



UNIVERSIDAD
DON VASCO, A. C.

UNIVERSIDAD DON VASCO, A.C.

INCORPORACIÓN N° 8727-25 A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

*TIPO DE APEGO HACIA LA MADRE QUE TIENEN EN COMÚN LOS
INTERNOS EN LA CLÍNICA CONTRA LAS ADICCIONES,
“TIEMPO DE CAMBIO”.*

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

KAREN ITZEL NAVA FIGUEROA

ASESORA: LIC. PERLA LIZBETH URIBE CARMONA

URUAPAN, MICHOACÁN. A 05 DE MAYO DE 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

Introducción.

Antecedentes.....	1
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	10
Pregunta de investigación.....	11
Instrumentos de recolección de datos.....	12
Justificación.....	13
Marco de referencia.....	14

Capítulo 1. El apego materno.

1.1 Concepto de apego materno.....	16
1.2 Formación del apego.....	20
1.3 Etapas del apego de acuerdo con las etapas del desarrollo.....	23
1.3.1 El apego en la infancia.....	24
1.3.2 El apego en la adolescencia.....	25
1.3.3 El apego en la adultez.....	27
1.4 Tipos de apego.....	28
1.4.1 Apego seguro.....	29
1.4.2 Apego evitativo.....	32
1.4.3 Apego ansioso o ambivalente.....	33
1.4.4 Apego desorganizado.....	34

1.5 Manifestaciones del apego en adultos.....	38
---	----

Capítulo 2. Adicciones.

2.1 Concepto de adicción.....	40
2.2 Tipos de drogas.....	44
2.3 Características que comparten en común los adictos.....	46
2.4 Conductas y síntomas de la adicción.....	50
2.5 Criterios de diagnóstico.....	52
2.6 Etapas de la adicción.....	56
2.7 Factores de riesgo para las adicciones.....	60

Capítulo 3. Metodología, análisis e interpretación de resultados.

3.1 Descripción metodológica.....	64
3.1.1 Tipo de enfoque.....	64
3.1.2 Tipo de diseño.....	65
3.1.3 Tipo de estudio.....	66
3.1.4 Tipo de alcance.....	67
3.1.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	68
3.1.6 Selección de la muestra.....	70
3.2 Descripción del proceso de investigación.....	71
3.3 Análisis e interpretación de resultados.....	73
3.3.1 Imagen de los objetos de amor.....	75
3.3.2 Tipo de apego en común hacia su madre.....	87

Conclusiones.....	94
Bibliografía.....	97
Mesografía.....	99
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

En el presente documento se expone un estudio realizado sobre el tipo de apego hacia la madre que tienen en común los internos de una clínica contras las adicciones. Como primera tarea, se muestran en los apartados siguientes los elementos necesarios para brindar un panorama inicial sobre el problema examinado.

Antecedentes.

En toda investigación, resulta esencial revisar los estudios previos relacionados con el tema de interés y que puedan servir de apoyo para la indagación planeada, por lo tanto, enseguida se muestran los elementos fundamentales de investigaciones realizadas anteriormente y que toman en cuenta las variables de apego y adicción.

Heredía y Huerta (2002) definen el apego como un componente básico de la naturaleza humana, que consiste en la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, presente en forma rudimentaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta hasta la vejez.

La adicción, por otra parte, es vista como una enfermedad de carácter biológico, mental, conductual, emocional, familiar, social e incluso espiritual. La

adicción es multifactorial, por lo tanto, es posible que la manifestación de la enfermedad sea observable y verificable a través de la manera de pensar y actuar del individuo (Villagómez; 2016).

De Lucas y Montañés (2006), en su investigación “Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas”, trabajaron con tres diferentes muestras a quienes aplicarían distintos instrumentos para medir el estilo de apego en cada una de ellas y comparar los resultados. En esta investigación expresa que, a pesar de existir varios estudios sobre los estilos de apego en sujetos con distintos trastornos psiquiátricos o del comportamiento, son relativamente escasos los trabajos centrados directa o específicamente en los estilos de apego de los consumidores de alcohol y/o drogas.

La hipótesis de trabajo sostiene la existencia, en general, de apegos no seguros entre los sujetos con Trastornos por Consumo de Drogas (TCD), de modo que mantendrían su consumo como una forma de romper con el entorno y evitar relaciones personales maduras, a la vez que se mantienen en una necesidad constante de cuidados (estrategia temerosa o evasiva).

“Los instrumentos que utilizaron para la valoración del apego en consumidores de drogas fueron: el cuestionario o instrumento autoaplicado de Hazan y Shaver (Hazan and Shaver self-report measure, HSSR); el modelo de Bartholomew; y la entrevista de apego del adulto (Adult Attachment Interview, AAI) de Main y Goldwin” (De Lucas y Montañés; 2006: 3).

El Cuestionario Autoaplicado de Hazen y Shaver se aplicó en una muestra de hombres israelíes casados; la media de edad de los 56 participantes era de 39 años y tenían una larga historia de consumo y dependencia de drogas. Aproximadamente la mitad había consumido heroína, una cuarta parte heroína y cocaína, y el resto otras combinaciones de drogas. El estudio se llevó a cabo tras la desintoxicación. La mayoría (61%) de los participantes se clasificaron como evasivos, 27% como seguros y solamente 12% como ansiosos-ambivalentes.

Por otro lado, en la entrevista de Apego Adulto, estudiaron una muestra de 60 adolescentes de 13 a 19 años, ingresados para tratamiento psiquiátrico, de los cuales 29 eran consumidores de drogas. Todos los participantes tenían diagnósticos principales diferentes del trastorno por consumo de drogas, estos se clasificaron en parte como devaluadores y en parte preocupados. No hubo asociación entre consumo de drogas y apego no resuelto; los consumidores de drogas con trastornos de conducta tenían apegos devaluadores, mientras que los consumidores con trastornos afectivos eran clasificados como devaluadores o preocupados.

En la tercera muestra, se trabajó con la entrevista e instrumentos autoaplicados de Bartholomew, donde se incluyó una muestra de 71 adolescentes dependientes de opiáceos, de 14 a 25 años, a los que se comparó con 39 controles de población no clínica. El apego se valoró mediante entrevista, mientras que el consumo de drogas se evaluó con una escala de gravedad y con determinación de tóxicos en orina, que eliminaría los sesgos derivados de los autoinformes de

consumo. En los adolescentes drogodependientes, el apego predominante fue el temeroso, mientras que los controles fueron predominantemente seguros.

Esta investigación tomó en cuenta las relaciones familiares, de manera que concluyó que el consumo de drogas en la adolescencia se ha visto asociado con abandono de las relaciones, marginación social, escasos lazos en la familia, conflictos familiares y rupturas.

De acuerdo con estos autores, el consumo de drogas puede verse como un intento de enfrentarse con la inseguridad del apego, para disminuir el malestar emocional y regular las relaciones interpersonales. Por lo tanto, con ayuda del Cuestionario Autoaplicado de Hazen y Shaver, los resultados arrojan que la categoría de apego que mejor se ajusta con los Trastornos por Consumo de Drogas, es el evasivo temeroso.

Por otro lado, se detectó una investigación realizada por Pinzón y Pérez (2014), titulada “Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal”, cuyo objetivo consistió en conocer el estilo de apego de las mujeres que viven violencia conyugal, así como las características de la relación con la figura materna.

Este estudio se efectuó según la perspectiva metodológica cualitativa, con apoyo de entrevistas en profundidad. Se conformó una muestra de 4 mujeres que acudían voluntariamente a un consultorio de psicología en el estado de Tabasco, de

clase socioeconómica media, con al menos 5 y hasta 14 años de matrimonio, con un promedio de 2 hijos por pareja y que vivían violencia conyugal. Las edades de las participantes oscilaron entre los 30 y 45 años. Asimismo, se entrevistó a las madres de cada una de las participantes, cuyo rango de edad se encontró entre los 56 y 69 años; en todos los casos se buscó un consentimiento informado y se trabajó en condiciones de privacidad y confidencialidad.

“Respecto a las características de los estilos de apego establecidos en la infancia de las mujeres entrevistadas que viven violencia conyugal, se observa que mantuvieron una interacción con la figura materna que se caracteriza por una respuesta adecuada a las necesidades básicas; sin embargo, las necesidades afectivas no fueron del todo percibidas como satisfactorias y complementarias. Es decir, la figura materna se caracterizó por ser inconsistentemente responsiva, con baja disponibilidad, indiferencia, baja implicación conductual, infraestimulación, inaccesibilidad e inconsistencia concurrente” (Pinzón y Pérez; 2014: 21).

Los resultados demostraron que el estilo de apego que caracteriza a las mujeres entrevistadas es el ambivalente/preocupado. Respecto a los dominios de BABI (Brief Attachment Behavior Intervention), se encontró en la categoría estilo de apego seguro que 3 de las mujeres de esta investigación recurrían a sus madres como principales fuentes de seguridad.

En otra investigación, realizada por Ramírez (2015), que fue llevada a cabo en Nuevo León, específicamente en la Universidad de Montemorelos, se tuvo como

objetivo analizar los estilos de apego con los estilos de socialización parental y observó la asociación que existe entre ellos. La investigación fue cuantitativa, de corte transversal, descriptiva y correlacional. La muestra estuvo constituida por 242 adolescentes de 15 a 18 años, inscritos en el Centro de Estudios Tecnológicos y de Servicio de Montemorelos, Nuevo León.

El instrumento que se utilizó para examinar el apego, fue el Cuestionario de Apego Adulto sobre Relaciones. Para estudiar la variable estilos de socialización parental, se siguió el modelo construido por Musitu y García, para realizar la categorización de los tipos de socialización parental; de manera que el instrumento que se usó fue la Escala de Estilos de Socialización en la Adolescencia, de los mismos autores (Ramírez; 2015).

En los resultados de esta investigación se encontró una asociación significativa entre el estilo de apego del adolescente y el estilo de socialización parental percibida por los adolescentes. Los estilos de apego de mayor a menor frecuencia son: el seguro, seguido del evitativo, continúa el ansioso y, por último, el evitativo/preocupado (Ramírez; 2015).

Con esta investigación, se puede verificar y concluir que la relación existente entre padres e hijos determinará en gran medida el tipo de apego que se establezca en estos últimos, así como la manera en que los niños aprendan a relacionarse con el medio que los rodea.

Por otro lado, González y cols. (2009) realizaron un estudio descriptivo, titulado “Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz”, cuyo propósito fue identificar algunos problemas sociales y de conducta, así como su impacto en las relaciones familiares y el uso de drogas de los 2,371 adolescentes, entre 12 y 17 años, estudiantes de 36 escuelas secundarias de las zonas urbana y suburbana de la localidad.

La información se obtuvo mediante un cuestionario diseñado ex profeso, que indaga el ámbito escolar, relaciones familiares y migración; también se utilizó un cuestionario sobre el comportamiento de niños(as) de 11 a 18 años elaborado por T. M. Achenbach. Ambos instrumentos fueron aplicados a cada uno de los participantes dentro de las escuelas de pertenencia y los datos obtenidos fueron sometidos a la prueba chi cuadrada; se realizó un análisis univariado, bivariado y multivariado.

A través de los datos obtenidos, se obtuvo que los adolescentes de la ciudad de Xalapa tienden a considerar de una manera similar la relación familiar y la relación de pareja que sostienen sus padres y, para la mayoría de ellos, ambas son favorables. Este es un punto importante, tomando en cuenta que la familia puede constituirse como un factor de protección ante la disponibilidad de sustancias adictivas en el medio, a partir del ambiente generado en el seno familiar.

Los datos obtenidos respecto del uso de sustancias adictivas, muestran que existe un mayor acercamiento de los adolescentes hacia el alcohol que hacia el tabaco. Por último, en cuanto al uso de alcohol, se encontró que solamente un poco

más de la mitad (54.73%) de los estudiantes no lo ha consumido y en contraste con los datos anteriores, para el caso de otras sustancias como marihuana, cocaína, cristal o éxtasis, entre otras, se eleva el porcentaje (94.85%) de quienes declararon nunca haberlas consumido.

Planteamiento del problema.

En el 2016, el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) realizó un censo en las 32 entidades del país, que arrojó cifras importantes, aunque posiblemente en la actualidad ya hayan aumentado. En ese entonces, 2.3 millones de menores se identificaron como adictos a la droga y al alcohol; resulta preocupante encontrarse con cifras tan significativas sin tomar en cuenta a los adultos con algún tipo de adicción.

También se afirmó que, en México, más de 2 millones 387 mil menores de edad requieren algún tipo de rehabilitación por consumo de drogas, esencialmente marihuana, así como por abuso de alcohol.

De acuerdo con Medina Mora (referido por el CONADIC; 2016), directora del Instituto Nacional de Psiquiatría, el consumo sigue siendo más frecuente en los hombres, aunque la diferencia se ha reducido, al registrarse que por cada 6 mujeres hay 7 varones.

En términos generales, se sabe que México ocupa el tercer lugar en consumo de marihuana en América Latina, con 7.6%, y el séptimo lugar en cocaína, con un 1.7% de consumo.

Más alarmante aún es lo que precisó Villatoro (referido por el CONADIC; 2016), coordinador de la Unidad de Encuestas del Instituto Nacional de Psiquiatría, quien refiere que el consumo de drogas tiene mayor frecuencia en Chihuahua, Jalisco, Estado de México, Distrito Federal, San Luis Potosí, Michoacán, Campeche y Quintana Roo. Por ciudades, el consumo es más alto en Ecatepec, Estado de México; Cuautla, Morelos; Guadalajara, Jalisco; Cancún y Playa del Carmen, Quintana Roo; Acapulco, Guerrero y Apatzingán, Michoacán.

Michoacán es uno de los estados en los que se presenta con mayor frecuencia el consumo de drogas, específicamente en la ciudad de Apatzingán, próxima a Uruapan; por ello, también es importante realizar más investigaciones respecto a esta situación, que permitan ahondar en el tema para, asimismo, evocar propuestas viables y mejorar la situación que se padece en cuestión del consumo de sustancias psicoactivas.

Manríquez (referido por el CONADIC; 2016) dio a conocer que en lo que iba del año se habían registrado en los Centros de Atención Psicológica para Adolescentes, aproximadamente 1,800 consultas de primera vez, y alrededor de 11,200 casos en los que, además de adicción a las drogas, se logró detectar situaciones de violencia y problemas de salud mental. Por lo tanto, no se puede dejar

pasar desapercibido el tema, ya que Uruapan también se encuentra inmerso en esta situación.

Se sabe que las adicciones tienen factores biopsicosociales y que, posiblemente, la mayor influencia o determinación de la adquisición de conductas adictivas tenga su origen en el hogar y las primeras relaciones socio-afectivas del individuo, por lo que sería interesante y primordial indagar en ello.

Después de la búsqueda de antecedentes para la presente investigación, se pudo detectar que son muy escasas las investigaciones acerca del adicto y casi nulas tomando en cuenta el apego como factor precipitante para el inicio de una adicción. Es importante crear investigaciones que aporten conocimiento acerca del vínculo que el sujeto haya establecido con su figura de apego y cómo este influye directamente en el desencadenamiento de una adicción.

Objetivos.

Para realizar las diversas tareas teóricas y metodológicas inherentes al presente trabajo, se plantearon previamente los lineamientos que se enuncian enseguida.

Objetivo general.

Analizar el tipo de apego hacia la madre, que tienen en común los internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio”.

Objetivos particulares.

1. Definir el concepto de apego de acuerdo con distintos autores.
2. Describir los tipos de apego a través de la revisión teórica.
3. Conocer el concepto de adicción a través de una indagación teórica.
4. Identificar las características que comparten en común los sujetos adictos.
5. Conocer la imagen que el adicto y su madre en la infancia y, posteriormente, en la adultez.
6. Identificar el tipo de apego predominante en los adictos hacia su madre, a través de la entrevista.

Pregunta de investigación.

Con la presente indagación, se pretende indagar el tipo de apego que desarrollaron hacia su madre los adictos internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de cambio”, por lo que surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es el tipo de apego hacia la madre que tienen en común los internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio”?

Instrumentos de recolección de datos.

Para la evaluación del tipo de apego hacia la madre, predominante en los consumidores de drogas, se determinó utilizar la entrevista cualitativa en cada uno de los participantes.

Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad.

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas. En este caso se hará uso de la entrevista semiestructurada, ya que esta se basa en una guía de asuntos y preguntas, de manera que el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información; si a lo largo de la entrevista surgen diversos puntos de interés que no se tenían contemplados, se podrán indagar sin ningún inconveniente.

Hernández y cols. (2014) señalan que la entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa. Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado o entrevistados).

Justificación.

Michoacán es uno de los estados con mayor incidencia en el consumo de drogas; se sabe que la edad en que los individuos comienzan a consumir estas sustancias ahora se ha modificado de los 12 a los 10 años.

El consumo de drogas o sustancias adictivas puede provocar afecciones en los ámbitos biológico, psicológico y social, es decir, pueden presentarse alteraciones neurológicas, emocionales y también en sus relaciones interpersonales.

La adicción es una dependencia que puede ser generada por la manera en que el individuo aprendió a relacionarse con su madre y es un tema al cual no se le ha dado mucha importancia; se sabe de las adicciones, pero no del papel que la madre tiene en estas y sería interesante e importante conocerlo, ya que la información arrojada de una investigación como esta, puede traer aportaciones benéficas en las áreas social, académica y profesional.

La aportación social consistirá en tomar conciencia de que las relaciones que se tienen con las personas de su entorno, pueden tener una fuerte influencia y determinar ciertas conductas en el individuo. Asimismo, que esta información esté al alcance de la sociedad en general para que los padres estén informados del efecto que pueden llegar a tener en sus hijos con base en la relación que se permiten tener con ellos, en este caso, específicamente la madre.

Para el área de la educación, conocer los resultados de esta investigación será de suma importancia para modificar los esquemas que los profesores y alumnos tengan acerca de los factores que influyen en el desarrollo de una adicción a sustancias nocivas para la salud, esto permitirá ampliar sus conocimientos y herramientas para prevenir el verse inmersos en una situación de consumo de drogas.

Conocer el tipo de apego que predomina en los adictos hacia su madre, servirá de apoyo al psicólogo, para saber por dónde podría estar la raíz de la dependencia a cierta sustancia y trabajar a partir de ello. También para impartir psicoeducación a los padres de familia, con orientación hacia la relación que la madre tenga con el hijo y cómo podría afectar o beneficiarles en un futuro.

Marco de referencia.

Los sujetos que formaron parte de la investigación, son jóvenes y adultos que se encuentran internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio”. Estos individuos, por lo general, han experimentado diversas situaciones traumáticas, conflictivas o disfuncionales dentro de su familia, lo que los ha formado como seres vulnerables al consumo de drogas.

La mayoría de ellos creció en hogares donde el padre fue una figura ausente física y/o emocionalmente, con carencias afectivas y económicas. Los sujetos evaluados se encuentran en un rango de edad de 19 a 25 años y solamente hay uno

de 45. Eran solamente 3 los que estaban internos por primera vez y los otros 7 eran reincidentes, sin embargo, los 10 compartían la característica de haber consumido diversos tipos de sustancias psicoactivas, haber cursado solamente primaria y algunos la secundaria, y por haber vivido en condiciones precarias.

Otra de las características que comparten estos individuos es que provienen de familias con escasos recursos económicos, por lo que incluso algunos compartían más tiempo con otros miembros de la familia que con sus padres, porque estos últimos tenían que salir a trabajar la mayor parte del día.

CAPÍTULO 1

EL APEGO MATERNO

El ser humano es un individuo gregario, que difícilmente podría estar totalmente solo, de hecho, generalmente se tiene la necesidad de establecer vínculos afectivos con una o más personas y, teóricamente, el primer vínculo que el niño tendrá será con su madre, quien se convertirá en su principal figura de apego.

El estilo o tipo de apego que el niño desarrolle, se verá determinado por la relación que tenga con su madre y el aprendizaje subjetivo de las experiencias vividas con la misma. El apego que el individuo haya desarrollado, será proyectado a través de la forma en que se conduzca con otras personas significativas para él y cómo se maneje en sus relaciones interpersonales.

En este primer capítulo se define el vínculo y el apego desde la perspectiva de distintos autores se abordan factores que influyen en la formación de dicha tendencia y los tipos que existen.

1.1 Concepto de apego materno.

“Comúnmente existe un vínculo materno normal que es determinado por la biología innata en el ser humano, así como por los aprendizajes que recibe del mundo social, incluso existe un apego que se deriva de las interacciones durante la

etapa infantil con la madre y que se expresa en la etapa adulta a través de la forma en que un sujeto se relaciona con figuras significativas” (Jiménez; 2012: 19).

Sin embargo, este vínculo hacia la madre dependerá también de ciertas circunstancias que se presenten a lo largo de las etapas de desarrollo del individuo y la interpretación de su experiencia; por lo tanto, afectará positiva o negativamente la manera en que se relacione con figuras significativas u otros objetos de apego.

De acuerdo con la Teoría del apego de Bowlby (referido por Heredia y Huerta; 2002), en los seres humanos, el apego corresponde a la impronta, que consiste en el establecimiento de vínculos fuertes con los adultos. De la misma manera que sucede con los animales, cuando el bebé empieza a desplazarse, sigue al adulto más próximo a él, lo que le brinda la posibilidad de protegerse de peligros y satisfacer otras necesidades. Entonces, los cuidados maternos tienen una gran influencia que se hace más evidente cuando el individuo se encuentra con personas que carecieron de una figura “buena” que favoreciera su desarrollo.

Este mismo autor define al apego como un componente básico de la naturaleza humana, que consiste en la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta hasta la vejez.

Bowlby (referido por Fernández y Ponce de León; 2012) consideró el apego como un conjunto de conductas que forman la base de las posteriores relaciones

sociales, lo describió como un sentimiento que une a los padres con su hijo a través del vínculo emocional que se crea entre ellos.

La teoría del apego que menciona Prada (referido por Jiménez; 2012: 25) “propone que el apego es el que se dirige del niño hacia la madre, en tanto que el cuidado es de la madre hacia el niño; según sea la calidad de cuidado, así será la calidad del apego...”

El apego materno es también una forma en que el sujeto aprende a relacionarse con los demás, según la idea que se tiene de sí mismo a partir del tipo de apego que se haya instaurado en él.

Asimismo, este autor menciona que diversos eventos negativos de apego como el abuso, la pérdida de la figura materna o apegos inseguros, pueden ocasionar patologías en el niño que luego se verán reflejadas en su vida adulta. Esto puede darse por abuso físico, psicológico o sexual sufrido durante la etapa infantil, que en la mayoría de los casos es cometido por un miembro de la familia; por lo tanto, la víctima se ve desvalida en un mundo hostil y tiene la necesidad de recurrir a la madre para ser protegido, lo cual refuerza la relación a lo largo del tiempo.

Se entiende como apego materno al vínculo cercano, establecido entre madre e hijo, formado por un conjunto de componentes cognitivos y afectivos. La relación madre e hijo otorga aparente seguridad, confianza, confidencia, satisfacción por logros y certeza emocional en la etapa de adultez joven; además, afecta la manera

en que un sujeto se relaciona con figuras significativas, dado que puede ser de carácter real o expresarse de una manera simbólica, por medio de introyectos que han persistido a través de las distintas etapas del ciclo vital (Jiménez; 2012).

Bowlby (referido por Heredia y Huerta; 2002) encontró que muchos delincuentes compartían el rasgo de haber sido privados de la atención materna y de afecto durante su infancia; concluye que lo esencial para la salud mental del niño es que experimente una relación cálida, íntima y continua con la madre o sustituto materno, en la que ambos encuentren satisfacción y goce.

Bower (1983) señala que las conductas de apego son aquellas que aparecen con el contacto o la proximidad entre la madre y el niño. Aunque no siempre será la madre con quien se establezca este vínculo, puede que se genere entre el niño y cualquier otra persona que esté a cargo de su cuidado o con quién tenga mayor relación.

Bowlby (referido por Bower; 1983) atribuye al miedo y a la ansiedad un papel importante en la activación de las conductas de apego; aun cuando estas conductas se dan de manera natural, ocurrirán con mayor probabilidad si el niño se encuentra ansioso o con miedo.

De esta manera se puede generar la idea de que es la figura materna la que proporciona al niño un modelo a seguir, de cómo dirigirse y comportarse ante otros individuos.

1.2 Formación del apego.

En este apartado se explicarán algunos factores que influyen en la formación del apego de los niños hacia su madre, tomando en cuenta la postura de diferentes autores.

Antes de que un niño establezca el lenguaje, ya existe una especie de comunicación no verbal, mediante la cual el niño crea además un vínculo afectivo con su madre por medio de la expresión de necesidades y demandas (Jiménez; 2012).

Para Papalia (referido por Jiménez; 2012: 32), “virtualmente, cualquier actividad por parte del bebé que conduzca una respuesta de un adulto puede ser una conducta de búsqueda de apego; succionar, llorar, sonreír, aferrarse o buscar la mirada del cuidador. A las 8 semanas, los bebés dirigen estas conductas hacia su madre”.

Jiménez (2012) menciona que, alrededor de esta edad, el niño comienza a presentar la ansiedad por separación, lo que se considera como primer indicio tangible del apego materno. El niño sabe que se encuentra separado de su madre y empieza a manifestar la angustia ante su distanciamiento.

De esta manera, el infante aprende a conocer su mundo por medio de la relación que tiene con su madre, alejándose y regresando a ella, explorando y

reconfortándose. Es así como aprende e incorpora las ideas de sí mismo, de las expectativas de cuidado y confianza, en una red de creencias, conceptos y sentimientos llamada apego materno; de esta manera, acudirá a su progenitora cada vez que vuelva a presentar la ansiedad que le produzca enfrentarse con un ambiente extraño y desconocido.

Turner (referido por Fernández y Ponce de León; 2012) encontró algunas diferencias en la conducta de apego con niños preescolares inseguros, como: conducta más agresiva, asertiva y controladora; además, buscaban más atención que los niños con apego seguro. Si los padres son personas ansiosas, nerviosas o neuróticas, esta ansiedad es percibida por los hijos que, como resultado, buscan la confirmación repetida de seguridad.

Recientemente, la teoría del apego se ha aplicado al estudio de las relaciones entre adultos, considerándose que la tendencia de afiliación está regulada por los modelos de apego como esquemas cognitivo-afectivo-motivacionales, que construyen las personas con base en su experiencia pasada y actual, y como relaciones interpersonales (Berman y Sperling, referidos por Fernández y Ponce de León; 2012).

Estos esquemas de los cuales hablaban Berman y Sperling (mencionados por Fernández y Ponce de León; 2012), actuarán como filtro de experiencias, determinando el grado de seguridad-inseguridad de la persona en el establecimiento de relaciones estrechas de apego con otras personas.

Por tanto, el conocimiento y análisis del apego de los individuos, ayudará a comprender las carencias y medios de satisfacciones emocionales de la persona adulta en el presente y en el futuro.

“La configuración familiar es otro factor que influye en el apego materno: cuando existe ausencia del padre, es posible que se dé un acercamiento en la madre hacia alguno de los hijos o viceversa. En otras ocasiones, la madre tiene que trabajar largas jornadas y dispone de poco tiempo para convivir con su hijo, lo cual crea esta necesidad compensatoria o sobrecompensatoria de la relación” (Jiménez; 2012: 27).

Con base en el punto anterior, es importante mencionar que, cuando el niño vive una situación donde hay abandono por parte del padre y ausencia de la madre, hará esfuerzos hasta lograr romper con todo vínculo afectivo y al regreso de la madre su conducta será de rechazo y evitación. Al llegar a la etapa adulta, los niños en situaciones similares tienden a mostrar conductas antisociales, siendo retraídos, fríos y controladores.

En conclusión, se puede decir que el apego es un vínculo tranquilizador que un individuo construye o establece con los de su alrededor, con la finalidad de encontrar en ellos bienestar y seguridad emocional cada que sea necesario.

1.3 El apego de acuerdo con las etapas del desarrollo.

En este apartado se abordará el proceso de cambio que abarca cada una de las etapas de apego en los sujetos: la infancia, la adolescencia y, posteriormente, la adultez.

Las relaciones de apego son un proceso continuo a lo largo de la vida, en el que los modelos internos de trabajo cumplen la función de proporcionar al individuo un sistema de reglas que le permite dirigir su comportamiento y aprender de la experiencia. De esta manera, representan una guía para las relaciones interpersonales en la transición de la niñez a la adolescencia y, posteriormente, a la adultez (Carrillo y cols.; 2004).

Según Bowlby (referido por Heredia y Huerta; 2002), el apego se desarrolla por etapas, la primera de las cuales es en la infancia; la segunda se presenta en la adolescencia, donde aún pueden existir experiencias significativas para el sujeto, que vayan moldeando el tipo de apego que será instaurado en él; una etapa posterior se sitúa en la adultez, donde el apego ya está totalmente definido, aunque puede tener ciertas variaciones a lo largo del tiempo. Con base en estas etapas, el apego se establece como un sistema organizado con el objetivo de conservar la proximidad a una figura materna. Cabe mencionar que dicho vínculo solamente se establece con precisión a partir del sexto mes de vida del pequeño.

Según estos autores, la disponibilidad emocional de la madre, la seguridad que tiene en sí misma y la confianza o desconfianza en su relación con el mundo externo, desempeñan un papel determinante en la calidad del vínculo afectivo. A continuación, se abordan las diferentes etapas del apego a partir de las etapas del desarrollo.

1.3.1 El apego en la infancia.

“Los bebés nacen con un sistema de apego para responder a la necesidad universal y primaria de los seres humanos de formar vínculos afectivos intensos, estables y duraderos. Siendo la necesidad de establecer este vínculo y de poder contar, por tanto, con la cercanía de otro ser humano (percibido como preferido, más capaz, competente y protector) en los momentos de peligro y/o en los que se experimenta miedo o angustia una necesidad mucho más básica y prioritaria que incluso la necesidad de alimentación” (Barroso; 2014: 7).

Alrededor del primer año de vida, el niño ya tiene una larga experiencia relacional con las figuras de apego; esto se debe a que, a partir de los 3 a los 8 meses, ya se han estado desarrollando capacidades perceptivas que le permiten ir construyendo representaciones mentales sobre su figura de apego. Estas capacidades y la experiencia de aprendizaje acumulada, hacen que el niño a finales del primer año de vida haya adquirido lo que se podría llamar “estilo o tipo de apego” relativamente estable, expresado posteriormente en conductas (Ortiz y Yárnoz, referidos por Sánchez; 2011).

Durante esta etapa, las relaciones de los niños con sus figuras de apego suelen ser satisfactorias y armónicas, aunque cabe mencionar que no siempre es así, lo anterior dependerá del tipo de relación que los padres propicien con sus hijos para la construcción de un apego, ya sea seguro o inseguro, en el niño.

A lo largo de la infancia ya han construido la representación de los padres como incondicionales y eficaces, o bien, como lo contrario, lo que irá determinando sentimientos positivos o negativos hacia ellos. Comúnmente, los niños disfrutan de la cercanía de los padres y el compartir la mayor cantidad de tiempo posible con ellos, lo que hace que acepten el sistema de valores, sus normas y las características del funcionamiento social.

“Durante la infancia, las figuras principales de apego son los padres, seguidos respectivamente por los abuelos, los hermanos, otros familiares como tíos, primos, y los amigos; y excepcionalmente, un cuidador aislado” (Sánchez; 2011: 34).

1.3.2 El apego en la adolescencia.

En particular, el paso de la infancia a la adolescencia se caracteriza por una búsqueda de autonomía e independencia de los hijos frente a sus padres (Ainsworth; referido por Maldonado y cols.; 2004: 414). Ocurre un cambio en la jerarquía de las figuras de apego; los padres continuarán actuando como “figuras de apego de reserva” en caso de enfermedad, emergencia o dificultades, mientras que los pares

empiezan a consolidarse como figuras de apego, remplazando a los padres en muchas de sus funciones (Maldonado y cols.; 2004).

En esta etapa se manifiesta un deseo de vivir con autonomía la relación de los iguales. Los adolescentes muestran no necesitar de los padres e incluso desean que se alejen. Pueden confiar incondicionalmente en los padres y reconocer que su pérdida les sería difícil de superar, pero a la vez se van distanciando de ellos cada vez más tiempo y en más circunstancias. Como se mencionaba anteriormente, cuando los individuos están enfermos o en momentos de aflicción, vuelven a necesitar y buscar a las figuras de apego como cuando eran niños. La relación con los padres puede ser en algunos momentos de armonía con comunicación fluida y en otros, de conflicto en que se repliegan y rechazan totalmente la comunicación con ellos. Por otro lado, pueden aparecer sentimientos contradictorios hacia los padres: aceptación y rechazo, orgullo y vergüenza, amor y odio, simpatía y antipatía (Argos, Rodríguez y Expósito; 2001).

“En la adolescencia, los padres continúan siendo las figuras principales de apego, seguidas también por los abuelos y los hermanos. A continuación, se suele citar a los amigos, algunos de los cuales, ya avanzada esta etapa, pueden ir adquiriendo las distintas funciones de una figura de apego y, por último, se nombra a otros familiares. La pareja o novio asoma tímidamente a finales de esta etapa” (Sánchez; 2011: 34).

1.3.3 El apego en la adultez.

Según Bowlby (referido por Sánchez; 2011), en los primeros estudios sobre el apego, afirmó que este “es propio de los seres humanos desde la cuna hasta la sepultura”, asegurando que el sistema de apego en un individuo es innato y vital para la supervivencia, y que perdura a lo largo del desarrollo.

Prácticamente al llegar a la etapa adulta, se canaliza ese vínculo de apego hacia la pareja, que determinará en gran medida el tipo de relación que se establezca, depositando en él o ella todas sus expectativas, deseos y/o necesidades.

Heredia y Huerta (2002) mencionan, sobre las causas de los diferentes niveles de apego, que tal vez radiquen en una combinación de los temperamentos de los niños con la forma en que son tratados por sus madres. Claramente, los efectos del apego parecen ser de largo alcance en la vida de los individuos. Los autores también señalan que el apego no está limitado a los niños, sino que, como conducta, puede observarse a lo largo de todo el ciclo de vida.

“Durante la edad adulta el cónyuge o pareja estable acapara en la mayoría de los casos la posición de mayor privilegio, aunque para algunos son aún los padres o los hijos las principales figuras de apego. Por detrás quedan los hermanos, los amigos, algo relegados ahora por las obligaciones familiares y laborales, y como en las etapas precedentes, otros familiares” (Sánchez; 2011: 34).

1.4 Tipos de apego.

Para Bowlby (referido por Barroso; 2014), la manera en la que las figuras de apego satisfacen o no las necesidades del bebé, le proporcionan seguridad, afecto, atención y cuidados; igualmente, la manera en la que se relacionan con él y reaccionan ante sus necesidades, conducen al desarrollo de estilos de apego que cuentan con una alta perdurabilidad a lo largo de la vida. Estos estilos de apego están íntimamente asociados a los modelos funcionales del yo y del otro (modelos internos de trabajo) que se construyen en esta interacción con la figura de apego, en función de cómo se relacione esta figura de apego con el bebé.

Ainsworth (referido por Barroso; 2014) realizó una profunda investigación relacionada con las teorías de Bowlby sobre los estilos de apego, que 'pus' claramente de manifiesto que existen diferentes formas de comportamiento afectivo en los bebés con sus figuras. De este modo, aisló los diferentes estilos de apego y se evidenció cómo las diferentes formas de cuidado a los bebés, generaban estos distintos estilos en cada uno de ellos.

“Ainsworth ubicó a un grupo de madres y a sus bebés en un ambiente con el que no estaban familiarizados, observó jugar a los niños, los separó de sus madres durante un breve periodo, introdujo una persona extraña en la escena, y por último observó la conducta de cada pareja cuando se volvieron a reunir. Lo que se conoce como la situación extraña, investigación realizada en 1978” (Barroso; 2014: 8).

A partir de lo estudiado en esta investigación, se realizó la siguiente clasificación, debido a que los bebés observados mostraron tres clases diferentes de conducta: apego seguro, apego evitativo y apego ansioso ambivalente. En los siguientes subapartados se desarrolla cada tipo.

1.4.1 Apego seguro.

En este tipo de vínculo, las figuras de apego experimentan una preocupación sincera por el cuidado de su bebé y son capaces de expresar de manera perceptible esta preocupación. En este caso, las figuras de apego son capaces de reconocer las necesidades de su hijo con bastante precisión y las satisfacen sin ser invasivos ni demasiado despreocupados (Barroso; 2014).

La misma autora menciona que estas figuras están disponibles para el niño, son receptivas a los estados del mismo y responden ante él de manera cálida y afectuosa. Son capaces de reconocer que, si bien ellos son responsables del cuidado del pequeño, él tiene su propia alteridad, es decir, no es un apéndice de ellos ni una elongación de su psiquismo. Reconocen entonces su papel de favorecer y cuidar el desarrollo de otro ser humano diferente a ellos. Y, por tanto, ante el bebé están situados en un rol de cuidador/facilitador de la autonomía del bebé, y de encargados de la satisfacción de todas las necesidades del mismo en su diferente expresión en el desarrollo evolutivo.

El niño se muestra contento, activo y puede explorar con bastante libertad siempre que la madre está relativamente cerca. Protesta por la ausencia de ella, puede llorar cuando se va, pero busca la proximidad y el contacto estrecho cuando se da el reencuentro con ella (pide que lo tome en brazos, trata de pegarse a ella o de permanecer muy junto). Restablece la exploración del entorno físico y social cuando ha vuelto la madre.

Ainsworth (referida por Garrido; 2016: 495) señala que “las emociones más frecuentes de los bebés con apego seguro en la situación extraña, son la angustia ante las separaciones del cuidador y la calma cuando este vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la calidez, confianza y seguridad”.

Mikulincer, Shaver y Pereg (referidos por Garrido; 2016) mencionan que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

En situaciones de rabia, particularmente, Mikulincer (referido por Garrido; 2016) menciona que en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad en la cercanía y con la interdependencia, confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés.

En situaciones de rabia, particularmente, Mikulincer (referido por Garrido; 2016) señala que cuando personas seguras están enojadas, tienden a aceptar su ira, expresar su enojo controladamente y buscar soluciones a la situación.

Los niños que han construido un apego seguro, mostrarán un interés y disfrute en la exploración, experimentarán malestar y disgusto ante las separaciones de sus figuras de apego, pero irán desarrollando capacidades para regular el malestar y encontrar consuelo de forma autónoma. En el reencuentro con sus figuras de apego experimentarán bienestar y, por tanto, tendrán hacia ellas una respuesta positiva. Mostrarán deseo e iniciativa en el inicio y mantenimiento del contacto con estas figuras de apego, se mantendrán en un equilibrio entre la expresión de afecto a sus cuidadores y la búsqueda de nuevas exploraciones y aprendizajes (Barroso; 2014).

La misma autora menciona que estos niños se irán convirtiendo en adultos que se sienten seguros y cómodos en las relaciones interpersonales, incluidas las de máxima intimidad, que podrán identificar quién y qué les hace daño para alejarse, y quién y qué les genera bienestar para acercarse. Además, serán personas que se sentirán queridas y seguras para poder dedicarse a aprender, descubrir, en lugar de tener que dedicarse a buscar ser queridas para poder contar con seguridad. Los adultos con apego seguro reconocerán cuando se encuentran angustiados y acudirán a los demás en busca de consuelo y apoyo.

1.4.2 Apego elusivo o evitativo.

Como antecedente a la construcción de un apego evitativo, Barroso (2014) menciona que las figuras de apego son rígidas e inflexibles, muestran conductas de rechazo y /o también hostilidad ante la expresión del infante de sus necesidades no cubiertas, ante los requerimientos del mismo o, simplemente, ante las manifestaciones afectivas-emocionales propias del bebé. Suelen mostrar cierta aversión al contacto, o lo exigen, limitan a los momentos que ellos consideran que el niño tiene que tener estas conductas hacia ellos. Muestran un fuerte abandono de las necesidades afectivas del bebé que pueden ser consideradas excesivas por ellos, derivadas de la debilidad del niño o del capricho de este, o demandas excesivas y abusivas por parte del niño, como si este se quisiera “aprovechar de ellos”.

“Los niños al amparo de este tipo de figuras tendrán presente a sus figuras de apego, pero para distanciarse de ellas, sobre todo para distanciarse de la intimidad con ellas. Puesto que han aprendido bien que, en la intimidad, o si expresan ante ellas sus necesidades, serán rechazados y por tanto no tendrán ningún tipo de seguridad de esta manera. Han aprendido que pueden evitar este rechazo y al menos sentir cierta seguridad (la que genera contar con la figura de apego, lejos, pero al menos sin rechazarles) si no expresan sus necesidades, si incluso no se acercan a ellas, si hacen todo lo posible para no acceder a ellas. De esta manera, inhibiendo la expresión de sus necesidades, maximizan la cercanía de sus figuras de apego y minimizan el rechazo” (Barroso; 2014: 10).

Por lo tanto, estos niños se convertirán en adultos que restringen o inhiben el deseo de reconocer sus estados emocionales, mucho más si estos son negativos, que, por tanto, inhibirán el poder reconocer su angustia, miedo o malestar y el buscar apoyo ante estos estados.

Ainsworth (referido por Heredia y Huerta; 2002), de acuerdo con su investigación, menciona que el apego evitativo se asocia con relaciones desconfiadas y distantes; el infante y la madre aparecen fuera de sincronía el uno con el otro, como si cada uno permaneciera en su mundo subjetivo. En el episodio introductorio, su forma de comunicación es indirecta y se suspende si el niño se muestra afligido.

El niño evita el contacto y la proximidad con la madre en los reencuentros y la interacción con ella es distante y fría. Puede llorar constantemente, aun si ella lo ha confortado. Explora poco, antes y después del regreso de su madre; no tiene una reacción emocional cuando ella se va, y tampoco parece muy afectado cuando ella regresa, mostrándose más interesado en los objetos de la habitación que en su madre.

1.4.3 Apego ansioso o ambivalente.

Las figuras de apego, en este caso, suelen ser mucho más insensibles que hostiles, pero en otras ocasiones (cuando la figura de apego se encuentra feliz, animada, tranquila, o siente la apetencia de relacionarse con el niño) se muestra

sensible, afectuosa y competente, reconociendo la necesidad exacta de su bebé y satisfaciéndola de manera afectiva y cálida. Sin embargo, estos estados de la figura de apego, que oscilan entre insensible-sensible, no dependen de las conductas del bebé, sino de cuestiones relacionadas con la figura de apego que el bebé no puede conocer y, por tanto, prever (Barroso; 2014).

De este modo, los comportamientos de la figura de apego y los cambios bruscos e impredecibles de insensible a sensible son impactantes y confusos para el niño. El infante tiene a un cuidador inconsistente e inconstante que a veces le atiende y otras veces le ignora. En ocasiones le demuestra que le molesta, pero en otras, es cercano y sensible.

Esta ambivalencia e inconsistencia, genera una fuerte angustia en los niños, lo que deriva en una profunda hipersensibilidad, así como una exagerada manifestación de las conductas de apego que están activadas casi constantemente. Estos niños están tan atrapados por su angustia de obtener la cercanía del otro y tienen tan activado el sistema de apego, que se ven mermados en su capacidad y deseo de exploración. Estas figuras de apego pueden resultar intrusivas, puesto que pueden pretender satisfacer las necesidades de los niños cuando estos no la presentan, pero a la figura de apego le apetece hacerlo, inmiscuyéndose en el psiquismo del niño e invadiéndole sus voliciones (Barroso; 2014).

En el mismo sentido, Ainsworth (referido por Barroso; 2014) mencionaba, en sus investigaciones, que un niño que haya adquirido un apego ansioso ambivalente

es inactivo, no inicia una conducta exploratoria, incluso cuando la madre está presente. Puede llorar aún en presencia de ella. Experimenta una profunda alarma ante la aparición de un desconocido. Tiene un comportamiento ambivalente con la madre cuando esta regresa; puede buscar el contacto y la proximidad, pero es inconsistente cuando lo consigue. Por ejemplo, se aproxima gateando hacia ella con la cabeza desviada, o gatea en dirección de la madre y luego se aleja de ella.

Ainsworth (referido por Garrido; 2016) también señala que las emociones más frecuentes en los bebés con apego ambivalente en la situación extraña, incluyen la angustia exacerbada ante las separaciones del cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando este vuelve; en la interacción con el cuidador relevan la ambivalencia, enojo y preocupación. Los sujetos con este estilo de apego suelen responder temerosamente, no solamente a estímulos que producen temor, sino también a estímulos activadores de alegría. El miedo es la emoción más frecuente.

Barroso (2014) menciona que estos niños se convertirán en adultos que, queriendo estar con sus personas queridas, a ratos experimentarán que estas les molestan, pudiendo sentir una rabia muy fuerte producida por una percepción desmedida de abandono ante conductas de separación normal. Tendrán una hipersensibilidad ante las emociones negativas y expresiones intensificadas de angustia.

Mikulincer (referido por Garrido; 2016) enfatiza que en el estilo ansioso ambivalente se aprecia alta ansiedad y baja evitación, inseguridad en el apego,

fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones, miedo a ser rechazado y a la separación. Este autor también menciona que los sujetos con este estilo de apego son propensos a la ira y a presentar conductas de hostilidad.

Los sujetos pertenecientes al estilo ansioso ambivalente reportan los niveles más altos de afecto negativo: malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo, nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad (Kerr, referido por Garrido; 2016).

1.4.4 Apego desorganizado.

Main y Solomon (retomados por Barroso; 2014) crearon una nueva categoría de apego, debido a que se observó un grupo de niños que no encajaban dentro de las tres categorías que Ainsworth había establecido a partir de su investigación; esta clase fue denominada como apego desorganizado.

Este estilo se genera en ambientes familiares con padres o cuidadores que han ejercido estilos de relaciones parentales altamente patológicas, como consecuencia de haber sufrido experiencias severamente traumáticas, o pérdidas múltiples no procesadas adecuadamente. Estos bebés tienen experiencias desconcertantes, temibles e impredecibles, tienen vivencias de terror, de impotencia y falta absoluta de control sobre lo que pasa a su alrededor. Los padres son severamente insensibles y terriblemente violentos. El resultado final es una vivencia de angustia, miedo y desesperanza.

“Tarde o temprano el niño responderá con rechazo, hostilidad o intrusión, y no habrá nada que pueda hacer para disminuir su ansiedad, ganar cercanía afectiva para comprender lo que le pasa o para sentirse seguro y protegido. Los niños se representan como indignos y malos y perciben a los otros como inaccesibles y abusadores” (Barroso; 2014: 12).

Los niños de esta categoría no poseen una estrategia para superar el estrés que les genera la separación en la situación extraña, suelen aparecer aturdidos y desorientados en los episodios de reunión con la madre.

El niño despliega comportamientos contradictorios, secuencias confusas de conducta con cambios muy rápidos del afecto, por ejemplo: llama al padre o a la madre desde la puerta que los separa; cuando este entra se mueve hacia la pared o al centro del cuarto, mostrando una evitación intensa y una expresión fría. El niño da la impresión de estar altamente vigilante, hiperalerta en presencia del padre o de la madre.

El apego desorganizado se asocia con el miedo a su figura de apego, a acercarse a ella, con desorganización y desorientación de la conducta. En el episodio introductorio, el niño abiertamente rechaza o se resiste a las aproximaciones del padre o la madre, al tiempo que parece carente de una estrategia conductual que le permita controlar la situación inmediata (Heredía y Huerta; 2002).

1.5 Manifestación del apego en los adultos.

Bowlby (referido por Barroso; 2014) ya había establecido que los lazos formados en la niñez persisten en forma de modelos en el mundo representacional del adulto, y que estas pautas se forman desde los primeros meses de vida y van haciéndose más complejas, van reinterpretándose, ajustándose y remodelándose a lo largo de todo el ciclo vital. Estas estructuras tienen tendencia a la estabilidad y a la autopropagación, pero, al mismo tiempo, tienen también posibilidades de cambiar (flexibilidad neuronal) siempre que se tengan nuevas experiencias de apego gratificantes y seguras con figuras de apego diferentes a los cuidadores.

Posterior a los estudios de Bowlby, Hazan y Shaver (referidos por Sánchez; 2011) hicieron una traslación de los estilos de apego de los niños a los adultos, proponiendo tres tipos básicos de apego adulto: seguro, ansioso-ambivalente y evitativo; para lo que se proponen las siguientes descripciones que definen cómo se presentaría cada estilo o tipo de apego, en la adultez.

- Apego seguro: al sujeto le es relativamente fácil estar unido íntimamente a algunas personas; se encuentra bien dependiendo de ellas y haciendo que ellas dependan de él; no suele estar preocupado por que los demás lo abandonen o por querer que los demás estén demasiado unidos a él.
- Apego ansioso-ambivalente: encuentra que los otros son reacios a unirse a él tanto como quisiera, frecuentemente está preocupado porque teme que su

pareja no lo ame realmente o no desee estar con él; desea unirse completamente a otra persona y ese deseo parece ahuyentar a la gente lejos de él.

- Apego evitativo: el sujeto está incómodo en las relaciones íntimas con los demás; encuentra que es difícil permitirse a sí mismo depender emocionalmente de otros, está nervioso cuando alguien trata de intimar demasiado con él y con frecuencia sus parejas desean que intime más con ellas y eso le causa incomodidad.

CAPÍTULO 2

ADICCIONES

En la actualidad, el consumo de sustancias psicoactivas ha provocado graves patrones de conductas adictivas en los sujetos. En numerosos casos, esta conducta adictiva tiene como factor predisponente el tipo de apego del individuo, tema tratado en el capítulo anterior.

En este capítulo, se definirá el concepto de adicción a partir de las aportaciones de diversos autores. También se abordarán los diferentes tipos de drogas, la personalidad del adicto y la sintomatología que este puede llegar a presentar. Se explicarán las etapas de la adicción para comprender mejor el proceso, los factores psicológicos que conducen al individuo a la adquisición de una conducta adictiva y, por último, se hablará de las consecuencias de las adicciones.

2.1 Concepto de adicción.

De acuerdo con el DSM-IV y el CIE-10 (referidos por Soto; 2011), la dependencia o adicción a una sustancia psicoactiva se traduce en la incapacidad para mantener la abstinencia, se pierde el control sobre el consumo de drogas y la propia vida en general.

Se concibe la adicción como una enfermedad crónica, es decir, existe una comprensión patológica del consumo de drogas, que tendrá siempre como consecuencia el daño a sí mismo y a los demás (Soto; 2011).

Esta autora considera que una adicción puede ser solamente el síntoma de un malestar más profundo, pero sin dejar de lado que también es una enfermedad con un importante componente biológico.

Para considerar a una persona como adicta, hay que tener en cuenta: la frecuencia, la cronicidad y la vulnerabilidad preexistente. Un individuo que consume desde hace muchos años todos los fines de semana y no durante la semana, se considera adicto (Conlledo; 2005).

Pierce (referido por Villagómez; 2016: 37) menciona que una “adicción es toda conducta que el individuo no puede cambiar por sí mismo”, se entiende como algo ajeno a la voluntad del sujeto y que, por lo tanto, se puede entender como enfermedad.

La adicción es vista como una enfermedad de carácter biológico, mental, conductual, emocional, familiar, social e incluso espiritual. La adicción es multifactorial, por lo tanto, es posible que la manifestación de la enfermedad sea observable y verificable a través de la manera de pensar y actuar del individuo (Villagómez; 2016).

Como se puede observar en las definiciones anteriores, socialmente y para diversos autores, el concepto de adicción va generalmente encaminado al abuso de sustancias; sin embargo, Pérez de los Cabos (referido por Bucio; 2014) establece que existe una serie de conductas potencialmente adictivas, incluyendo diferentes comportamientos que no implican precisamente el consumo de sustancias o drogas.

Según Echeburúa y Corral (referidos por Bucio; 2014: 43), “cualquier conducta normal placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se podrían hacer usos anormales de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas. Los componentes fundamentales de los trastornos adictivos serían la pérdida de control y la dependencia”.

Respecto al vocablo droga, hay otros términos relacionados que incluso se podrían llegar a confundir, por lo que es conveniente definirlos. Instituciones como la Organización Mundial de la Salud han tratado de llegar a un consenso acerca de estos términos y resaltan ciertas diferencias entre estos conceptos: como uso, abuso y dependencia, para que dichos términos sean utilizados con precisión (Bucio; 2014).

- Uso de drogas: Se entiende como cualquier consumo de una sustancia sin el propósito de alcanzar un estado de intoxicación. Se podría decir que casi todos los sujetos han usado algún tipo de droga en algún momento de su

vida. Es importante resaltar que la clasificación de uso tiene mucho que ver con el carácter legal de la producción, adquisición y uso.

- Abuso de drogas: Consiste en un patrón desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva, caracterizado por un uso continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado por el consumo ocasional de sustancias en las que ese consumo es física y psicológicamente peligroso.
- Dependencia de drogas: Se ha definido como un estado psíquico, en algunos casos, también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y una droga. Se caracteriza por un comportamiento compulsivo de ingerir la droga de forma continuada o periódica para experimentar sus efectos psíquicos y, algunas veces, para evitar el malestar físico que provoca su ausencia, a pesar de que el sujeto está consciente de que el consumo de determinada sustancia está afectando diferentes áreas de su vida.

Por lo tanto, el adicto puede ser dependiente, ya sea emocional o fisiológicamente, dependiendo de las drogas usadas, es decir, también puede generar dependencia al trabajo, a la pareja y a los juegos. El adicto experimentará intensos deseos de conseguir la droga, utilizando los medios necesarios, sin importar las consecuencias negativas que esto le ocasione.

2.2 Tipos de drogas.

Existen diversos tipos de drogas como el alcohol, el tabaco, cannabis, cocaína, LSD, inhalantes, opiáceos y cristal, entre otros, las cuales se abordarán de manera general, clasificándolas por sus efectos a nivel cerebral.

Según Solís (referido por Villagómez; 2016: 49), “actualmente, la principal clasificación se hace de acuerdo con los efectos que las drogas tienen sobre el sistema nervioso central. De acuerdo con este punto de vista, se tienen los siguientes tipos de drogas”.

- a) Estimulantes del sistema nervioso central: la función de estas es estimular el sistema nervioso central y el cerebro mediante la liberación, por parte de las células nerviosas, de neurotransmisores estimulantes, entre los que la noradrenalina es el más importante. Algunos de los efectos que pueden tener estos estimulantes en el organismo, son una mejora del estado de ánimo con mayor sensación de felicidad, disminuyen el apetito, mantienen al individuo despierto, activan el metabolismo y la palpitación del corazón. Algunas de estas drogas estimulantes son: nicotina, anfetaminas y la cocaína.

- b) Depresores del sistema nervioso central: su función es relajar al sistema nervioso; en dosis pequeñas, tienen propiedades estimulantes, produciendo euforia. En dosis elevadas reducen la actividad del cerebro, produciendo aturdimiento, sopor y pudiendo incluso provocar la muerte del individuo, al

paralizar la actividad cerebral, que se encarga de controlar el aparato respiratorio. Algunos depresores del sistema nervioso central son: el alcohol, la heroína y la morfina.

- c) Alucinógenos o psicodélicos: son aquellos que producen alucinaciones o percepciones que van más allá de la realidad; su uso tiene cierta relación con el culto religioso, se ingieren para obtener visiones y sensaciones mentales extraordinarias, como entrar en contacto con su divinidad o encontrarse con sus familiares que ya han fallecido. Algunos de los alucinógenos comúnmente conocidos son: LSD, mezcalina, éxtasis y fenciclidina.

Las alteraciones fisiológicas que provocan los alucinógenos consisten en producir aumento de la actividad cerebral, midriasis o dilatación de la pupila, frío en los brazos y piernas y sensación de hormigueo en el estómago. En cuanto a lo psicológico, el conjunto de todas estas drogas puede llegar a provocar desde las experiencias más placenteras, hasta las más terroríficas y traumatizantes (Villagómez; 2016).

Por supuesto que los efectos y la duración de los mismos, variarán en cada uno de los individuos, debido a la cantidad, el tiempo de uso y las características individuales, tanto biológicas como psicológicas.

2.3 Características que comparten en común los sujetos adictos.

Los individuos que presentan adicción a algún tipo de sustancia psicoactiva, comparten en común algunas generalidades que se mencionan a continuación, así como determinados rasgos de personalidad que les hace más vulnerables a presentar conductas adictivas.

a) Generalidades compartidas entre adictos.

Desde la perspectiva de Goti (referido por Soto; 2011), existen rasgos comunes en todos los adictos: se presentan sucios, desaliñados, culpabilizados, golpeados y cansados. Ya han pasado por varios tratamientos, clínicas y hospitales en los cuales su proceso de rehabilitación ha fracasado. Se sienten inútiles y se perciben como individuos fracasados. No han terminado nada de lo que emprenden, su autovaloración es nula debido a fracasos laborales, escolares, peleas familiares, conflictos con la autoridad y con la ley.

Se trata de personas que han fracasado en la mayoría de los proyectos que han emprendido en sus vidas, son sujetos con un sentimiento de inutilidad, que no se valoran a sí mismos, se sienten culpables, están cansados de la vida que llevan, pero consideran no poder cambiarla.

Según Del Solar (referido por Soto; 2011: 125), “las comunidades terapéuticas incluyen a todos los consumidores de drogas bajo una misma etiqueta: ‘adictos’ o

'drogodependientes', pues parten del supuesto de que las personas, solamente por el hecho de consumir un cierto tipo de sustancias, compartirían un conjunto de problemas específicos, una relación con los objetos particular y ciertas formas de subjetivación comunes”.

b) Rasgos de personalidad del adicto.

El ser humano, por naturaleza, está en constante búsqueda de placer y evasión del sufrimiento. Desea a toda costa conseguir la paz mental y emocional, se encuentra en una constante búsqueda de la felicidad y situaciones que le provoquen placer inmediato.

Sin embargo, los individuos aprenden a satisfacer esa necesidad de satisfacción emocional a través de relaciones interpersonales o de alguna otra forma adaptativa y funcional para ellos y el medio en el cual se encuentran. Los sujetos llegan a comprender que son inevitables los altibajos emocionales experimentados a lo largo de la vida y que, por lo tanto, es ilógico permanecer en un estado continuo e ininterrumpido de tranquilidad, bienestar y felicidad.

Sin embargo, para lo anterior se requiere de un aprendizaje y desarrollo de habilidades de enfrentamiento y resolución de problemas que le surjan al sujeto en su vida cotidiana. El problema radica en que muchos individuos no adquieren el aprendizaje o no desarrollan estas habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés, de manera que están en la búsqueda constante de sensaciones nuevas que

para ellos sean placenteras y les provoquen bienestar instantáneo, ya que no son capaces de evocar conductas adaptativas, como se mencionaba en el párrafo anterior. Son estos individuos los que presentan mayor vulnerabilidad para crear una dependencia o adicción a sustancias, actividades o personas.

Para Villagómez (2016: 56), “un adicto es una persona cuya existencia y lugar en el mundo se encuentran totalmente oscurecidos a través de una evidente insatisfacción en su vida emocional y espiritual, expresadas a través de una notable necesidad permanente de experiencias nuevas”.

Peter (referido por Villagómez; 2016), estableció una definición del individuo que llega a depender de las drogas: el toxicómano es un individuo con ciertas características psicológicas, que ha elegido este modo de enfrentar sus problemas por distintas razones que generalmente desconoce. Una de ellas es sentirse parte de un grupo social en el que el uso de la droga se practica y se valora.

La ansiedad es uno de los rasgos de personalidad que presenta el sujeto adicto, constituye el mecanismo mental que impulsa al individuo a llevar a cabo la conducta para satisfacer las exigencias psicológicas o emocionales de encontrar alimento, hogar y compañía. También es posible que existan personas que, a causa de su forma de vida o educación, se encuentren particularmente predispuestas a las drogas, nunca están tranquilas y su vida es una constante aflicción (Peter, referido por Villagómez; 2016).

La personalidad del adicto también puede caracterizarse porque cualquier palabra parece herirles, cualquier dificultad les parece insuperable y cuando obtienen un éxito, les parece insignificante. Esto se puede identificar principalmente en el mal concepto que tienen sobre sí mismos (Villagómez; 2016).

Incluso presentan cierta dificultad para identificar los éxitos que han tenido a lo largo de su vida, los minimizan o no los consideran como tales. Son individuos que generalmente se enfocan en los sucesos negativos de su vida y les dan mayor importancia que a los acontecimientos positivos o agradables.

El adicto no siente la explosión ocasional de autoestima que impulsa a los demás a luchar en la vida, no puede concebir que lo que no le produzca placer ahora, pueda producirse después (Villagómez; 2016).

De hecho, los adictos suelen expresar una falta de motivación por vivir, un vacío existencial que les hace creer que ya no tienen nada qué hacer en este mundo, a menos que se trate de consumir drogas, y no encuentran placer en otras actividades o personas que no estén relacionadas con las adicciones.

Según Peter (Referido por Villagómez; 2016: 58), “los adictos son asociales, inadaptados, inmaduros e inestables. Son egoístas y se concentran en sí mismos, sin interés alguno por el bienestar de los demás, porque solamente les importan sus propios problemas. Su mayor preocupación consiste en seguir obteniendo drogas o en la gratificación inmediata de su deseo de las mismas”.

Estos individuos pueden recurrir a cualquier medio, sin importarles si ponen en riesgo su vida, su objetivo principal es conseguir la droga, satisfacer su necesidad psicológica y disminuir el malestar físico que sufren por no consumirla. Se ven invadidos por la ansiedad, lo que los hace actuar de manera inmediata para ir en busca de la sustancia.

Otras de sus características de personalidad es que carecen de voluntad, disciplina, ambición y evitan todo tipo de responsabilidades. Tienen un umbral muy bajo para tolerar el dolor, la incomodidad, insatisfacción o frustración (Villagómez; 2016).

Según Peter (citado por Villagómez; 2016), las relaciones interpersonales del sujeto tienden a hacerse más restringidas, limitándose a otros miembros del mundo de los adictos, por lo que se convierten generalmente en individuos solitarios y sin interés alguno en tener contacto con otras personas.

2.4 Conductas y síntomas de la adicción.

Existen ciertos síntomas característicos de la adicción, generalmente presentes en todos los individuos con dependencia a alguna droga, y serán abordados a continuación.

a) Conductas relacionadas con el consumo de drogas.

Melgoza (referido por Bucio; 2014) habla de los síntomas observables o conductas que pueden relacionarse con el consumo de drogas. A continuación, se presentan los más comunes:

- Pérdida de apetito.
- Cambios inesperados en el estado de ánimo.
- Pérdida de interés por las actividades que realiza cotidianamente.
- Somnolencia.
- Mentiras.
- Necesidad de dinero sin explicación razonable.
- Robos en casa (dinero u objetos de valor).
- Mucho tiempo fuera de casa sin explicar dónde están y con quién.

Estos síntomas se pueden presentar de manera conjunta o separada, y con distinta intensidad, dependiendo del sujeto o de las circunstancias. Esto puede variar con el tiempo o el avance de la enfermedad adictiva (Bucio; 2014).

b) Síntomas de la adicción.

Ahora bien, se pueden mencionar ciertos síntomas específicos que presentan los sujetos adictos (Ars Médica, referida por Bucio; 2014):

- Estado de ánimo de euforia a depresión.
- Acortamiento del intervalo de atención.
- Deterioro en la concentración.
- Alteraciones del pensamiento y la percepción.
- Alteraciones de la conducta (estado de alerta, somnolencia, letargia e hiperactividad).
- Deterioro de funciones sociales y laborales.

2.5 Criterios de diagnósticos.

Esta categoría debería ser usada cuando haya evidencia de intoxicación debido a consumo reciente de sustancias psicótropas, o de múltiples drogas entre las que no se sabe con certeza qué sustancia predomina en el sujeto, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS; 1993).

a) Fx.1 Consumo perjudicial.

- A. Evidencia de que el consumo de una sustancia ha causado al individuo un daño somático o alteraciones psicológicas, incluyendo alteración del juicio o de la conducta, que podrían llevar a discapacidad o a tener consecuencias para las relaciones interpersonales.
- B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificable).

- C. La forma de consumo ha persistido durante al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de 12 meses.
- D. El trastorno no satisface criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma droga, en el mismo tiempo (excepto para intoxicación aguda).

b) F1x2 Síndrome de dependencia.

- A. Tres o más de las siguientes manifestaciones deben haber aparecido simultáneamente durante al menos un mes, o si han durado menos de un mes, deben aparecer simultáneamente en un periodo de 12 meses:

- 1) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- 2) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia, unas veces para iniciar el inicio del consumo, otras para poder terminarlo y otras para controlar la cantidad consumida, como se evidencia por: tomar la sustancia durante más tiempo del que se pretendía, o por un deseo persistente o por esfuerzos para reducir el consumo sin éxito.
- 3) Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se consume menos sustancia o cuando se termina el consumo, apareciendo el síndrome de abstinencia característico por la sustancia o uso de dicha sustancia (o alguna parecida) con la intención de evitar los síntomas de abstinencia.

- 4) Evidencia de tolerancia a los efectos de la sustancia, tales como una necesidad de aumentar significativamente las cantidades de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o una marcada disminución del efecto con el consumo de la misma cantidad de sustancia.
- 5) Preocupación con el consumo de la sustancia, que se manifieste por el abandono de otras fuentes de placer o diversiones en favor del consumo de la sustancia; o en gran parte del tiempo empleado en obtener, tomar o recuperar los efectos de la sustancia.
- 6) Persistencia en el consumo de a sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era presumible que lo fuera con respecto a la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico síndrome de dependencia puede ser especificado mediante los siguientes códigos de 6 caracteres:

- a) F1x.20: En la actualidad en abstinencia.
 - F1x.200: Remisión temprana.
 - F1x.201: Remisión parcial.
 - F1x.202: Remisión completa.
- b) F1x.21: En la actualidad en abstinencia en un medio protegido (hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.).

- c) F1x.22: En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución supervisado (dependencia controlada con metadona, chicle de nicotina o parche de nicotina).
- d) F1x.23: En la actualidad en la abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes (como naltrexona o disulfiram).
- e) F1x.24: Con consumo actual de la sustancia (dependencia activa).
 - F1x.240: Sin síntomas somáticos.
 - F1x.241: Con síntomas somáticos.

La evolución de la dependencia puede ser especificada si se desea, como sigue:

- F1x.25: Con consumo continuo.
- F1x.26: Con consumo episódico (dipsomanía).

c) F1x.3 Síndrome de abstinencia.

- G1. Debe ser evidente la reciente suspensión o disminución del consumo de la sustancia después de un consumo repetido y habitualmente prolongado y/o a altas dosis de dicha sustancia.
- G2. Síntomas y signos compatibles con el conocido cuadro clínico de un síndrome de abstinencia de una sustancia o sustancias concretas.
- G3. Los síntomas y signos no se justifican por ningún trastorno médico o por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto dígito:

F1x.30: No complicado.

F1x.31: Con convulsiones.

2.6 Etapas de la adicción.

Según Dupont (referido por Villagómez; 2016), existen cuatro diferentes etapas a lo largo de la enfermedad de las adicciones, las cuales serán descritas a continuación:

- Primera etapa: Experimentación y primer consumo.

Esta etapa es básica para comprender el problema de la adicción. Muchos adolescentes o jóvenes creen que experimentar con drogas no implica riesgos, que incluso consumir ciertas drogas como el alcohol, es normal. Sin embargo, el experimentar con sustancias susceptibles a generar dependencia, no es seguro, sino que representa el primer paso hacia la dependencia. Con la mayoría de las drogas, la etapa de experimentación suele ser negativa para el usuario.

Desafortunadamente, los efectos negativos no detienen a los sujetos novatos, muchos de los cuales son inducidos al uso de las drogas por sujetos más experimentados, quienes les aseguran que estos síntomas desaparecerán

rápidamente conforme continúen usándolas. Y de esta manera es como se genera una tolerancia a la sustancia, y posteriormente se genera una dependencia.

Otra situación importante dentro de esta etapa es que los síntomas negativos que producen ciertas drogas, algunos sujetos novatos los consideran como señales de que son alérgicos a esa droga en particular y dejan de usarla. Rara vez sienten un bienestar después de utilizar drogas que provocan dependencia, por ejemplo, si no se marean en la primera vez, mencionan que no les ayuda o no les hace efecto y no vuelven a probarla.

- Segunda etapa: Uso ocasional o “social”.

En esta etapa, generalmente sucede que el usuario suele aceptar la droga de amigos que ya consumen. Normalmente este individuo no es quien busca conseguir la droga, sino que simplemente la toma cuando está a la mano.

En muchos jóvenes es usual que hayan rechazado la droga después de varias ocasiones que se les ofreció, sin embargo, terminan por aceptar, entonces, negarse inicialmente no es un signo seguro de que se evitará el abuso.

Durante esta etapa, la droga es consumida con menos frecuencia, ya sea una vez por semana o incluso puede tardar un periodo más prolongado en volver a consumir. Es en esta etapa en la que el consumidor presume poder controlar su ingesta, es decir, se cree capaz de tomarla o dejarla cuando se lo proponga.

- Tercera etapa: Uso regular.

Aquí los usuarios ya buscan la droga de manera activa y tratan de mantener su propio abastecimiento, asegurando tener acceso continuo y fácil a ella. La droga se consume generalmente una o dos veces por semana y existen casos en que los usuarios pasan rápidamente de la primera etapa a la tercera, debido a que presentan una motivación muy fuerte para consumir cualquier droga y no sienten inhibición por usarla; otros que progresan rápidamente, se definen por el uso de una sola droga y no continúan en un consumo indeterminado.

- Cuarta etapa: Dependencia en el camino a ninguna parte.

La etapa final consiste en la dependencia, también conocida como adicción. En ella, el uso de una o más drogas se convierte en la principal actividad en la vida del consumidor, de manera que cualquier esfuerzo realizado con la finalidad de alejarlo de las drogas y su consumo, será rechazado y finalmente refutado por el sujeto a causa de sus resistencias.

Una vez que se ha generado la dependencia en el sujeto, suele abandonar el resto de sus actividades porque prefiere invertir la mayor parte de su tiempo en la búsqueda y consumo de la droga o drogas elegidas. Esta prioridad que se da al uso de las drogas, se observa en los consumidores de tabaco y alcohol, así como de cocaína y heroína.

Los sujetos que ya presentan una dependencia a la droga, preferirán por sobre todas las situaciones utilizar su dinero en drogas y no en comida. En las primeras etapas de la adicción, la selección de la droga se verá influida por factores económicos, por el abastecimiento y la desaprobación familiar. Una vez que se ha desarrollado la dependencia, el precio deja de importar y se recurre a los medios necesarios con tal de obtener dinero y poder pagarla.

La compulsión intensa de usar drogas es muy notoria entre los usuarios de las drogas más caras, como la cocaína y la heroína; estos son capaces de todo con tal de obtenerla para calmar su ansiedad y malestares psíquicos y/o físicos por la ausencia de la misma. En todas las edades, los usuarios siguen consumiéndola a pesar de las consecuencias negativas como amanecer en una cárcel, perder su empleo e incluso la expulsión o rechazo por su propia familia.

Tratar de detener el proceso entre las primeras etapas de consumo y la dependencia por sustancias, es terriblemente complicado. Muchas personas, incapaces de comprender esta realidad tan comúnmente confirmada en el tratamiento del uso de drogas, se mantienen obstinadamente en que usar poca droga está bien y que el problema es la adicción.

Dupont (referido por Villagómez; 2016) menciona que el camino hacia una adicción es difícil de abandonar una vez que se empieza su consumo; considera que los problemas de adicción son más fáciles de prevenir que de curar.

En esta etapa, el individuo ya presenta un pensamiento adictivo y experimenta una preocupación constante por usar la droga, lo que le lleva a tener dificultades en los escenarios: social, laboral e interpersonal, invirtiendo tiempo no programado en el consumo de sustancias psicoactivas.

El pensamiento adictivo puede hacerse más intenso al intentar negar o racionalizar su conducta. Aquí los problemas laborales y escolares van en aumento debido al deficiente funcionamiento psicosocial.

La parte más grave de la dependencia o adicción, es caracterizada por un control deficitario para consumir la droga, en esta parte se hace evidente el aislamiento social y pueden comenzar a presentarse problemas severos como disfuncionalidad familiar, a nivel económico o afectivo. Un punto importante a considerar, es el deterioro de la autoestima del individuo que presenta una adicción.

2.7 Factores de riesgo, psicológicos y conductuales de las adicciones.

Existen determinados factores a nivel psicológico que, combinados con el estilo de vida del individuo y sus experiencias, determinará la existencia de conductas adictivas en un sujeto.

Según Brook (referido por Becoña y Cortés; 2010), la presencia de alteraciones psicopatológicas es uno de los factores de riesgo para que un sujeto llegue a presentar una dependencia por sustancias en la adolescencia.

Existen datos que indican que las personas que presentan un estado de ánimo depresivo en la adolescencia temprana, aumenta la probabilidad del uso de sustancias y que el consumo de cannabis podría ser una estrategia de alivio de los síntomas, por lo que los sujetos depresivos se inclinarán a su consumo (Paton et al., referidos por Becoña y Cortés; 2010).

Las personas con problemas de ansiedad y rasgos de personalidad dependiente, son mayormente susceptibles a presentar una adicción. Por otro lado, se señala que las patologías más asociadas generalmente al consumo de drogas son: el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Becoña y Cortés; 2010).

La conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas; de hecho, existe una relación entre este último y otras conductas delictivas. Distintos estudios han demostrado que la agresividad física sufrida en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias en etapas posteriores (Ohannessian y Hesselbrock et al., mencionados por Becoña y Cortés; 2010).

Por otro lado, el consumo temprano de drogas, aunque haya sido solamente con intenciones de experimentar, es considerado un factor de riesgo para desencadenar una conducta adictiva a futuro y para que el consumo de sustancias se vuelva un estilo de vida para el sujeto (Brook et al., citados por Becoña y Cortés; 2010).

Además, el consumo de tabaco y alcohol a una temprana edad, puede servir como puerta de entrada hacia las drogas ilegales. También el consumo de cannabis en la adolescencia es un factor de riesgo importante para el consumo de otras sustancias, como la cocaína y el “hielo” (Fergusson, referido por Becoña y Cortés; 2010).

También, cabe destacar que los eventos traumáticos en la infancia, como pueden ser el abuso físico o sexual, se asocian con la aparición de trastornos mentales, especialmente con depresión y trastorno de estrés postraumático, así como el abuso de sustancias. Los sujetos que sufrieron en la infancia alguna experiencia de este tipo, tienen un riesgo tres veces mayor de desarrollar una dependencia (Kendler, et al., referidos por Becoña y Cortés; 2010).

Por último, dentro del apartado de factores psicológicos y conductuales, hay que hacer referencia a las actitudes hacia el consumo de drogas, ya que se han encontrado resultados que apuntan a que una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad del mismo (Villa et al., mencionados por Becoña y Cortés; 2010).

Por lo tanto, se entiende que los sujetos que presentan una dependencia de sustancias, ya tienen una predisposición a ello, que puede inferirse por la historia de vida del sujeto y, más evidentemente, por el tipo de conductas que manifieste.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se describirá el diseño metodológico utilizado para la investigación, así como el tipo de enfoque, diseño y estudio. Se abordarán aspectos importantes de la muestra poblacional y, por último, se realizará el análisis e interpretación de resultados, con base en la teoría y la información obtenida de los sujetos que participaron en la presente investigación.

3.1 Descripción metodológica.

Para llevar a cabo esta investigación, se determinó incorporar al cuadro metodológico el enfoque de tipo cualitativo, por el objetivo descriptivo de la misma, enfocado a la profundidad y comprensión caracterológica de la problemática. El diseño es no experimental, ya que no hubo manipulación de las variables. El tipo de estudio es transversal porque el trabajo se realizó en un tiempo único; por último, el tipo de alcance fue descriptivo, ya que se proporcionó información detallada en cuanto al fenómeno.

3.1.1 Tipo de enfoque.

Grinnell (referido por Hernández y cols.; 2014), definió los enfoques como paradigmas de la investigación científica que emplean procesos cuidadosos,

sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento. El enfoque metodológico se refiere a la manera en que se obtendrán los datos, cómo serán analizados e interpretados, de acuerdo con los principios y características del enfoque seleccionado.

Existe el enfoque cualitativo, cuantitativo y el mixto, de los cuales, para el presente estudio se eligió el primero para determinar el apego hacia la madre, en adictos internos en la clínica en adicciones “Tiempo de Cambio”.

El enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos (Hernández y cols.; 2014).

3.1.2 Tipo de Diseño.

El término diseño hace referencia al conjunto de estrategias que se planea utilizar para obtener la información deseada, con la finalidad de responder al planteamiento del problema, según indican Wentz, McLaren, Creswell, Hernández y Kalaian (citados por Hernández y cols.; 2014).

Para esta investigación se utilizó el diseño fenomenológico, que es prácticamente el estudio de la experiencia vivida por los sujetos. Este diseño se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, para dar respuesta a cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona o personas respecto de un fenómeno. El centro de indagación de estos diseños reside en las experiencias del participante o participantes (Salgado; 2007).

Para Husserl (referido por Aguirre y Jaramillo; 2012), la fenomenología denota un nuevo método descriptivo, filosófico, que desde finales del siglo pasado ha establecido: una disciplina psicológica a priori, capaz de dar las únicas bases seguras sobre las que se puede construir una sólida psicología empírica; y una filosofía universal, que puede ser un instrumento para la revisión metódica de todas las ciencias.

3.1.3 Tipo de estudio.

El tipo de estudio es el nivel de conocimiento científico al que se espera llegar, de acuerdo con el tipo de información que se desea obtener, así como el análisis que deberá realizarse (Villagómez; 2016).

Esta investigación tiene un estudio de tipo transversal, por su propósito de obtener resultados y analizarlos en un mismo periodo de tiempo, sin necesidad de prolongar el proceso de investigación.

Liu y Tucker (referidos por Hernández y cols.; 2014) definen los diseños de estudio transeccional o transversal, como aquellos que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.

Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos.

3.1.4 Tipo de alcance.

Un alcance se refiere a un continuo de causalidad que depende de las estrategias de investigación que se deseen utilizar para obtener los datos necesarios. El alcance de una investigación indica el resultado que se obtendrá a partir de ella y condiciona el método que se seguirá para obtener dichos resultados (Hernández y cols.; 2014).

Existen diversos tipos de alcance: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo, de los cuales se ha elegido el segundo para esta investigación, por el nivel de profundidad que se desea conseguir. El alcance descriptivo es una información detallada respecto a un fenómeno o problema para describir sus dimensiones (variables) con precisión (Hernández y cols.; 2014).

3.1.5 Método, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se define la técnica, como el procedimiento o conjunto de reglas, normas o protocolos que tiene como objetivo obtener un resultado determinado, en cualquiera que sea el área (De la Mora, referido por Villagómez; 2016).

Para la recolección de los datos, se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada, con el objetivo de profundizar en la historia de los participantes e identificar el concepto que tienen acerca de su madre, en función de los datos arrojados con la ayuda de estas técnicas.

Álvarez (2003: 109) señala que “la entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la investigación cualitativa, la entrevista busca entender al mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias”.

La entrevista busca describir e interpretar el significado de los temas centrales del mundo del entrevistado, registra e interpreta lo que el sujeto expresa y cómo lo hace. Álvarez (2003: 111) aclara que “en la investigación cualitativa se realizan entrevistas semiestructuradas que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas. Presentan una apertura en cuanto al cambio de tal secuencia y forma de las preguntas, de acuerdo con la situación de los entrevistados”.

El instrumento utilizado fue un guion de entrevista semiestructurada (Anexo 1), elaborada con base en la “Entrevista de Prototipos de Apego Adulto”, que fue realizada por Martínez y Núñez en el año 2007. Para elaborar el instrumento, se siguió la estructura y objetivo de los ítems, haciendo modificaciones para adaptarlo a los sujetos que serían evaluados en la clínica contra las adicciones.

Dicha entrevista fue el resultado de la traducción de Adult Attachment Interview, con la finalidad de aplicarlo en Chile; estos autores llegaron a la conclusión de que la traducción que hicieron era apta y fácil de usar en otros contextos socioculturales distintos al suyo, debido a la redacción de sus preguntas, ya que podían ser modificadas y adaptadas a distintos sujetos, dependiendo de sus características y contexto de desarrollo.

Es una entrevista de relaciones interpersonales que se concentra en el pasado del entrevistado y en eventos y relaciones interpersonales actuales. Se enfoca fundamentalmente en representaciones de apego con miembros de la familia nuclear y luego en otros significativos como, por ejemplo, parejas y amigos íntimos. La clasificación de esta entrevista consta de siete prototipos de apego: seguro-autónomo (apego seguro), excesivamente dependiente, inestable en sus relaciones, excesivamente sobreprotector (ansioso/ambivalente), excesivamente autocontrolado, excesivamente autónomo, emocionalmente indiferente (evitativo/rechazante).

Este instrumento consta de 45 preguntas enfocadas a identificar el apego seguro, evitativo, ansioso ambivalente y también es útil para identificar el apego

desorganizado; se puede ir adaptando al discurso del individuo. Aporta información de cómo era la relación que el sujeto llevó con su madre en la infancia, la imagen que tenía de ella y cómo se ha modificado en la etapa adulta.

3.1.6 Selección de la muestra.

Una muestra es un subconjunto de la población, que se obtiene para averiguar las propiedades o características de esta última, por lo que interesa que sea una parte representativa de la población para que los resultados arrojados sean de mayor confiabilidad.

La muestra elegida para esta investigación fue extraída de la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio”, de Uruapan, Michoacán, con domicilio en la calle Azucena N° 27, colonia La Mora. Esta clínica actualmente cuenta con un total de 38 internos, de los cuales, se tomaron 10 del sexo masculino para apoyar en la investigación. Los sujetos que participaron en el estudio fueron seleccionados por el secretario de la clínica. Se aplicó la entrevista semiestructurada a los 10 internos participantes, variando el tiempo de aplicación en cada uno de ellos, y teniendo claro en todo momento el objetivo de cada pregunta, con la finalidad de obtener la mayor cantidad de información útil para identificar el tipo de apego hacia su madre, en cada uno de ellos.

La muestra fue elegida al azar por el secretario de la clínica contra las adicciones, quien autorizó a 10 internos para participar en la investigación, los cuales

se encuentran en un rango de edad de 19 a 25 años y solamente uno de 45. Eran solamente 3 los que estaban internos por primera vez y los otros 7 eran reincidentes, sin embargo, los 10 compartían la característica de haber consumido diversos tipos de sustancias psicoactivas, haber cursado solamente primaria y algunos la secundaria, y por haber vivido en condiciones precarias.

3.2 Descripción del proceso de investigación.

Este apartado consiste en explicar cuál fue el proceso que se siguió para realizar la investigación, las facilidades y complicaciones que se presentaron a lo largo de este proceso y cómo fue el manejo de contingencias para lograr los objetivos planteados.

En primer lugar, se procedió a la elaboración de una entrevista semiestructurada para identificar el tipo de apego en los internos, posteriormente, se asistió a la clínica a solicitar el permiso para llevar a cabo la investigación. Sobre dicha autorización, el secretario en turno no supo dar una respuesta, negándose en un principio, por el derecho de anonimato y confidencialidad de los internos. Así que optó por proporcionar el número telefónico del director de la clínica.

Una vez que se contactó al director y se le explicó el objetivo de las entrevistas, amablemente facilitó el acceso a la clínica, dejando en manos del secretario la organización de los días y el horario para asistir a entrevistar a los

internos. Por su parte, el secretario eligió, al azar, sujetos que estaban internados por primera vez y otros que incluso ya habían estado internados un mínimo de 11 veces.

Se otorgaron 2 días a la semana para asistir a realizar las entrevistas, con un horario de 4 a 6 de la tarde y en algunas ocasiones se solicitó asistir por la mañana, de 7 a 9, debido a las actividades de los internos.

Previo al inicio de cada entrevista, se hizo el encuadre para dejar en claro la confidencialidad, explicando que el objetivo era la realización de un proyecto de investigación, pero sin dar a conocer el objetivo de la entrevista en particular para no predisponerlos a dar determinado tipo de respuestas que alteraran los resultados.

En su mayoría, las entrevistas tenían una duración de 50 minutos; a lo largo de ellas, se hacía evidente la necesidad que tienen los sujetos de ser escuchados, lo que provocaba que continuamente abordaran temas que no eran de interés para dar respuesta a los objetivos particulares y, por lo tanto, algunas entrevistas se prolongaban más de lo esperado.

El espacio asignado para llevar a cabo las entrevistas fue en la tribuna, donde realizan sus reuniones y demás actividades. El lugar era suficientemente amplio, pero no cerrado, si bien para ello se restringía a los demás internos acercarse al área. En un inicio, el secretario asignaba a dos “guardias de seguridad”, que en realidad eran de los mismos internos, pero en días posteriores dejó de hacerlo.

3.3 Análisis e interpretación de resultados.

Para facilitar el análisis de resultados, la información se organizó de acuerdo con la propuesta de sistematización y análisis de datos cualitativos de González (citado por Mejía y Sandoval; 1998), quien menciona que, dentro de una investigación de carácter cualitativo, se debe seguir un proceso inductivo para el manejo de los datos en donde el investigador inicia recolectando datos con base en instrumentos abiertos, para después construir categorías y proposiciones teóricas.

Dentro del proceso anteriormente mencionado, se asevera que primero es necesario seguir una serie de pasos que se describen a continuación, retomados de Mejía y Sandoval (1998):

- **Conceptualización:** En este paso se puede aplicar la técnica TKJ, en donde se le pide al sujeto que escriba, en hojas pequeñas, las ideas que responden a ciertas preguntas abiertas que conforman el cuestionario o entrevista, señalando en la parte superior derecha de la hoja el número de la pregunta a la cual responde.
- **Categorización:** Todas las unidades de análisis deben estar incluidas en categorías. Al asignar el nombre a estas, se debe evitar que sean el resultado de una interpretación personal.

- Organización: En este proceso se intenta conocer una organización lógica de categorías y subcategorías, las cuales serán plasmadas al final en un mapa conceptual.
- Estructuración: Este consiste en elaborar un esquema en el que se incluyan de manera gráfica las categorías y subcategorías organizadas.

Por último, en la propuesta de González (referido por Mejía y Sandoval; 1998), para el análisis e interpretación de datos, de forma vertical, se siguen las categorías y subcategorías en el orden de mayor a menor número de datos y personas que las aportaron, con el fin de saber cuáles son los patrones más relevantes incluidos en las respuestas.

La categorización fue elaborada a partir de la información obtenida a través de las entrevistas aplicadas a los internos en la clínica contra las adicciones, que lleva por nombre, "Tiempo de Cambio". Para este análisis, se toman en cuenta las respuestas que los individuos hayan dado a preguntas específicas que van encaminadas a indagar cómo era la relación con su madre en su infancia y, posteriormente en la adultez, arrojando así datos que son útiles para conocer cuál es la imagen que tuvieron de su madre cuando eran niños, y cuál es la imagen que tienen de ella ahora que son adultos. Asimismo, analizando la información que se menciona anteriormente, se podrá identificar el tipo de apego hacia su madre, que predomina en los adictos de la clínica mencionada.

Ahora bien, se procederá a realizar el análisis de las categorías y sus respectivas subcategorías.

- Imagen de la madre como objeto de amor.
 1. Imagen de la madre en la infancia.
 - a) Ausente.
 - b) Sobreprotectora.
 - c) Permisiva.
 - d) Agresiva.
 2. Imagen de la madre en la adultez.
 - a) Sobreprotectora.
 - b) Permisiva.
 - c) Ausente.

- Tipo de apego en común hacia su madre.
 1. Ansioso o ambivalente.
 2. Evitativo.

3.3.1 Imagen de los objetos de amor.

Con el término “objeto de amor”, se hace referencia a quien haya fungido como cuidador en la vida del individuo y con quien se estableció un vínculo afectivo. Es aquí donde se identifica y analiza la información proporcionada por cada uno de los internos, en cuanto al concepto o imagen que tienen sobre su madre, ya que

generalmente es esta el objeto de amor, aunque puede variar en muchos de los casos

1. Imagen de la madre en la infancia.

Bower (1983) señala que las conductas de apego, son aquellas que aparecen con el contacto o la proximidad entre la madre y el niño. Aunque no siempre será la madre con quien se establezca este vínculo, este se puede construir entre el niño y cualquier otra persona que esté a cargo de su cuidado o con quien tenga mayor relación.

En los internos de la clínica contra las adicciones “Tiempo de cambio”, se encontró que la imagen que tienen de su madre es la siguiente:

- a) Sobreprotectora.

Para Levy (referido por Anthony y Benedek; 1970), la sobreprotección se puede definir como un proceso en el que el poder infantil no modificado conoce un monstruoso crecimiento que tiende a anular la autoridad de los progenitores. Sobreprotección materna es sinónimo de cuidado excesivo por parte de la madre, hacia los hijos.

Los entrevistados dieron las siguientes respuestas:

Sujeto 1: “Me cuidaba de más”, “me procuraba mucho”, “protectora, cariñosa”, “que no comiera cosas frías, siempre arropado, aunque hiciera calor”.

Sujeto 5: “Pus’ me dieron todo lo que humanamente sea posible al alcance de mis padres, tanto como en estudios, tanto en lo material, tanto en lo afectivo”, “todo lo que sé es porque ella estuvo al pendiente”, “mamá fue papá y mamá al mismo tiempo”, “arroparme, acostarme, o sea preocuparse, atenderme, que no vas a salir, que no vas a tomar cosas heladas y que te voy a inyectar, que te voy a poner fomentos en tus pies, en tu pecho”.

Sujeto 8: “Mi mamá no, no quiso que me fuera a vivir aparte”, “ella siempre me sacaba de todos los problemas”, “ella fue padre y madre para mí”, “nunca me negaba nada y todo lo que le pedía ella me lo compraba”.

Sujeto 10: “Viene mi mamá y me trae cosas y ya me platica cómo me siento y así”, “todavía vivo con mi mamá”, “nunca nos dejaron solos”, “luego, luego, nos atendía, ella se movía con mi papá”.

La madre es esclava de las exigencias de su hijo, quien ha mantenido la plena posesión de la atención y servicios de ella, como si él estuviera en su primer año de vida (Levy, referido por Anthony y Benedek; 1970).

Las madres de hijos adictos a sustancias psicoactivas, suelen ser sobreprotectoras y tienden a solucionarles todos los problemas, con la justificación

de querer cuidarlos y pretendiendo conseguir lo mejor para ellos; terminan por incitar a lo contrario, ayudando a que en sus hijos se instauren conductas inapropiadas y enfrenten dificultades para adaptarse a una vida adulta sin presencia de los padres.

b) Ausente.

Son repetitivos los comentarios o respuestas de los internos, sobre el sentimiento de soledad que experimentan desde una temprana edad, por la ausencia de alguno de sus padres, en este caso de su madre. Por ejemplo:

Sujeto 3: “Me sentía mal que no tuviera a alguien ahí conmigo”.

Sujeto 4: “Mi mamá nunca tenía tiempo para nosotros”, “mi mamá ya no tenía tiempo por atender a otra persona, por su trabajo...”, “mi mamá, cuando mi mamá tuve el... a mi hermano, se fue la atención de mi de ella”, “no, mi madre no era cercana conmigo”.

Sujeto 6: “Mi mamá no, no estaba conmigo”, “casi no era mucha convivencia con ella”, “desde que entré, pues, a la primaria ella se distanció mucho”, “ella, pues, siempre estuvo más en su trabajo a veces que en el hogar”, “yo quería el cariño o el abrazo o algo de una mamá”.

Sujeto 7: “Mi jefa nunca estaba en la casa”, “nos dejaban solos en el día, mi mamá trabajaba todo el día”, “ella como todo el día no estaba en la casa”, “desde niños nos dejaba solos”.

Sujeto 8: “Ella trabajaba todo el día, me sentía yo solo, me sentía aislado”, “ya no tenía a mi madre porque ella andaba trabajando”.

Estos sujetos con madres ausentes, después de la poca participación de sus madres en sus vidas, acaban por rechazarlas, evitarlas y distanciarse de ellas con resentimiento, así como la percepción de falta de atención y afecto por parte ellas. Ellos comentaban que incluso se acostumbran a estar solos, por ello se aíslan y su único círculo “social”, terminan siendo aquellos con los cuales se pueden drogar.

c) Permisiva.

Las madres que utilizan el estilo de crianza permisiva establecen cantidades minúsculas de control en la conducta de sus hijos (Chan y Chan, referidos por Ojeda y cols.; 2013). Como resultado de este estilo de crianza, se fomenta, por consiguiente, la libertad absoluta en sus comportamientos y acciones.

Se puede identificar que algunos de los sujetos internos fueron criados por madres permisivas, que en todo momento los dejaban actuar como a ellos mejor les convenía, sin imponer reglas, límites o castigos, por ejemplo:

Sujeto 2: “A mi mamá la, nunca le tuve miedo, ‘pus’ ya por lo mismo de que no me decía nada”, “hasta la fecha mi mamá nunca, o sea, ha puesto, que yo vea en mi disciplina, nunca”, “le pedía algo y luego, luego, me lo daba”, “hacía lo que yo quería”.

Sujeto 8: “No ella no me decía nada, ella estaba de acuerdo”.

Sujeto 10: “No, ‘ps’ mi mamá no nos decía nada”, “nunca me negaba nada”.

Los comportamientos adolescentes asociados con este estilo de crianza son la falta de autocontrol, incompetencia social, incapacidad para manejar la independencia, baja autoestima, inmadurez y alienación posible de la familia (Mussen, referido por Ojeda y cols.; 2013).

d) Agresiva.

Howes y Espinosa (referido por Pérez y cols.; 2005) indican la existencia de madres con fallas en el control de impulsos y afectos, que son maltratadoras y después de golpear o tener conductas violentas no sienten culpa, ya que consideran estar en su derecho de educar a sus hijos.

En esta investigación se detectaron que ciertos sujetos de estudio tuvieron madres agresivas:

Sujeto 4: “Mi jefa me pegaba mucho”, “el enojo ella lo demostraba a golpes”.

Sujeto 6: “Pues, a empezar a maltratarme, ‘edá’, a gritarme y luego a empezar los golpes”, “ella me enseñó, ‘edá’, a lo mejor en una forma estricta, una forma ruda, mala”.

Sujeto 7: “Porque a veces se desesperaba y nos golpeaba”, “a veces nos reventaba un trancazo así en la boca o así, nos sacaba la sangre”, “con gritos feos, me decía: hijo de tu puta madre, como no te ‘moristes’ cuando naciste, porque tú me das puros problemas”, “porque me gritaba que ‘ójale’ y nunca hubiera nacido, que ‘ójale’ y me hubiera matado cuando yo nací”.

Sujeto 9: “A gritos... en ocasiones que sí me pasé yo también (risa) pues, hubo golpes”.

Sujeto 10: “Nos rompía el hocico”, “Nos agarraba a madrazos”.

Las madres abusivas suelen mostrarse continuamente enojadas, iracundas, resentidas contra el mundo en general y buscan un objeto con el cual desquitarse.

“En algunas investigaciones, se ha señalado que en los maltratadores físicos existe una mayor tendencia a la impulsividad, a la expresión de la cólera y a la excitabilidad, así como una mayor desorganización, lenguaje incoherente y conducta extraña” (Pérez y cols.; 2005: 43).

Con este tipo de conductas, las madres generan inseguridad en sus hijos para relacionarse con ellas y con los demás, generan distancia y que eviten el expresar con ella y con otros sus sentimientos.

Estos sujetos sufren la inestabilidad de una madre que no es consistente, por ejemplo, el sujeto 8 habla de una madre que lo sobreprotege y no le permite independizarse, pero lo ha dejado solamente gran parte del tiempo por salir a trabajar y a pesar de la sobreprotección que ejerce sobre él, también se muestra permisiva, sin poner límites en las conductas de su hijo. El sujeto 10 ha tenido una madre que lo sobreprotege, no le pone límites, pero en varias ocasiones le agrede físicamente. Por otro lado, está el sujeto 7, con una madre ausente y que cuando hace presencia, le agrede física y psicológicamente.

Con base en lo anterior se puede vislumbrar que estos sujetos tuvieron la imagen de un objeto de amor inestable, lo cual les produce la sensación de no tener control de los sucesos externos, pero tampoco de los internos; así es como se convierten en seres incapaces de controlar sus emociones, sus pensamientos y, por ende, su conducta. Son individuos que terminan por concebir a la droga como lo único estable en sus vidas, e incluso pueden iniciar o terminar incorporándose a grupos de chicos que se dedican la mayor parte de sus días a estar consumiendo sustancias psicoactivas. Por lo tanto, su círculo social se ve limitado a personas que también son adictas, ya que es el único lugar donde se sienten aceptados y comprendidos.

2. Imagen de la madre en la adultez.

Aunque la madre haya tomado cierta actitud o estilo de relacionarse con su hijo cuando este era pequeño, no es indicador de que la relación establecida en la infancia será la misma a lo largo del tiempo, ya que las situaciones y las nuevas experiencias tanto de la madre como del sujeto, pueden ir modificándose.

a) Sobreprotectora.

Aunque los hijos hayan crecido, hay madres que insisten en tratarlos como si aún fueran pequeños, ya sea por evitarles sufrimiento, aparentemente, o por evitárselo ellas mismas. Los internos comentaron lo siguiente acerca de la relación que llevan ahora con su madre, o cómo la perciben ahora que son adultos:

Sujeto 1: “Aunque me alga enviciado yo, nunca me ha dejado solo”.

Sujeto 2: “Ella responde por mí”, “ella resuelve mis problemas”, “como soy el menor de todos, quería tenerme allí con ella”, “quería tenerme como ella, estar yo en la casa para que ella estuviera bien y estarme viendo ella a mí”.

Sujeto 5: “Hasta la fecha porque ella dice: sea lo que sea para mí, mi Javi, o mi borrachito. No. Mi mamá a veces que: ¿por qué lo vas a internar?, mientras yo tenga vida y si mi hijo tiene deseo de cambiar y si él dice que no puede parar de consumir vino, pa’ eso me tiene a mí”.

Sujeto 7: “Me lleva a comer, me busca, me ayuda, me apoya”.

Sujeto 8: “Mi mamá no quiso que me fuera a vivir aparte”, “ella siempre me sacaba de todos los problemas”, “ella fue padre y madre para mí”.

Sujeto 9: “Nunca me ha dejado solamente y ahorita en las adicciones pues mucho menos me ha dejado, ‘edá’”, “doy gracias a un problema porque a pesar de que mi mamá siempre ha estado igual de pendiente de cuando era niño hasta el día de hoy”, “me dice: mira m’hijo, no importa que hagas una cosa u otra, yo lo que quiero es que seas feliz y yo voy a estar siempre para ti” “de que yo no puedo solamente y le piso ayuda a mi mamá, pa’ que ella pues me atienda como cuando era niño y tenía miedo y me decía: venga m’hijo, no tenga miedo no pasa nada. ¿Sí me entiendes? Entonces ella lo sigue haciendo y pues yo recurro a eso”.

Sujeto 10: “Todavía vivo con mi mamá”, “cariñosa, siempre estuvo con nosotros”.

Se puede ver cómo, a pesar de las conductas disruptivas que los sujetos han tenido, en su etapa adulta tienen el concepto o la imagen de una madre que no los deja a un lado a pesar de sus adicciones, que los cuida, los apoya, que les resuelve sus problemas e incluso que les sigue tratando como cuando eran bebés.

b) Permisiva.

Es común que sujetos adictos hayan tenido madres permisivas en la infancia, relaciones madre e hijo carentes de límites o castigos, e incluso pueden expresar tenerlas aún en su adultez, como se aprecia a continuación:

Sujeto 2: “Hasta la fecha mi mamá me deja hacer lo que quiero”, “nunca me dice nada”.

Sujeto 3: “Ya ni me regañaba, ya nada”, “ella me dejaba hacer muchas cosas, ‘edá’, y ya no trataba de los maltratos regaños”.

Sujeto 9: “Me comprende y me acepta, ya no me reprende, ‘edá’, tal vez sea por mi edad o porque mero no me ha podido cambiar”.

Tener madres permisivas, incluso en la etapa adulta, refuerza la idea de los sujetos de que pueden seguir haciendo lo que han hecho a lo largo de su vida, y que esas conductas seguirán sin tener consecuencias negativas por parte de su objeto de amor, por lo que continúan con el consumo incontrolado de drogas, mencionando que sus madres no los reconvienen.

c) Ausente.

Los sujetos expresan que sus madres ya no los visitan, o que no se interesan por saber de ellos desde que están internos en la clínica; que, si bien antes llevaban una mejor relación, ahora por completo se sienten olvidados o que no son tomados en cuenta.

Sujeto 3: “Llegó a tenerme miedo, me dejaba solo”.

Sujeto 4: “Ella no quiere venir a verme”.

En la etapa adulta, se aprecia, por ejemplo, en los sujetos 2 y 9, que tienen la imagen de una madre que les protege, les resuelve sus problemas, no les deja solos y son aún más permisivas de lo que fueron en su infancia. En el caso del sujeto 3, se puede apreciar que la imagen que tiene de su madre es de ausencia, porque ya no se preocupa por saber de él, pero la describe como permisiva, ya que no le dice nada, incluso sabiendo el tipo de conductas disruptivas que presenta.

Todavía en la adultez, la imagen de su objeto de amor sigue siendo inconsistente, por lo que persiste la confusión y el sujeto opta por continuar con lo único que ha sido estable en su vida: el consumo de drogas.

3.3.2 Tipo de apego en común hacia su madre.

En esta segunda categoría se expone la modalidad de apego hacia la madre que los sujetos de estudio tienen en común. Particularmente, se detectaron dos tipos, que se explican a continuación.

1. Ansioso o ambivalente.

Las figuras de apego en este caso suelen ser mucho más insensibles que hostiles, pero en otras ocasiones (cuando la figura de apego se encuentra feliz, animada, tranquila o siente la apetencia de relacionarse con el niño) se muestra sensible, afectuosa y competente, reconociendo la necesidad exacta de su pequeño y satisfaciéndola de manera afectiva y cálida. Sin embargo, estos estados de la figura de apego, que oscilan entre insensible y sensible, no dependen de las conductas del niño, sino de cuestiones relacionadas con la figura de apego, que el infante no puede conocer y por tanto prever (Barroso; 2014). Por ejemplo:

Sujeto 1: “Se ausentó y yo procuré más a mi papá”, “era protectora, cariñosa, amorosa, me procuraba mucho”, “hay cierta distancia ya”, “me siento culpable, enojado conmigo mismo”.

Sujeto 3: “Ella me demostraba su amor, su cariño”, “a veces me hacía sentir que era el menos querido, en comparación con mis hermanos”, “me cumplía mis

caprichos”, “sentía miedo a que me dejara, que se fuera”, “me sentía mal que no estuviera alguien ahí conmigo”.

Sujeto 5: “Ella siempre estuvo al pendiente”, “cuando mi mamá no estaba me iba con mi abuela”, “la recibía encantado”, “en cualquier caída estaba mi mamá”, “me ciego cuando me enojo, soy muy impulsivo”.

Sujeto 7: “Mi jefa me estimaba mucho”, “nos dejaba solos todo el día”, “sí la quería mucho, pero ella no estaba”, “ella siempre me cuidaba, me llevaba al médico”, “mi mamá se desesperaba y nos pegaba”, “con gritos feos me decía: como no te moriste”, “ella era a todo dar conmigo”, “me enojo y grito”.

Sujeto 8: “En casa sufría, no me ponían atención”, “tengo que cobrar venganza”, “mi mamá no quiso que me fuera a vivir aparte”, “ya no tenía a mi madre”, “ya la recibía diferente”.

Sujeto 9: “Mi mamá me llevaba ‘lonche’ a la escuela”, “duraba una semana sin verla”, “a gritos, hubo golpes”, “se fue y dije: ya no me quiere”, “me sentí despreciado”, “sentía culpa”.

Sujeto 10: “Mi ‘ma’ nos rompía el hocico, nos agarraba a madrazos”, “era cariñosa, siempre estuvo con nosotros”, “nos atendía luego, luego”.

De este modo, los comportamientos de la figura de apego y los cambios bruscos e impredecibles de insensible a sensible son impactantes y confusos para el niño; tiene a un cuidador inconsistente e inconstante que a veces le atiende y otras veces le ignora; en ocasiones le demuestra que le molesta, pero en otras, es cercano y sensible. Esta ambivalencia e inconsistencia genera una fuerte angustia en los niños, lo que deriva en una profunda hipersensibilidad, así como una exagerada manifestación de las conductas de apego que están activadas casi constantemente.

Como menciona Barroso (2014), estos niños están tan atrapados por su angustia de obtener la cercanía del otro y tienen tan activado el sistema de apego, que se ven mermados en su capacidad y deseo de exploración. Estas figuras de apego pueden resultar intrusivas, puesto que pueden pretender satisfacer las necesidades de los niños cuando estos no las presentan, pero a la figura de apego le apetece hacerlo, inmiscuyéndose en el psiquismo del niño e invadiéndole sus voliciones. Por ejemplo, en el caso de estos sujetos que en algunas ocasiones sus madres se mostraban insensibles o ausentes, ya sea física o incluso emocionalmente, pero inesperadamente se hacían presentes, siendo exageradamente sobreprotectoras y, en algunos casos, muy permisivas.

Este autor también menciona que estos niños se convertirán en adultos que, queriendo estar con sus personas queridas, a ratos experimentarán que estas les molestan, pudiendo sentir una rabia muy fuerte producida por una percepción desmedida de abandono ante conductas de separación normal; de igual manera,

tendrán una hipersensibilidad ante las emociones negativas y expresiones intensificadas de angustia.

Por otra parte, Mikulincer (referido por Garrido; 2016) enfatiza que en el estilo ansioso ambivalente se aprecia el miedo a ser rechazado y a la separación. Este autor también menciona que los sujetos con este estilo de apego son propensos a la ira y a presentar conductas de hostilidad, tal como los sujetos entrevistados lo expresaron.

Los sujetos pertenecientes al estilo ansioso ambivalente reportan los niveles más altos de afecto negativo: malestar, enojo, repugnancia, culpa, miedo, nerviosismo y menores niveles de calma y serenidad (Kerr, referido por Garrido; 2016). En este caso, se pudo corroborar que los sujetos con apego ansioso ambivalente de esta investigación, presentan ese tipo de afecto.

Por lo que se menciona anteriormente, los sujetos se caracterizan por tener una percepción de abandono, ser incomprendidos, rechazados o incluso invadidos con tanta sobreprotección, aunado a la libertad extrema que les proporciona una madre permisiva; esto termina generalmente por desarrollar rasgos de ansiedad muy marcados, por tener poco control sobre sí mismos y buscar la satisfacción inmediata, así como la eliminación de sus malestares psíquicos y físicos mediante el consumo de drogas.

2. Evitativo.

Como antecedente a la construcción de un apego evitativo, Barroso (2014) menciona que las figuras de apego son rígidas e inflexibles, por lo que muestran conductas de rechazo u hostilidad ante la expresión del infante de sus necesidades no cubiertas, ante los requerimientos del mismo, o simplemente ante las manifestaciones afectivas-emocionales propias de su hijo.

Las siguientes, fueron algunas expresiones de los entrevistados:

Sujeto 2: “Que yo me acuerde, no me lo demostraba, nunca me decía: m’hijo, te quiero”, “ni un abrazo, o sea nada”, “ella a mí, ni se acerca”, “ya de grande me alejé de ella”, “nunca he platicado con mi mamá ni con mis hermanos”, “estoy solo, no ocupo de nadie”.

Sujeto 4: “Viví con resentimiento” “cuando ya mi mamá no tenía tiempo por atender a otra persona, por su trabajo”, “mi mamá, cuando mi mamá tuvo a mi hermano, se fue la atención de mí de ella”, “pero no hacía de la manera que me apapachara ni nada”, “mi jefa me pegaba mucho”, “cuando ella se buscó otra pareja yo ya no quería estar ahí”, “mi casa es como un refugio, pero no le cuento lo que pasó a mi mamá”.

Sujeto 6: “Mi mamá era, una mujer muy estricta, este, ella era de que mi estudio, llegaba a mi casa, hacer mi tarea, hacer mis labores, recoger mi cuarto,

recoger la casa, este todo eso”, “me quería meter más disciplina”, “no era mucha convivencia con ella, era más gritos, maltratos, regaños”, “desde temprana edad buscaba la soledad”, “ella llegaba y yo me metía a mi cuarto”.

Las figuras de apego de estos sujetos han mostrado un fuerte abandono de las necesidades afectivas que han presentado a lo largo de su vida, siendo para su figura de apego demandas excesivas y abusivas por parte de ellos, como si se quisieran aprovechar de sus padres.

Como menciona Barroso (2014), los sujetos, al amparo de este tipo de madres, tendrán presente a sus figuras de apego, pero para distanciarse física e incluso emocionalmente de ellas, puesto que han aprendido bien que en la intimidad o si expresan ante ellas sus necesidades, serán rechazados y, por tanto, no tendrán ningún tipo de seguridad de esta manera. Han aprendido que pueden evitar este rechazo y al menos sentir cierta seguridad si no expresan sus necesidades, si incluso no se acercan a ellas. De esta manera, inhiben la expresión de sus necesidades, maximizando la cercanía de sus figuras de apego y minimizando el rechazo.

Por lo tanto, se puede corroborar cómo los internos investigados se han convertido en adultos que restringen o inhiben el deseo de reconocer sus estados emocionales. Ellos aprendieron que no había disposición de sus figuras de apego para hacerles compañía, para escucharles, comprenderles, darles afecto o aconsejarles; así, terminaron por alejarse, aislarse y evitar la cercanía física y emocional.

Estos sujetos han vivido continuamente la ausencia de su madre, conductas hostiles, rechazos o exigencias cuando a ellas les apetece, por lo que terminaron siendo personas distantes e inhibidoras de sus propios sentimientos, encontrando como única satisfacción las sensaciones físicas y emocionales que les produce el consumir drogas. Encuentran un lugar al cual pertenecer, donde quizá pueden ser escuchados sin miedo a que les juzguen, donde encuentran placer, más aceptación y menos rechazo.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis y la correspondiente interpretación de los datos obtenidos a lo largo de la investigación, se explicará el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados al inicio.

Por medio de la indagación teórica, se logró el objetivo particular planteado de conocer la definición del concepto de apego, desde la perspectiva de diferentes autores, así como el de describir los tipos de apego. El cumplimiento de estos primeros dos objetivos, se encuentra en el capítulo 1.

Posteriormente, se cumplió el objetivo de conocer el concepto de adicción a través de diversos autores que abordan el tema; enseguida, el último de los objetivos teóricos, que consistió en identificar los rasgos de personalidad característicos de un adicto, con base en la teoría. Esto se puede corroborar en el segundo capítulo de la investigación.

Por otro lado, se dio a conocer la imagen que los adictos internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio” tienen sobre su madre, tanto en la infancia como en la adultez. Esto se logró en el análisis de resultados, a través de las respuestas que los internos dieron en la entrevista, y de algunas características detectadas en la relación con sus madres en sus diferentes etapas del desarrollo.

De esta manera, se pudo conocer que la imagen que los adictos internos tuvieron de su madre en la infancia, fue de una madre inconsistente e inestable, que en algunas ocasiones se ausentaba y volvía con conductas sobreprotectoras para compensar su ausencia, dejando que su hijo actuara deliberadamente, mostrándose permisiva y, en algunos casos, hasta agresiva. Ya en la etapa adulta, los sujetos tienen la imagen de una madre sobreprotectora y permisiva; percepción que los lleva a seguir cómodamente con los patrones de conducta que han tenido a lo largo de su vida, incluso algunos mencionan que le han dicho directamente a sus madres que no piensan dejar de consumir drogas y ellas no pueden hacer nada al respecto.

Solamente dos sujetos refieren tener madres ausentes: el sujeto 4 menciona que su madre no se ha presentado a lo largo de su internamiento, no quiere verlo porque ya ha perdido las esperanzas de que se pueda lograr un cambio; en el caso del sujeto 3, su madre falleció hace algunos años. El no contar con su figura de apego les genera un sentimiento de soledad y desamparo, y les resulta más difícil obtener motivación para dejar de consumir la droga, incluso este último mencionó que hay días en los cuales ya no quiere vivir.

En general, estos individuos, en su etapa adulta, tienden a idealizar su objeto de amor, concibiéndolo como el ser que los quiere, los cuida y los apoya incondicionalmente, a pesar de su adicción. Hablan de una madre que siempre ha estado con ellos y que lo más probable es que siempre esté a su disposición. En esa etapa de adultos, minimizan las conductas desagradables de su niñez, para afirmar

que tienen una madre buena, la mejor y que saben pueden contar con ella en todo momento.

Por último, en el análisis de resultados se da por cumplido el objetivo general: analizar el tipo de apego hacia la madre, que tienen en común los internos en la clínica contra las adicciones “Tiempo de Cambio”. De igual manera, se logró dar respuesta a la pregunta de investigación, al concluir que el tipo de apego que tienen en común los internos, es el apego ansioso ambivalente y el apego evitativo, por las características que presentan cada uno de ellos, la figura de apego que tuvieron y los sentimientos y conductas que expresan en la actualidad.

Al tener este tipo de apegos, los sujetos están en busca de actividades o conductas que les proporcionen placer, seguridad y de cierta manera la estabilidad que perciben no haber tenido, por ello, terminan por presentar conductas adictivas a diferentes tipos de drogas, asegurando que en ellas encuentran ese bienestar que desde niños anhelaban y no podían tener.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2003)
Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología.
Paidós. México.
- Anthony, E. J.; Benedek, T. (1970)
Parentalidad.
Little, Brown Company. Argentina.
- Becoña, E.; Cortés, M. (Coords.). (2010)
Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
Sociodrogoalcohol. España.
- Bower, T. G. R. (1983)
Psicología del desarrollo.
Siglo XXI de España. Madrid.
- Bucio López, Vanessa Bianet. (2014)
Niveles de autoestima entre hombres y mujeres internos en centros de rehabilitación de adicciones de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán, México.
- Hernández, R.; Fernández, C.; Baptista, P. (2014)
Metodología de la investigación.
McGraw-Hill. México.
- Jiménez García, Jonás Nahúm. (2012)
Relación entre el apego materno y la identidad homosexual que presentan los adultos varones de Uruapan, Michoacán.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan, Michoacán, México.
- Mejía, Rebeca; Sandoval, Sergio Antonio. (1998)
Tras las vetas de la investigación cualitativa.
ITESO. Guadalajara, Jalisco.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1993)
CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento.
Méditor. Madrid.

Villagómez Melgoza, Vania Fernanda. (2016)
Tipos de familia de los internos de la clínica contra las adicciones La Paz.
Tesis inédita de la Escuela de Psicología de la Universidad Don Vasco. Uruapan,
Michoacán, México.

MESOGRAFÍA

Aguirre-García, J.; Jaramillo-Echeverri, L. (2012)

“Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa”.

Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia).

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1341/134129257004.pdf>

Argos, Marta; Rodríguez, Cristina; Expósito, Sandra; Gómez, Rubín. (2001)

“El apego en la infancia y en la adolescencia”.

Muriedas. Cantabria.

Recuperado de

<http://almez.pntic.mec.es/~erug0000/orientacion/psicologia/publicaciones/2001/EL%20APEGO%20EN%20LA%20INFANCIA%20Y%20EN%20LA%20ADOLESCENCIA.pdf>

f

Barroso, Olga. (2014)

“El apego adulto: La relación de los estilos de apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja”.

Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia. Madrid.

Recuperado de <https://docplayer.es/14263975-El-apego-adulto-la-relacion-de-los-estilos-de-apego-desarrollados-en-la-infancia-en-la-eleccion-y-las-dinamicas-de-pareja.html>

Carrillo, Sonia; Maldonado, Carolina; Saldarriaga, Lina María; Vega, Laura; Díaz, Sonia. (2004)

“Patrones de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo”.

Revista Latinoamericana de Psicología.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536304>

CONADIC. (2016)

“El consumo de drogas en México”.

<http://www.conadic.salud.gob.mx>

Conlledo, Juan. (2005)

“Centro de tratamiento y rehabilitación para drogadictos”.

Universidad Rafael Landívar, Facultad de Arquitectura y Diseño. Guatemala.

Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/lote01/Conlledo-Juan.pdf>

De Lucas Taracena, Ma. Teresa; Montañés Rada, Francisco; (2006)

“Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas”.

Adicciones, Vol. 18, Núm. 4, pp. 377-385.

Recuperado de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/334>

Garrido-Rojas, Lusmenia. (2016)

“Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud”.

Revista Latinoamericana de Psicología.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/805/80538304/>

González Flores, María del Pilar; Yedra, Luis Rey; Zárate, Laura Oliva. (2009)

“Las relaciones familiares y el consumo de drogas en los adolescentes de Xalapa, Veracruz”.

Revista Electrónica de Psicología. Lztacala. Vol. 12, No. 1.

Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/17700>

Martínez, Claudio; Núñez, Carlos. (2007)

“Entrevista de prototipos de apego adulto (EPAA): Propiedades psicométricas de su versión en Chile”.

Revista interamericana de psicología. Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-96902007000300001&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Ojeda García, Angélica; Lima Soto, Laura Fernanda; González Ochoa, Romy. (2013)

“PAPÁ Y MAMÁ: DOS MANERAS DE VER LA VIDA... Y UNA MISMA EDUCACIÓN”.

Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 18, núm. 1, enero-junio, pp. 51-67.

Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C. Xalapa, México.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/292/29228948004.pdf>

Pérez Espinosa, Jorge Rogelio; Ampudia Rueda, Amada; Jiménez Gómez, Fernando; Sánchez Crespo, Guadalupe. (2005)

“Evaluación de la Personalidad Agresiva y Violenta de madres maltratadoras y mujeres delincuentes”.

Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, vol. 2, núm. 20, 2005, pp. 35-58.

Associação Iberoamericana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645451003.pdf>

Pinzón Luna, Bárbara Kristel; Pérez Villar, María de los Ángeles. (2014)

“Estilos de apego y relación con la figura materna en mujeres que viven violencia conyugal”.

Psicología Iberoamericana, Enero-Junio, pp. 16-24.

Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133944229003>

Ramírez Padilla, Silvia Ivette. (2015)

“Asociación entre el estilo de apego del adolescente y el estilo de socialización parental percibido por adolescentes”.

Tesis de Maestría de la Universidad de Montemorelos, Nuevo León.

Recuperado de <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/handle/20.500.11972/326>

Salgado Lévano, A. (2007)

“Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos”.

Liberabit. Revista de Psicología.

Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

Sánchez, Míriam. (2011)

“Apego en la infancia y apego adulto”.

Universidad de Salamanca. España.

Recuperado de

https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/99355/1/TFM_EstudiosInterdisciplinarios_Genero_SanchezHerrero_M.pdf

Soto, Carmen. (2001).

“PSICOANÁLISIS APLICADO AL TRATAMIENTO DE ADICCIONES EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS ¿POSIBLE O IMPOSIBLE?”

Tesis para optar al Título de Magíster en Psicología Clínica de Adultos.

Departamento de Psicología de la Universidad de Chile.

Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-soto_c/pdfAmont/cs-soto_c.pdf

FALTANTES

Heredia y Huerta (2002), P 1

Fernández y Ponce de León (2012), p 17

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA EVALUAR EL TIPO DE
APEGO EN ADULTOS**

1. Me gustaría que me contara acerca de su hogar cuando usted era pequeño.
2. ¿Quién vivía con usted?
3. ¿Con quién era usted más cercano?
4. ¿Cómo describe la relación que tenía con su madre en su infancia?
5. ¿Qué sentía hacia ella?
6. Cuando ella se enojaba, ¿cómo lo demostraba?
7. ¿Cómo aplicaba ella disciplina sobre usted?
8. Y ¿cómo su madre le demostraba afecto?
9. ¿Disfrutaba usted de la compañía de su madre?
10. ¿Cuándo fue la primera vez que su madre lo dejó solo? ¿Por qué motivo?
11. ¿Cómo reaccionaba usted si ella tenía que ausentarse?
12. ¿Qué sentía al quedarse solo?
13. Si ella se ausentaba un momento, ¿cómo la recibía usted cuando ella regresaba?
14. ¿Prefería estar con ella o con alguna otra persona?
15. Cuando usted sentía miedo, ¿a quién recurría?
16. ¿Quién le hacía sentir más tranquilo?
17. ¿Cómo describiría a su madre cuando usted era un niño?

18. ¿Cuáles son los recuerdos más importantes que tiene sobre su relación con ella?
19. ¿Ha ido cambiando la relación entre su madre y usted?
20. ¿Cómo es su relación actualmente?
21. ¿Suele buscarla cuando usted se encuentra en situaciones difíciles?
22. ¿Qué hacía su madre si usted estaba enfermo?
23. ¿Cómo reaccionaba ella cuando usted estaba molesto o enojado?
24. ¿Cuál era la reacción de su madre ante los logros que usted obtenía?
25. ¿Solía premiarle? ¿De qué manera?
26. ¿Jugaba usted con niños fuera de su familia?
27. ¿Tuvo un mejor amigo?
28. ¿Cómo describiría su relación con su mejor amigo de la infancia?
29. En general, ¿cómo fue su experiencia en la escuela?
30. Aparte de sus padres, ¿hubo algún adulto que fuera significativo para usted?
Explique.
31. ¿Experimentó alguna pérdida o separación significativa cuando usted era pequeño?
32. ¿Qué sentimientos tuvo?
33. ¿Cómo reacciona ahora ante una pérdida o separación?
34. ¿A quién recurre actualmente cuando se encuentra en situaciones difíciles para usted?
35. ¿Quién es la persona más cercana a usted?
36. ¿Qué características de personalidad tiene esa persona?

37. ¿Considera que alguna experiencia de su infancia ha repercutido en su vida adulta? ¿De qué manera?
38. Como adulto, ¿ha tenido la experiencia de perder a alguien cercano?
39. ¿Qué reacción tuvo ante ello?
40. En la actualidad, ¿tiene pareja o familia (esposa e hijos)?
41. Cuando por alguna razón debe separarse de ellos (trabajo, viaje, etc.), ¿cómo se siente usted?
42. Imagine una separación entre usted y la persona con quién es más cercano afectivamente. ¿Cómo se sentiría?
43. ¿Cómo describe sus relaciones afectivas, con aquellos que son importantes en su vida?
44. ¿Prefiere estar solo o acompañado?
45. ¿Cómo describe usted su personalidad?

