rho de Spearman para la evaluación de la asociación entre los tres estilos de apego con el consumo de alcohol a lo largo de la vida, por década y actual.

## **10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Los sujetos invitados a participar recibieron toda la información necesaria previo a su inclusión en el estudio. En todo momento se garantizó la confidencialidad de la identidad de los participantes y de la información obtenida.

La realización de este estudio se realizó considerando las disposiciones establecidas por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación, la cual establece en su artículo 14 los siguientes lineamientos para investigación en seres humanos (Secretaría de Salud de México, 1994):

- I.- Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.
- VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría.

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Segundo semestre R2	Primer semestre R3	Segundo semestre R3	Primer semestre R4
Elaboración de anteproyecto	X			
Dictamen por el comité de tesis y de ética		X		
Captación de sujetos participantes		X		
Concentración de datos			X	
Análisis de información			X	
Elaboración de informe final y entrega de proyecto				X

Tabla 5. Cronograma de Actividades.

## 12. Resultados

### 12.1 Variables Sociodemográficas.

Se obtuvo una muestra final de 77 participantes. El 70.1% de los participantes fueron mujeres y la edad promedio de 35.2 años con una desviación estándar de 7.75. El 51.9% de la muestra declaró tener como máxima escolaridad licenciatura completa y el 53.2% reportó estado civil soltero. Ningún participante cumplió con criterios de exclusión ni eliminación. El resto de las variables sociodemográficas se describen en la siguiente tabla.

### Variables Sociodemográficas (n=77)

Variable	Modalidad	Frecuencia (n=77)	Porcentaje (%)
Sexo	Femenino	23	29.9
	Masculino	54	70.1
Estado Civil	Soltero	41	53.2
	Casado	24	31.1
	Unión Libre	12	15.5
Escolaridad	Bachillerato	7	9.1
	Licenciatura incompleta	7	9.1
	Licenciatura completa	40	51.9
	Posgrado	23	29.9
Estatus Laboral	Actualmente trabaja	54	70.1
	Actualmente no trabaja	23	29.9
Edad promedio	35.2 años $\pm$ 7.75		

Tabla 6. Resumen de resultados de variables sociodemográficas.

## 12.2 Consumo de Alcohol a largo de la Vida

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue a los 16.9 años (DE 3.7). Se identificó el antecedente de consumo regular de alcohol (definido por su consumo por lo menos vez al mes durante 6 meses) en 62 de los participantes, lo cual representa el 80.5% de la muestra, con un promedio de edad de inicio de consumo regular a los 19.1 años  $\pm$  3. El primer cambio en el patrón de consumo se registró a los 20.2 años, el 55% de los participantes registraron este cambio como un aumento de consumo de alcohol. Además de registrar información sobre la proporción de la muestra sobre el uso regular de alcohol y su relación con la edad, el instrumento utilizado (CLDH) también midió la cantidad y la frecuencia de su consumo. Se determinó que el promedio de número de copas antes del consumo regular fue de 2.2 con una DE de 1.7. El número de copas promedio durante el período de consumo regular SIN excederse fue de 3.8 con una DE de 2.1 y finalmente, el número de copas promedio de consumo regular EN EXCESO fue de 8.1 con una desviación estándar de 4.3 copas. La frecuencia general de consumo obtenida fue de una vez o más por semana en 42 de los participantes (54.4%), seguido de tres días al mes en el 16.9% de los sujetos.

<b>¿Ha habido algún periodo de tiempo en el que haya bebido al menos una vez al mes durante seis meses? N=77</b>		
<b>Respuesta</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sí	62	80.5
No	15	19.4

Tabla 7. Resultados de consumo de alcohol regular obtenidos mediante cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida

<b>Variables del cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (CLDH) (n=77)</b>		
<b>Variables de consumo (edad)</b>	<b>Promedio de Edad (años)</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Edad de primer consumo	16.9	3.7
Edad de inicio de consumo regular	19.1	3.07
Edad de primer cambio en patrón de consumo	20.2	3.4

<b>Variable de consumo (copas)</b>	<b>Número de Copas</b>	<b>Desviación Estándar</b>
Número de copas antes de consumo regular	2.2	1.7
Número de copas durante de consumo regular SIN EXCEDERSE	3.8	2.1
Número de copas durante de consumo regular EN EXCESO	8.1	4.3

Tabla 8. Resultados de variables de edad y número de copas del cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (Cognitive Drinking Lifetime History -CLDH)

<b>Variable de consumo (número de días)</b>	<b>Número de días</b>	<b>Frecuencia (n)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Frecuencia de consumo general	Una vez por semana o más	<b>42</b>	<b>54.5</b>
	Tres días al mes	<b>13</b>	<b>16.9</b>
	Dos días al mes	<b>9</b>	<b>11.7</b>
	Una vez al mes	<b>5</b>	<b>6.5</b>

Tabla 9. Resultados de variable de número de días del cuestionario de Historial de Consumo de Alcohol a largo de la Vida (Cognitive Drinking Lifetime History -CLDH)

### 12.3 Resultados de Estilos de Apego.

Como se detalla en el apartado de Métodos e instrumentos de evaluación, el estilo de apego se determinó mediante el instrumento ASQ (Cuestionario de Estilo de Apego en el Adulto), el cual analiza los siguientes factores o elementos:

1. Seguridad.
2. Malestar ante la cercanía con los demás.
3. Considerar las relaciones sociales como algo secundario.
4. Necesidad de aprobación.
5. Preocupación.

Para categorizar el estilo de apego en cada sujeto, se compararon individualmente las puntuaciones de cada factor. Si el puntaje más alto era en el factor *seguridad*, se

catalogó como individuo con apego seguro. Si el puntaje mayor era en *el malestar ante la cercanía con los demás* y *el considerar las relaciones sociales como algo secundario* se catalogó como individuo con apego inseguro-evitativo y si los puntajes de los factores *necesidad de aprobación* y *preocupación* puntuaban más alto que el resto, se categorizó al individuo como con al apego inseguro-ansioso. De esta manera se obtuvo que el 67% de la muestra presentó un estilo de apego seguro y el 32.5% de la muestra un estilo de apego inseguro. Dentro del estilo de apego inseguro, el 32.4% de la muestra puntuó para inseguro tipo ansioso y 9.1% para inseguro tipo evitativo (ver la Tabla 10). Estas prevalencias son similares con las reportadas previamente por Ainsworth (1978) determinadas mediante el experimento “Situación Extraña”.

<b>Resultados de 3 factores del Cuestionario de estilos de Apego (n=77)</b>		
<b>Estilo de Apego</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Estilo de Apego Seguro	52	67.5
Estilo de apego inseguro tipo evitativo	7	9.1
Estilo de apego inseguro tipo ansioso	18	23.4

Tabla 10. Resultados de 3 factores del Cuestionario de Estilos de Apego.

En la Tabla 11 se muestran el promedio de los puntajes obtenidos para cada factor y su desviación estándar, en donde se refleja que los puntajes más altos se obtuvieron en el factor *seguridad*.

<b>Resultados de 5 factores del Cuestionario de estilo de Apego (n=77)</b>	
<b>Factor</b>	<b>Puntuación Promedio y DE</b>
Seguridad	3.97 ± 0.52
Malestar ante la cercanía con los demás	3.16 ± 0.64
Considerar las relaciones sociales como algo secundario	2.43 ± 0.72
Necesidad de aprobación	3.04 ± 0.96
Preocupación	3.23 ± 0.97

Tabla 11. Resultados de 5 factores del Cuestionario de Estilos de Apego.

#### 12.4 Resultados de relación entre Estilos de Apego y Consumo de Alcohol a lo largo de la Vida.

Se hubiera deseado realizar un análisis de correlación entre los estilos de apego y las variables de consumo de alcohol, sin embargo, en el análisis descriptivo antes descrito

anteriormente (Ver la Tabla 10) se identificó que no hubo una distribución proporcional de los estilos de apego entre los sujetos.

VARIABLES		Edad de primer consumo	Edad inicio consumo regular	Edad de primer cambio en patrón de consumo	Número de copas antes de consumo regular	Número de copas durante de consumo regular SIN EXCEDERSE	Número de copas durante de consumo regular EN EXCESO
<b>Seguridad</b>	Rho de Spearman	-.132	-.266*	-.129	-.130	-.021	-.008
	Significancia (P)	.261	.027	.297	.277	.861	.946
	N	74	69	67	72	71	71
<b>Malestar ante la cercanía con los demás</b>	Rho de Spearman	.068	.058	.107	.236*	-.075	.080
	Significancia (P)	.564	.637	.389	.046	.535	.507
	N	74	69	67	72	71	71
<b>Considerar las relaciones sociales como algo secundario</b>	Rho de Spearman	.282*	.023	-.007	.150	-.052	.024
	Significancia (P)	.015	.853	.955	.209	.666	.841
	N	74	69	67	72	71	71
<b>Necesidad de aprobación</b>	Rho de Spearman	.041	.053	-.152	.336**	.175	.329**
	Significancia (P)	.730	.663	.219	.004	.145	.005
	N	74	69	67	72	71	71
<b>Preocupación</b>	Rho de Spearman	.011	-.009	-.111	.293*	.157	.085
	Significancia (P)	.925	.945	.373	.012	.191	.482
	N	74	69	67	72	71	71

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 12. Resultados de relación entre Estilos de Apego y Consumo de Alcohol a lo largo de la Vida.

Encontramos que existe una correlación indirectamente proporcional de fuerza leve-moderada entre la variable *seguridad* (factor de apego seguro) con edad inicio de consumo regular de alcohol con Rho de Spearman de -0.266 y p=0.02.

En cuanto al número de copas antes del consumo regular, se encontró una correlación positiva de fuerza leve-moderada para el factor de estilo de apego inseguro-evitativo *malestar ante la cercanía con los demás* (Rho Spearman 0.236 y p=0.04) y para los factores de estilo de apego inseguro-ansioso *necesidad de aprobación* y *preocupación*, con (Rho Spearman 0.336, p=0.04 y 0.293, p=0.01, respectivamente).

Finalmente, se encontró que el número de copas durante consumo regular EN EXCESO se correlacionó directamente con el factor de estilo de apego inseguro-ansioso *necesidad de aprobación* con una Rho de Spearman de 329 y  $p=0.05$ .

### 13. DISCUSIÓN

Realizamos un estudio transversal con el objetivo de intentar identificar una posible relación entre los diferentes estilos de apego (apego seguro, apego inseguro tipo evitativo y apego inseguro tipo ansioso) y el consumo de alcohol a lo largo de la vida.

A pesar de obtener un tamaño de muestra pequeño, al correr los análisis estadísticos, encontramos una correlación negativa entre el factor de *seguridad* y la edad de inicio de consumo regular de alcohol, lo que podría sugerir que los sujetos con un estilo de apego seguro tenderían a iniciar el consumo de alcohol a edades más tardías, comparados con sujetos con otros estilos de apego (inseguro evitativo o ansioso).

Además, encontramos que el número de copas antes del inicio de consumo regular, se correlacionó positivamente con fuerza leve a moderada, con tres factores de estilo de apego inseguro. Específicamente con el factor *malestar ante la cercanía con los demás* del estilo de apego inseguro-evitativo y con los factores de estilo de apego inseguro-ansioso *necesidad de aprobación* y *preocupación*. Lo anterior podría sugerir que sujetos con mayor probabilidad de tener estilos de apego inseguro, ya sea tipo evitativo o tipo ansioso, podrían tener un mayor consumo de alcohol antes de mostrar un consumo regular.

Adicionalmente, se encontró una correlación significativa entre el factor denominado *necesidad de aprobación* (factor del apego inseguro tipo ansioso) con mayor número de copas durante consumo regular en exceso, con una fuerza de asociación positiva moderada, lo que podría indicar que sujetos con esta característica del estilo de apego inseguro-ansioso mostraron consumir mayores cantidades de alcohol en los períodos de consumo en exceso.

Las correlaciones entre las variables de consumo y los factores de estilo de apego son congruentes con lo descrito previamente en la literatura y con la hipótesis planteada en el presente proyecto de investigación, en donde se considera que individuos con apego inseguro (ya sea tipo evitativo o tipo ansioso) suelen tener patrones de mayor consumo de alcohol a lo largo de la vida, en comparación con personas con un estilo de apego seguro. Algunas abordajes que han intentado explicar esta relación plantean que los individuos con un estilo de apego inseguro-ansioso suelen tener problemas de regulación emocional, con tendencias depresivas y conductas de hostilidad, por lo que suelen consumir mayores cantidades de alcohol con el fin de tranquilizarse, disminuir la ansiedad y poder desenvolverse socialmente mejor (Bailey y Hubbard, 1990; DeFronzo y Pawlak, 1993; Foshee y Bauman, 1994; Lee y Bell, 2003; Danielsson, Romelsjö, y Tengström, 2011; Massey, Compton y Kaslow, 2014; Mikulincer y Shaver, 2016). En cuanto a las personas con estilo de apego inseguro tipo evitativo, estudios previos

sugieren que este grupo en particular suele recurrir al consumo de alcohol y otras sustancias con el fin de disminuir o evitar el estrés emocional, comportamientos y rasgos caracterológicos desadaptativos (Mikulincer y Shaver, 2016; Belcher y Volkow 2014.)

Considero que la principal fortaleza del estudio es que el análisis de correlación de los estilos de apego y el consumo de alcohol a lo largo de la vida se realizó a través del análisis amplio de variables de consumo relevantes en sustitución del abordaje tradicional de comparación entre casos y controles, adoptando la propuesta de análisis dimensional del modelo de Criterios de Dominio de Investigación (RDoC) del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Dicho modelo propone entender una conducta observable como un continuum que va desde la normalidad hasta extremos patológicos, sin involucrar categorías clínicas. Hasta donde el autor sabe, hasta la fecha, son pocos los estudios en nuestro país que utilizan este prometedor modelo de investigación en salud mental.

Es imperativo mencionar que, desafortunadamente, el tiempo necesario para el desarrollo completo de este proyecto se limitó debido a la contingencia sanitaria de COVID-19 y las medidas de aislamiento social indicadas por la Secretaría de Salud; lo cual influyó importantemente en que no se alcanzará la cifra de participantes inicialmente propuesta. Considerando la asociación entre las variables categóricas de estilo de apego del adulto y el consumo de alcohol (consumo actual, o a lo largo de la vida), una magnitud del efecto pequeña  $d=0.30$  y confiabilidad del 95% potencia del 90% el tamaño de la muestra total inicialmente propuesta fue de 112 sujetos (Cohen, J 1988), sin embargo se logró obtener una muestra final de 77 participantes (que representa el 68.7% de la muestra inicial calculada).

Es importante analizar los resultados del estudio considerando también sus limitaciones, principalmente el pequeño tamaño de muestra. También vale la pena mencionar que, durante el desarrollo del estudio, se encontraron ciertas limitantes en el instrumento utilizado para determinar la historia de consumo de alcohol a lo largo de la vida, el cual carece de algunas preguntas específicas para poder calcular con mayor exactitud la cantidad de alcohol ingerida en periodos de tiempo homogéneos.

## **14. CONCLUSIONES**

A pesar de obtener un tamaño de muestra pequeño, el autor considera que se cumplió el objetivo fundamental de esta investigación, el cual era identificar si existe una relación entre los estilos de apego inseguro-ansioso e inseguro-evitativo en individuos con mayor consumo de alcohol, e identificar si existe una relación entre el estilo de apego seguro con menor consumo de alcohol a lo largo de la vida. El análisis estadístico encontró correlación significativa de las siguientes variables: sujetos con apego seguro tienden a iniciar su consumo a mayor edad en relación con los grupos de apego inseguro. Se encontró que sujetos con apego inseguro tipo ansioso y evitativo, suelen tener un mayor consumo de alcohol, antes del consumo regular, comparados con los sujetos que reportaron apego seguro; y finalmente, que determinó que sujetos con apego inseguro

tipo ansioso suelen consumir mayores cantidades de alcohol en períodos de consumo regular en exceso que el resto de los tipos de apego.

Considero que el presente estudio podría dar pie a futuras investigaciones sobre la naturaleza y causalidad de la relación del consumo de alcohol a lo largo de la vida y los diferentes estilos de apego, con muestras más amplias y con la implementación del uso de instrumentos que puedan otorgar información más específica sobre el uso de alcohol a lo largo de la vida. Al ampliar el conocimiento de la naturaleza de la relación de la teoría del apego y el consumo de alcohol, quizás a futuro se podrían diseñar modelos de intervención centrados en el fomento del desarrollo de un estilo de apego seguro y así prevenir el consumo patológico de esta sustancia.

## 15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19–52, 107-127.

Sperling, M. B., & Berman, W. H. (Eds.). (2016). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. Segunda Edición. Guilford Press. Nueva York, EU:

Mikulincer, M., Shaver, P.R. (2016) Attachment in Adulthood. Structure, Dynamics and Change. Segunda edición. Guildford Press. Nueva York, EU.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, (1978). Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at home. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Litten, R. Z., Ryan, M. L., Falk, D. E., Reilly, M., Fertig, J. B., & Koob, G. F. (2015). Heterogeneity of alcohol use disorder: Understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(4), 579-584.

Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. CDMX, México: INPRFM; 2012.

Villatoro-Velázquez JA, et al. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol. CDMX, México. INPRFM. 2017.

Cassidy, Jude & Shaver, Phillip (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Tradition-a Journal of Orthodox Jewish Thought. 25.

Cassidy, Jude & Jones, Jason & Shaver, Phillip. (2013). Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Development and psychopathology*. 25. 1415-34.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. In T. B. Brazelton, & M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

Olivia, Alfredo (2004) Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, Sevilla, España 4 (1); 65-81.

Organización Mundial de la Salud (2014). Global Status report of alcohol and health 2014. Geneva, Suiza. ([www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse))

Organización Panamericana para la Salud / Organización Mundial de la Salud (2015). Situación regional del consumo de alcohol y la salud en las Américas. ([www.paho.org/informealcohol2015](http://www.paho.org/informealcohol2015))

Leggio, Lorenzo & Kenna, George & Fenton, Miriam & Bonenfant, Erica & Swift, Robert. (2009). Typologies of Alcohol Dependence. From Jellinek to Genetics and Beyond. *Neuropsychology review*. 19. 115-29.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª ed.). Washington, DC, EU.

N Cuthbert, Bruce & Insel, Thomas. (2013). Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 11: 126. *BMC medicine*. 11. 126. 10.1186/1741-7015-11-126.

The National Institute of Mental Health, Research domain criterio (RDoC) en: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>

The National Institute of Mental Health, Research domain criterio (RDoC): Social Processes: Workshop Proceedings, en: <https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/social-processes-workshop-proceedings.shtml>

Tamayo, Ricardo. (2018). Criterios de Dominio de Investigación (RDoC): Fortalezas y debilidades de una propuesta reciente para unificar la investigación en psicopatología. 341-353.

Fairbairn, Catharine & A. Briley, Daniel & Kang, Dani & Chris Fraley, R & Hankin, Benjamin & Ariss, Talia. (2018). A Meta-Analysis of Longitudinal Associations Between Substance Use and Interpersonal Attachment Security. *Psychological Bulletin*. 144.

Bailey, S. L., & Hubbard, R. L. (1990). Developmental variation in the context of marijuana initiation among adolescents. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 58–70.

Danielsson, A., Rolemsjo, A., & Temgstrom, A. (2011). Heavy episodic drinking in early adolescence: Gender-specific risk and protective factors. *Substance Use and Misuse*, 46, 633–643.

DeFronzo, J., & Pawlak, R. (1993). Effects of social bonds and childhood experiences on alcohol abuse and smoking. *Journal of Social Psychology*, 133, 635–642.

Foshee, V., & Bauman, K. E. (1994). Parental attachment and adolescent cigarette smoking initiation. *Journal of Adolescent Research*, 9, 88–104.

Lee, J. M., & Bell, N. J. (2003). Individual differences in attachment–autonomy configurations: Linkages with substance use and youth competencies. *Journal of Adolescence*, 26, 347–361.

Massey, S. H., Compton, M. T., & Kaslow, N. J. (2014). Attachment security and problematic substance use in low-income, suicidal, African American women. *The American Journal on Addictions*, 23, 294–299.

Reis, S., Curtis, J., & Reid, A. (2012). Attachment styles and alcohol problems in emerging adulthood: A pilot test of an integrative model. *Mental Health and Substance*

Use, 5, 115–131.

van der Vorst, H., Engels, R., Meeus, W., & Dekovic, M. (2006). Parental attachment, parental control, and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 107–116.

Crawford, L. A., & Novak, K. B. (2008). Parent–child relations and peer associations as mediators of the family structure–substance use relationship. *Journal of Family Issues*, 29, 155–185.

Branstetter, S., Furman, W., & Cottrell, L. (2009). The influence of representations of attachment, maternal–adolescent relationship quality, and maternal monitoring on adolescent substance use: A 2-year longitudinal examination. *Child Development*, 80, 1448–1462.

Labrie, J. W., & Sessoms, A. E. (2012). Parents still matter: The role of parental attachment in risky drinking among college students. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 21, 91–104.

Zhai, Z. W., Kirisci, L., Tarter, R. E., & Ridenour, T. A. (2014). Psychological dysregulation during adolescence mediates the association of parent–child attachment in childhood and substance use disorder in adulthood. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40, 67–74. Ahumada Castillo JP (2011) Traducción y validación del cuestionario de estilos de apego en el adulto (Attachment Style Questionnaire). México: Tesis de especialidad en Psiquiatría, UNAM.

Russell, M., Marshall, J. R., Trevisan, M., Freudenheim, J. L., Chan, A. W. K., Markovic, N., Priore, R. L. (1997). Test-Retest Reliability of the Cognitive Lifetime Drinking History. *American Journal of Epidemiology*, 146(11), 975–981.

Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992.

Belcher AM, Volkow ND, Moeller FG, Ferré S. Personality traits and vulnerability or resilience to substance use disorders. *Trends Cogn Sci*. 2014;18(4):211-217.

## 16. ANEXOS

### 16.1 Cuestionario de estilos de apego del adulto

Califique las siguientes aseveraciones en base a esta escala:  
1=totalmente en desacuerdo; 2= fuertemente en desacuerdo;  
3=moderadamente en desacuerdo; 4=moderadamente de acuerdo;  
5=fuertemente de acuerdo; 6=totalmente de acuerdo.

- 1 Por encima de todo pienso que soy una persona valiosa
- 2 Soy mas fácil de conocer que la mayoría de las personas
- 3 Estoy seguro(a) de que los demás estarán ahí cuando los necesite
- 4 Prefiero depender de mí mismo(a) que de otras personas
- 5 Prefiero no ser sociable
- 6 Pedir ayuda es admitir que uno ha fallado
- 7 El valor de una persona de debe medir por sus logros
- 8 Lograr las cosas es mas importante que construir relaciones
- 9 Hacer lo mejor de un mismo es mas importante que llevarse con los demás
- 10 Si tienes un trabajo que hacer, debes hacerlo sin importar quien salga lastimado
- 11 Agradarle a los demás me parece importante
- 12 Evitar hacer cosas que a los demás desagradan me parece importante
- 13 Se me dificulta tomar decisiones sin saber lo que piensan los demás
- 14 Mis relaciones con los demás generalmente son superficiales
- 15 A veces pienso que no sirvo para nada
- 16 Se me dificulta confiar en los demás
- 17 Se me dificulta depender de los demás
- 18 Pienso que los demás son reacios a acercarse tanto como me gustaría

- \_\_\_ 19 Se me facilita acercarme a los demás
- \_\_\_ 20 Se me facilita confiar en los demás
- \_\_\_ 21 Me siento cómodo(a) cuando dependo los demás
- \_\_\_ 22 Me preocupa que a los demás no les importe como me importan a mí
- \_\_\_ 23 Me preocupa que las personas quieran acercarse a mí
- \_\_\_ 24 Me preocupa no estar a la altura de los demás
- \_\_\_ 25 Tengo sentimientos encontrados acerca de estar cerca de los demás
- \_\_\_ 26 A pesar de querer estar cerca de los demás, me siento intranquilo(a) por ello
- \_\_\_ 27 Me pregunto por qué las personas quisieran involucrarse conmigo
- \_\_\_ 28 Para mí, es muy importante tener relaciones cercanas
- \_\_\_ 29 Me preocupo mucho por mis relaciones
- \_\_\_ 30 Me pregunto como me las arreglaría sin alguien que me quiera
- \_\_\_ 31 Me siento confiado(a) acerca de mi relación con los demás
- \_\_\_ 32 Me siento solo(a) o abandonado(a) muy seguido
- \_\_\_ 33 Me preocupa muy seguido que realmente no pertenezco a los demás
- \_\_\_ 34 Los demás tienen sus propios problemas, así que no los molesto con los míos
- \_\_\_ 35 Cuando hablo de mis problemas con los demás, generalmente me siento avergonzado(a) o tonto(a)
- \_\_\_ 36 Estoy muy ocupado(a) con otras actividades como para invertir mucho tiempo en mis relaciones
- \_\_\_ 37 Si algo me esta molestando, los demás generalmente están al tanto y se preocupan
- \_\_\_ 38 Me siento confiado(a) de que agradaré a los demás y de que me respetarán
- \_\_\_ 39 Me frustra que los demás no estén ahí cuando los necesito
- \_\_\_ 40 Generalmente los demás me dejan mal

## 16.2 Cognitive lifetime drinking history (CLDH)

1. A lo largo de su vida, alguna vez ha tomado al menos una copa de cualquier tipo de alcohol? No cuente las probaditas o sorbos.
  - a. No
  - b. Si
2. Aproximadamente, a qué edad empezó a beber?
  - a. \_\_\_\_\_ (años)
3. Ha habido algún periodo de tiempo en el que haya bebido regularmente, es decir, al menos una vez al mes durante seis meses?
  - a. No
  - b. Si

### ***Ahora queremos preguntarle por su forma de beber EN EL PASADO:***

4. Aproximadamente, qué edad tenía usted cuándo empezó a beber de forma regular, es decir, al menos una vez al mes durante seis meses?
  - a. \_\_\_\_\_ (años)

### ***Ahora queremos que piense sobre los cambios en su forma de beber A LO LARGO DE SU VIDA, es decir, cuando aumentó, cuando lo redujo o cuando suspendió el uso del alcohol:***

5. Aproximadamente, qué edad tenía cuando tuvo el PRIMER cambio en su forma de beber?
  - a. \_\_\_\_\_ (años)
6. Qué cambio realizó en su forma de beber:
  - a. Lo aumentó
  - b. Lo redujo
  - c. Lo suspendió
7. Aproximadamente, qué edad tenía cuando tuvo el SEGUNDO cambio en su forma de beber?
  - a. \_\_\_\_\_ (años)
8. Qué cambio realizó en su forma de beber:
  - a. Lo aumentó
  - b. Lo redujo

- c. Lo suspendió

**Las siguientes preguntas son sobre algunos tipos de bebidas que pudo haber usado A LO LARGO DE SU VIDA:**

- 9. Alguna vez ha bebido:
  - a. Cerveza
  - b. Jerez, anís u otros licores (almendra, coco, café, etc.)
  - c. Ron, brandy o coñac
  - d. Vodka, ginebra o whisky
  - e. Tequila, mezcal o aguardiente
  - f. Vino de mesa
  - g. Pulque
  - h. Alcohol de 96º
  
- 10. Antes que empezara a beber regularmente, cuántas copas tomó de estas bebidas?
  - a. Número aproximado de copas por ocasión \_\_\_\_\_
  
- 11. Cuando ya bebía regularmente, en los días en los que usted bebió SIN EXCEDERSE, cuántas copas tomó de estas bebidas?
  - a. Número aproximado de copas por ocasión \_\_\_\_\_
  
- 12. Cuando ya bebía regularmente, en los días en los que usted bebió EN EXCESO, cuántas copas tomó?
  - a. Número aproximado de copas por ocasión \_\_\_\_\_
  
- 13. ¿Con qué frecuencia tomaste algún tipo de bebida alcohólica?
  - a. Una vez a la semana o más
  - b. Tres días al mes
  - c. Dos días al mes
  - d. Una vez al mes

**Ahora queremos saber acerca de sus patrones de consumo de alcohol CUANDO COMENZÓ A BEBER CON REGULARIDAD. Le preguntaremos acerca de beber los fines de semana y los días laborables:**

- 14. Comencemos con el viernes. Los viernes, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebías: todos los viernes, tres viernes, dos viernes, un viernes o casi nunca los viernes?
  - a. Todos los viernes

- b. Tres viernes
- c. Dos viernes
- d. Un viernes
- e. Casi ningún viernes

15. Ahora piensa en los sábados. Los sábados, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebías: todos los sábados, tres sábados, dos sábados, un sábado o casi nunca los sábados?

- a. Todos los sábados
- b. Tres sábados
- c. Dos sábados
- d. Un sábado
- e. Casi ningún sábado

16. Los domingos, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebías: todos los domingos, tres domingos, dos domingos, un domingo o casi nunca los domingos?

- a. Todos los domingos
- b. Tres domingos
- c. Dos domingos
- d. Un domingo
- e. Casi ningún domingo

Ahora piensa en los cuatro días de la semana, de lunes a jueves, EN EL PASADO.

17. ¿Con qué frecuencia tomabas en un día laborable durante un mes típico?

- a. Los cuatro días laborables, cada semana
- b. Tres días de semana, cada semana
- c. Dos días de semana, cada semana
- d. Un día laborable, cada semana
- e. De uno a tres días de la semana al mes
- f. Casi ningún día laborable

***Ahora queremos saber acerca de sus patrones de consumo EN LA ACTUALIDAD. Le preguntaremos acerca de beber los fines de semana y los días laborables.***

18. Comencemos con el viernes. Los viernes, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebes alcohol: todos los viernes, tres viernes, dos viernes, un viernes o casi nunca los viernes?

- a. Todos los viernes
- b. Tres viernes
- c. Dos viernes
- d. Un viernes
- e. Casi ningún viernes

19. Ahora piensa en los sábados. Los sábados, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebes alcohol: todos los sábados, tres sábados, dos sábados, un sábado o casi nunca los sábados?
- Todos los sábados
  - Tres sábados
  - Dos sábados
  - Un sábado
  - Casi ningún sábado
20. Los domingos, durante un mes normal, ¿con qué frecuencia bebes alcohol: todos los domingos, tres domingos, dos domingos, un domingo o casi nunca los domingos?
- Todos los domingos
  - Tres domingos
  - Dos domingos
  - Un domingo
  - Casi ningún domingo

Ahora piensa en los cuatro días de la semana, de lunes a jueves, EN LA ACTUALIDAD.

21. ¿Con qué frecuencia tomabas en un día laborable durante un mes típico?
- Los cuatro días laborables, cada semana
  - Tres días de semana, cada semana
  - Dos días de semana, cada semana
  - Un día laborable, cada semana
  - De uno a tres días de la semana al mes
  - Casi ningún día laborable

***Las siguientes preguntas son para personas quienes sólo hayan bebido alcohol irregularmente:***

22. Durante el período de su vida cuando bebió más, ¿cuántas veces al año bebió?
- Número de veces aproximadamente \_\_\_\_\_
23. Cuando usted bebió durante esas ocasiones, ¿cuántas copas bebías usualmente?
- Número de copas aproximadamente \_\_\_\_\_
24. ¿Hubo días en los que hayas bebido más de lo habitual?
- No
  - Sí

25. ¿Qué tan frecuente fue que hayas bebido más de lo usual?

a. Número de días al año \_\_\_\_\_

26. El día que haya pasado que bebiste más de lo usual, ¿Cuántas copas llegaste a beber?

a. Número de copas aproximadamente \_\_\_\_\_

### 16.3 Consentimiento informado para participación en estudio



#### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN ESTUDIO DE RELACIÓN ENTRE LOS ESTILOS DE APEGO Y EL CONSUMO DE ALCOHOL A LO LARGO DE LA VIDA EN POBLACIÓN ADULTA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

**Dirección de Enseñanza /Dirección de Servicios Clínicos.**

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, el cual requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en realizar las preguntas que considere necesarias.

**Objetivo:** El objetivo del estudio es determinar si existen diferencias en las maneras de consumir alcohol entre las personas con diferentes estilos de apego (estilo de apego se define como la manera de relacionarse con los demás en base a las experiencias de crianza que se tuvieron en los primeros años de vida). Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con información sobre su consumo de alcohol a lo largo de la vida y algunas características sobre la manera que usted se relaciona con las demás personas.

**Justificación del estudio:** Aunque la información conocida hasta el momento es abundante sobre la biología y los aspectos psicológicos y sociales sobre el consumo de alcohol, aún carecemos de información importante sobre como el estilo de crianza y por ende el estilo de apego de los individuos mexicanos puede influir en los patrones de consumo de alcohol a lo largo de la vida.

Si usted decide otorgar su consentimiento para participar, se realizará una evaluación individual en donde se respetará en todo momento su confidencialidad. Inicialmente se recabará su edad, estado civil, ocupación y escolaridad y posteriormente se le aplicarán dos cuestionarios. El primero evaluará sus patrones de consumo de alcohol a lo largo de la vida y el segundo cuestionario evaluará la manera en la que se relaciona con los demás en diferentes escenarios.

Es muy importante que usted sepa que en caso de no aceptar participar o en caso de retirarse una vez que haya aceptado, NO se verá afectada la calidad de atención que recibe en este instituto.

El protocolo de investigación comprende la utilización de exámenes psicológicos los cuales confieren un riesgo mínimo a la investigación. Los riesgos identificados son los siguientes:

- Potenciales daños del ámbito emocional: pensamientos de culpabilidad, confusión y vergüenza. En caso de que se presente lo anterior, se le preguntará al final de la entrevista sobre la presencia de culpabilidad, confusión y vergüenza. En caso de haberse presentado, se brindará contención verbal y psicoeducación para neutralizar las emociones negativas que pudieran haber surgido durante la entrevista.
- Estrés al contestar pruebas escritas: Se acompañará a los participantes en todo momento durante las pruebas. Se vigilarán datos de estrés que pudieran ocurrir durante la prueba, con el fin de realizar contención verbal y ejercicios de respiración/relajación en los participantes que lo ameriten.

**Consignas:**

1. Se le pedirá su consentimiento para realizar los cuestionarios.
2. No se le cobrará ningún cargo económico por la realización de las evaluaciones relacionadas con esta investigación.
3. Su participación es voluntaria.
4. Podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee.
5. Si usted lo desea, se otorgará una entrevista con el investigador principal para brindar información de los resultados obtenidos.

**Beneficios Posibles**

- 1.- Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la naturaleza del consumo de alcohol.
  - 2.- Usted podrá aclarar sus dudas con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y cuestionarios que se le realicen.
  - 3.- Como beneficio directo se dará a los participantes un tríptico informativo sobre los daños a la salud generados por el abuso en el consumo de alcohol.
  - 3.- Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de esta entidad clínica.
  - 4.-Se le proporcionará la información de los resultados obtenidos en el estudio, de usted desearlo.
- DESEA RECIBIR INFORMACIÓN DE LOS RESULTADOS QUE SE OBTENGAN? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**Confidencialidad:** Los datos obtenidos a partir de las entrevistas son completamente confidenciales. Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se realizarán las entrevistas en el servicio de Preconsulta del INPRFM. Se asignará un código, por lo que los nombres de los participantes no aparecerán en ninguno de los reportes o artículos que se elaboren con la información obtenida. La información obtenida se almacenará y se mantendrá resguardada en la sesión personal del investigador del software Google Forms, la cual estará protegida bajo contraseña. Los datos se tendrán bajo resguardo hasta que el investigador principal termine el curso de especialidad en psiquiatría (marzo de 2021). Una vez que se cumpla este plazo, se eliminarán los datos obtenidos de la cuenta de Google Forms. De esta manera se asegurará la confidencialidad y se prevendrá el mal uso de la información obtenida. Se garantiza absoluta confidencialidad y anonimato.

**Disposiciones Generales** Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Alejandro D. Sánchez Guerrero, a través del siguiente correo electrónico: [dralejandrosanchez@protonmail.com](mailto:dralejandrosanchez@protonmail.com)

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga algún tipo de consecuencia. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación.

---

Nombre y firma del Participante

---

Fecha

---

Nombre y firma del Testigo 1

---

Fecha

---

Nombre y firma del Testigo 2

---

Fecha

---

Nombre y firma del investigador principal

---

Fecha

**Datos de contacto:**

Dr. Alejandro D. Sánchez Guerrero.

Tel. 41605260

Correo electrónico: [dralejandrosanchez@protonmail.com](mailto:dralejandrosanchez@protonmail.com), [alex.dsag@gmail.com](mailto:alex.dsag@gmail.com)