



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**“Estudio Comparativo de las Representaciones de
Apego de Adolescentes de la Quinta Región con y
sin Consumo de Sustancias”**

**DANIELA ACEVEDO GODOY, PAULINA AYALA PRADO,
DANIELA BASUALTO ALVAREZ, DOMINIQUE MENDEZ ESTAY**

Profesor Guía: Paula Solervicens

Seminario presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso
para optar al grado académico de Licenciado en Psicología.

Enero, 2014
Valparaíso, Chile

INDICE

1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1 Definición del Problema.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	9
3.1 Teoría del Apego	9
3.1.1 Aproximaciones Teóricas al Estudio de la Afectividad.....	9
3.1.2 John Bowlby.....	9
3.1.3 Mary Ainsworth.....	10
3.1.4 Mary Main y Judith Solomon	11
3.1.5 Modelos Operativos Internos	12
3.1.6 Patricia Crittenden	13
3.2 Adolescencia	16
3.2.1 Definición	16
3.2.2 Desarrollo Psicosocial	16
3.2.3 Desarrollo Cognitivo	17
3.2.4 Desarrollo Moral	17
3.2.5 Relación con Pares y Familia.....	19
3.3 Consumo de Sustancias.....	19
3.3.1 Tipo de Consumo.....	20
3.3.2 Programas de Prevención	23
3.3.3 Programas de Tratamiento	25
4. MARCO METODOLÓGICO.....	27
4.1 Justificación metodológica.....	27
5. OBJETIVOS.....	28
5.1 Objetivo General.....	28
5.2 Objetivos Específicos.....	28
6. HIPÓTESIS.....	29
6.1 Hipótesis.....	29
6.2 Hipótesis Alternativa.....	29
6.3 Pregunta de Investigación	29

7. Definición de las variables.....	30
7.1 Apego.....	30
7.2 Consumo de Sustancias.....	30
8. Metodología.....	30
8.1 Tipo de Estudio	32
8.2 Muestra y Unidad de Análisis.....	32
8.2.1 Unidad de Análisis.....	32
8.3 Instrumentos.....	33
8.3.1 Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ).....	33
8.3.2 Cuestionario de Autoevaluación (OQ 45.2).....	34
8.3.3 Cuestionario Breve para Detección del Consumo Problemático.....	35
8.3.4 Cuestionario de Auto diagnóstico sobre Riesgo en el uso de Alcohol (AUDIT).....	35
8.4 Método de Análisis.....	37
8.5 Procedimiento.....	37
8.6 Criterio de Inclusión y Exclusión.....	38
9. RESULTADOS.....	39
9.1 Distribución de la muestra participante.....	39
9.2 Sexo y edad de los participantes.....	40
9.3 Cuestionario Breve y AUDIT.....	41
9.4 Cuestionario de apego en adolescentes (AAQ).....	47
10. DISCUSION.....	53
11. CONCLUSIONES.....	57
12. REFERENCIAS.....	59
13 ANEXOS.....	62
13.1 Consentimientos Informados.....	63
13.1.1 Consentimiento Informado para Participantes de Investigación.....	63
13.1.2 Ficha de Consentimiento Informado para Participantes.....	65
13.1.3 Consentimiento Informado para Tutores y/o Apoderados de los Participantes de Investigación	67

13.1.4 Ficha de Consentimiento Informado para Participantes	69
13.2 Cuestionarios para Adolescentes del Liceos.....	74
13.3 Cuestionario para Adolescentes de CTA	85

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	23
Tabla 2.....	39
Tabla 3.....	40
Tabla 4.....	41
Tabla 5.....	41
Tabla 6.....	42
Tabla 7.....	43
Tabla 8.....	44
Tabla 9.....	45
Tabla 10.....	47
Tabla 11.....	48
Tabla 12.....	50
Tabla 13.....	51
Tabla 14.....	52

INDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	14
Figura 2.....	16
Figura 3.....	39
Figura 4.....	40
Figura 5.....	42
Figura 6.....	43
Figura 7.....	44
Figura 8.....	45
Figura 9.....	46
Figura 10.....	48
Figura 11.....	49
Figura 12.....	49

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo determinar si existen diferencias en las representaciones de apego en adolescentes que tienen ausencia o presencia de consumo problemático de sustancias. Se utilizó el procedimiento de visitas a los tres CTA y tres liceos de la V región, pertenecientes a las ciudades de Quillota, San Felipe y Viña del Mar. En ambas instituciones se realizó la aplicación de los instrumentos Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ), y exclusivamente en los liceos los cuestionarios: Cuestionario de autodiagnóstico sobre el riesgo en el uso de alcohol (AUDIT), Cuestionario Breve para la detección del consumo problemático y Cuestionario de Autoevaluación (OQ-45.2). Los resultados indican que no existen diferencias significativas en las representaciones de apego entre ambos grupos, ya que tanto los adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias presentan puntajes similares en las tres escalas del cuestionario AAQ. En base lo anterior, se concluye que existen otras variables que pueden estar afectando en las representaciones de apego, tales como el tratamiento, estrategias personales y apoyo familiar, que no fueron consideradas en el presente estudio y que podrían ser la base de futuras investigaciones.

INTRODUCCIÓN

2.1 Definición del Problema

Actualmente es sabido que la primera relación vincular que desarrolla un bebé con su cuidador durante su primer año de vida sienta la base de lo que será su vida y desarrollo socioemocional. Bowlby quien fue el pionero en la investigación y estudio del tema, desarrolló en el año 1969 la teoría del apego, clasificando los distintos estilos en patrones de apego seguro e inseguro. Futuras investigaciones han planteado la importancia del apego seguro en la infancia y las futuras etapas del desarrollo, siendo un factor promocional de la salud mental.

Por otra parte, en el desarrollo de las etapas evolutivas del ser humano, la adolescencia es uno de los períodos más complejos, por el hecho de representar una serie de cambios a nivel cognitivo, fisiológico y social. Respecto de la clasificación que hace Erickson de las etapas del desarrollo, el adolescente atravesaría lo que él denomina, la búsqueda de identidad versus la difusión de la identidad (Palacios, Marchesi & Coll, 1999). En este sentido, el adolescente se constituye de sus propios recursos y características como de otros factores, entre ellos la crianza y estilo de apego que adquirió en la infancia con sus figuras significativas correspondientes y de las influencias sociales, para desarrollar un sentido de la identidad propio. En este contexto, comienza un camino para identificarse y diferenciarse de los grupos a los que pertenece.

Por último, una de las problemáticas que mayormente afecta el desarrollo adecuado y sano de los adolescentes es el consumo de sustancias. De acuerdo a los estudios por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) la edad de comienzo de consumo de sustancias es entre los 13 y 15 años de edad, exceptuando el tabaco y alcohol, cuyo consumo es iniciado antes de los 13 años. Es por lo anterior que el SENDA cuenta con programas de prevención para escolares, como lo es el programa “Actitud” (activa tu desarrollo), que se dirige a escolares de 1° básico a 4° medio. Por lo tanto se considera relevante estudiar la influencia que tendría la percepción de los adolescentes hacia su figura de apego en el consumo de sustancias. Sin el afán de entenderlo en un contexto de causa y efecto, si no, como las representaciones de apego, podrían ser un factor de riesgo o protector respecto de esta problemática en particular.

MARCO TEÓRICO

3.1 Teoría del apego

3.1.1 Aproximaciones Teóricas al Estudio de la Afectividad. La teoría psicoanalítica de Freud fue la primera que tuvo en consideración la afectividad como aspecto fundamental en el desarrollo del individuo. Freud propuso la existencia de una serie de pulsiones instintivas que se activarían para aliviar las necesidades internas, asumiendo que el organismo entonces funciona por el principio del placer. De este modo el vínculo formado por el niño y su cuidador principal, era secundario a la gratificación de los impulsos primarios como hambre, sed, sexo, dolor, etc.; por lo tanto la vinculación afectiva se produce hacia quienes reducen la incomodidad y proporcionan placer. Desde las teorías conductistas el vínculo afectivo se explica como consecuencia de una respuesta del organismo a la estimulación ambiental; por lo tanto es un proceso secundario que surge cuando el niño asocia la presencia de la madre con el bienestar experimentado por la satisfacción de las necesidades primarias del bebé. Las respuestas emitidas por los cuidadores ante ciertas conductas infantiles las refuerzan, generando patrones típicos de su conducta de apego (Melero, 2008).

La concepción de estas teorías donde el vínculo afectivo es un proceso secundario, se comenzó a cuestionar por investigadores procedentes de la Etología, ya que se creía que entre las crías y las madres había más que un proceso asociacionista. Posteriormente aparecen datos experimentales tanto con animales y humanos que cuestionan el hecho de que la satisfacción de necesidades fuera el factor determinante en el establecimiento del vínculo (Melero, 2008). Una de las aportaciones más relevantes de la etología fueron las de Lorenz, donde se considera que los bebés de muchas especies, incluida la humana, nacen con una serie de innatismos que predisponen hacia la formación de un vínculo con los cuidadores destinado a favorecer la supervivencia individual (Lorenz, 1985).

3.1.2 John Bowlby. La teoría del apego se constituye a partir del trabajo de John Bowlby y Mary Ainsworth en los años cincuenta. Bowlby formuló los supuestos de su teoría a partir de conceptos etológicos, del procesamiento de la información, de la psicología evolutiva y del psicoanálisis (Cantón y Cortés, 2000). John Bowlby formuló una teoría de la

vinculación revolucionaria para la época, ya que considera la vinculación afectiva como una necesidad primaria y universal.

Según Bowlby la conducta de apego del niño de doce meses la componen una serie de respuestas instintivas que tienen la función de vincularlo a su madre, y ésta al hijo. Estas respuestas maduran con relativa independencia durante el primer año, aunque cada vez se van integrando más, concentrándose sobre la figura materna durante la segunda mitad del primer año. En el modelo propuesto por Bowlby, el sistema de conductas de apego se refiere a todas las conductas que mantienen la proximidad y el contacto con las figuras de apego. Existe un segundo sistema, el sistema de exploración, que se encuentra en estrecha relación con el primero, ya que cuando se activan las conductas de apego, disminuye la exploración del entorno. El tercer sistema, miedo a los extraños, se relaciona con los anteriores, ya que su aparición supone la disminución de las conductas exploratorias y el aumento de las conductas de apego. Por último se encuentra el sistema afiliativo, el cual muestra el interés de los individuos por mantener la proximidad e interactuar con otros sujetos, aún con quienes no se ha establecido algún vínculo afectivo (Oliva, 2004)

El autor concebía la conducta de apego como un componente esencial del equipo conductual humano, que cumple una función biológica protectora durante todo el ciclo vital (Cantón y Cortés, 2000); ya que estos patrones tempranos de relación con los cuidadores principales se interiorizan y gobiernan las sucesivas pautas de relación con otras personas.

Bowlby llegó a la conclusión de que esta tendencia del bebé a establecer un vínculo fuerte con la madre formaba parte de una herencia arcaica, cuya función es la supervivencia de la especie, independiente de la oralidad y alimentación (Gamarnik, 2005). Esta vinculación se desarrolla durante el primer año de vida y repercute a lo largo del ciclo vital de cada individuo.

3.1.3 Mary Ainsworth. En 1960, Ainsworth hizo posible comprobar empíricamente alguna de las ideas de Bowlby, y amplió la teoría, constituyendo la base de las investigaciones en la actualidad. Mary Ainsworth diseñó “la situación extraña”, donde se analiza el equilibrio entre las conductas de apego y exploración en condiciones de estrés (Cantón y Cortés,

2000). Con los resultados de sus investigaciones se permitió describir tres patrones conductuales representativos de los distintos tipos de apego.

Niños de apego seguro: las madres fueron calificadas como muy sensibles y responsivas a las necesidades del bebé. Ainsworth creía que estos infantes presentan un patrón saludable en sus conductas de apego (Oliva, 2004).

Niños de apego inseguro-avoidante: suelen mostrar poca o ninguna proximidad y mantenimiento del contacto, alta evitación a la madre, y sobre-inhibición de afectos negativos. Estos niños han desarrollado expectativas de rechazo e indiferencia de sus necesidades de apego y reacciones de stress (Lecannelier & cols., 2008).

Niños de apego inseguro-ambivalente: suelen presentar excesiva búsqueda de proximidad hacia la madre (aferramiento), alto mantenimiento del contacto y una tendencia hacia la resistencia y exageración de los afectos negativos (Lecannelier & cols., 2008). Las madres de estos niños procedían de forma inconsistente, en ocasiones se mostraban sensibles y cálidas y en otras ocasiones frías e insensibles. Estas pautas de comportamiento habrían llevado al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de la madre cuando la necesitase (Oliva, 2004).

3.1.4 Mary Main y Judith Solomon. Mary Main con la ayuda de Judith Solomon (1986) identificaron un cuarto patrón de apego, al que denominaron “desorganizado/desorientado”. El comportamiento característico en niños con este estilo de apego sería: presentación secuencial o simultánea de conductas contradictorias; movimientos y expresiones indirectas, mal dirigidas, incompletas, e interrumpidas; movimientos asimétricos, estereotipados o mal temporalizados, y posturas anómalas; quedarse paralizado o moverse lentamente; índices indirectos de aprehensión respecto al progenitor; índices directos de desorganización y desorientación. Se trata por lo tanto de manifestaciones dramáticas, que sugieren la existencia de dificultades serias en los procesos de estructuración interna del niño y del vínculo de éste con su cuidador (Galán, 2010).

En las investigaciones realizadas por Main y Solomon (1990) se observa la asociación entre la interacción disfuncional (por ejemplo maltrato infantil) y el patrón de apego desorganizado. Las madres de los niños con este apego aparecen en el extremo de

insensibilidad e incompetencia parental, se muestran negligentes en el cuidado y pueden haber sido objeto de abuso durante su infancia. Así el apego desorganizado se caracteriza por una actuación parental estresante e incoherente para el niño (maltrato infantil, abuso, negligencias, patologías en los cuidadores), donde la figura de apego es fuente de protección y a la vez de amenaza (Melero, 2008).

3.1.5 Modelos Operativos Internos. Los modelos operativos internos, también llamados modelos mentales, son todas aquellas creencias, pensamientos y representaciones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Se construye mediante las experiencias de interacción y actúa como filtro de procesamiento mediante el cual la persona analiza e interpreta sucesos de índole afectiva y determina las emociones y conductas consecuentes (Melero, 2008).

Para Bowlby, los niños construyen sus modelos mentales tanto de sí mismos o de los demás en la interacción que se establece con el cuidador principal. Los bebés interiorizarán dichas experiencias desarrollando un modo de ver las relaciones íntimas, que generalizarán posteriormente más allá de la familia. Así el niño crea un modo de ver la realidad y aprende a generar expectativas de lo que es más probable que suceda en el contexto relacional (Melero, 2008).

Estos modelos internos tienden a tener una alta estabilidad durante la vida de la persona, sin embargo, pueden sufrir modificaciones durante el curso del desarrollo. Bowlby y otros investigadores, han planteado que es posible que los modelos cambien en el tiempo, debido a nuevas experiencias positivas o negativas, a nuevas relaciones con otras figuras importantes y significativas de apego, más allá de los propios cuidadores (Pinedo & Santelices, 2006).

Por lo tanto estos modelos influyen en el modo en que un ser humano se siente con respecto a cada progenitor y con respecto a sí mismo, el modo en que espera ser tratado, y la forma en cómo tratará a los demás cuando niño y posteriormente cuando adulto.

3.1.6 Patricia Crittenden. Para Patricia Crittenden la teoría del apego, es también una teoría del desarrollo, ya que proporciona una base sólida para comprender las psicopatologías que pueden surgir en algunas personas posteriormente (Crittenden, 2002).

Crittenden propuso un modelo llamado “dinámico maduracional”, donde los patrones básicos de Ainsworth se complejizan a partir de varias subclasificaciones, incluyendo las estrategias compulsivas Tipo A y las estrategias obsesivas Tipo C (Carranza, 2009).

Niños tipo C: tienen cuidadores inconsistentes, por lo que deben usar estrategias coercitivas que maximizan la atención de la madre. Los niños utilizan la conducta de sumisión fingida para ocultar la rabia, y aprenden que la expresión abierta de sentimientos y deseos tienen pequeños efectos predecibles en la conducta de los cuidadores. Patrones de conducta amenazantes y desarmantes se alternan para regular el despliegue de rabia. Los cuidadores se suelen sentir frustrados o victimizados por la estrategia coercitiva, ya que los niños se comportan como si culparan a las figuras de apego por su dolor. Más que simples niños amenazantes/desarmantes, ellos exigen ser atendidos y escalan sus conductas hasta que lo son (Crittenden, 1997).

Niños tipo B: los cuidadores de estos niños se comprometen en negociaciones significativas con ellos, atienden abiertamente sus pensamientos y sentimientos, y disfrutan con ellos la construcción de planes entretenidos. Los niños de tan correctas madres prueban la estrategia coercitiva, pero puede esperarse que encuentren más satisfactoria la estrategia segura de comunicación abierta y directa (Crittenden, 1997).

Niños tipo A: tienen cuidadores evitativos; donde un grupo será “defensivo”, ya que los niños usarán la evitación para prevenir el rechazo de madres interfirientes, lo que provocará en los cuidadores conductas de rabia, por eso se reemplazan las conductas de evitación por inhibición psicológica. Estos niños miran y hablan a sus figuras de apego sin señalar su deseo de proximidad, aprenden a inhibir el despliegue de sus propios sentimientos y también a sustituirlo por falso afecto positivo; mediante esto aseguran a los cuidadores que todos están felices, y que no se hará ninguna petición si el cuidador atiende al niño. Más aún, el niño “cuidador compulsivo” (A-3) sustituye el falso afecto alegre, con el fin de atraer la proximidad psicológica de sus padres, parecen alegrar, entretener y hasta cuidar a

su figura de apego alejada afectivamente (Carranza, 2009). Finalmente hay niños cuyos cuidadores presentan conductas hostiles y exigentes, por lo que aprenden a inhibir sus propios deseos y hacen exactamente lo que se les pide, ya que su ambiente es peligroso, son los niños “compulsivamente complacientes” (A-4), los cuales mantienen una cautelosa vigilancia y observación de las conductas de los padres, con el fin de anticipar sus deseos y cumplirlos inmediatamente (Crittenden, 1997).

Niños tipo A/C: Los niños que se encuentran en un ambiente complejo e inestable, impredecible, donde son maltratados sistemáticamente pueden combinar las estrategias defensivas y coercitivas en un mismo patrón (Carranza, 2009)

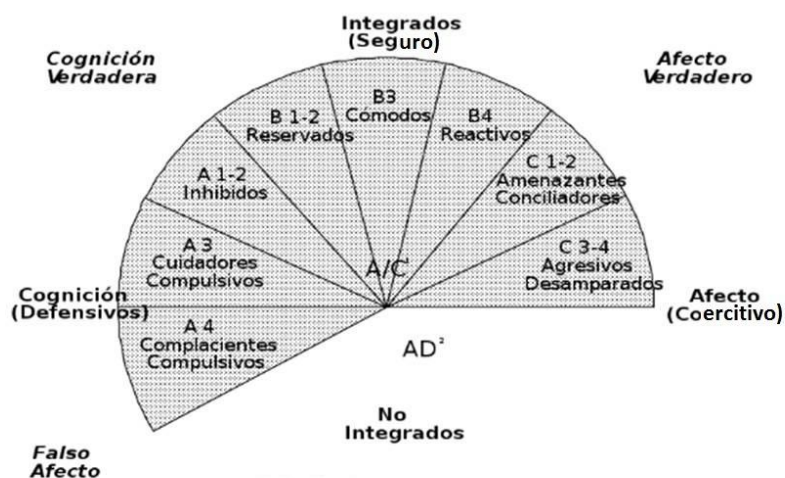


Figura1

Clasificación estilos de apego (Crittenden, 1997).

Estos patrones mentales y conductuales definidos por Crittenden, hacen a los niños vulnerables a alteraciones conductuales y atencionales, de la intimidad, sexualidad, entre otros, y en unos pocos casos los patrones llevan a la psicopatía. Patricia destaca que en la adolescencia presentan problemas los defensivos, ya que encuentran muy difícil tolerar la intimidad; algunos adolescentes del subgrupo inhibidos del patrón defensivo, pueden llegar a ser aislados, individuos compulsivamente auto-confiados. Otros pueden encubrir esto

usando un sistema de conductas sexuales, la promiscuidad para proveer intimidad física, mientras permanecen distantes psicológicamente; otros se pueden ocultar tras la sobreexigencia respecto a los logros, lo que trae fama y aprobación, pero no comodidad. En la mayoría de estos adolescentes, se ve amenazado su desarrollo y felicidad, en ellos se puede encontrar depresión, abuso de sustancias, promiscuidad, suicidio. Los individuos defensivos suicidas parecen tenerlo todo, y rara vez existen señales de que el adolescente se siente desesperado, a diferencia de los seguros/equilibrados o coercitivos. En los jóvenes coercitivos existe la posibilidad de que los desórdenes de conducta se conviertan en delincuencia y criminalidad, y se comprometan en actividades ilegales. Las mujeres especialmente suelen usar síntomas psicósomáticos para forzar a otros a ofrecer atención protectora, si esto no las satisface, usan amenazas o intentos de suicidio para expresar desamparo y exigir atención. Tanto para adolescentes hombres y mujeres, pueden tener una obsesión por mantener relaciones con parejas castigadoras que las amenazan cuando la pareja obsesiva tiene a usar un patrón sumiso (Crittenden, 1997)

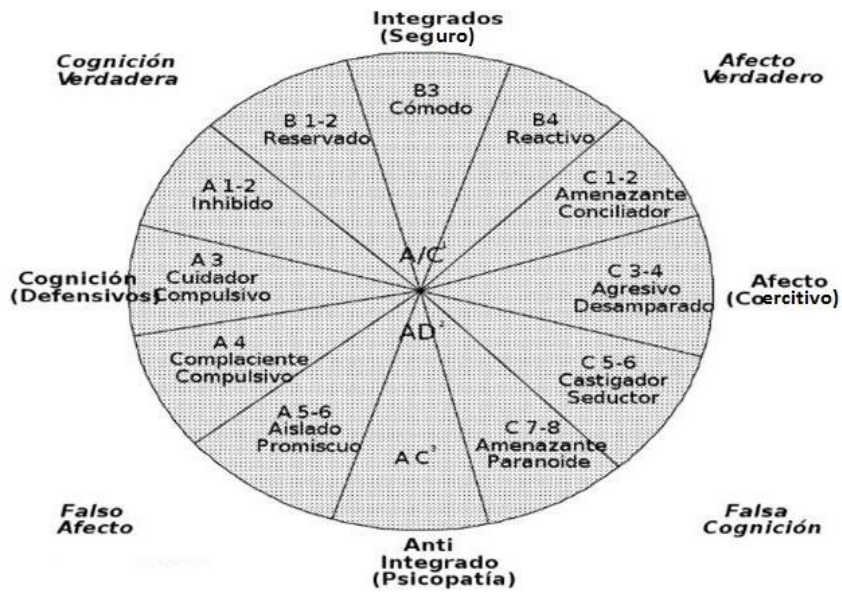


Figura 2

Partes de apego en adolescentes y adultos (Crittenden, 1997).

3.2 Adolescencia

3.2.1 Definición. La adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo del ser humano, este criterio varía según el planteamiento y visión de cada autor que aborde el tema. Para Erik Erikson esta etapa comienza a los 12 y finaliza a los 18 años (Erikson, 2000); en cambio la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1965 considera a la adolescencia como el período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años (SENDA, 2010).

Desde un punto de vista práctico y en coincidencia con el Programa del Adolescente del Ministerio de Salud de Chile (SENDA, 2010), considera la adolescencia como la etapa que va en el rango entre los 10 y 19 años de edad (SENDA, 2010).

La adolescencia es un período donde se pasa de la infancia a la adultez, para ello se producen una serie de cambios biológicos, físicos y sociales, lo que repercutirán necesariamente en el desarrollo psicológico del adolescente, quien experimentará preocupaciones o dudas que ya no serán de un niño, pero tampoco de un adulto propiamente tal.

Es necesario hacer la diferencia, entre lo que se entenderá por pubertad y por adolescencia. Se definirá pubertad al conjunto de cambios físicos que a lo largo de la segunda década de la vida transforman el cuerpo infantil en cuerpo adulto con capacidad para la reproducción. Se llamará adolescencia a un período psicosociológico que se prolonga varios años más y que se caracteriza por la transición de la infancia a la adultez (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

3.2.2 Desarrollo Psicosocial. Según Erikson, la adolescencia es un período fundamental en el desarrollo del yo, ya que los cambios físicos, psíquicos y sociales van a llevar al chico y a la chica a una crisis de identidad cuya resolución contribuirá a la consolidación de la personalidad adulta (Palacios, Marchesi & Coll, 1999). Con respecto a la búsqueda de identidad, el adolescente persigue formar una identidad coherente con su historia personal, familiar y sociocultural. En el otro extremo, se encuentra la confusión de identidad, que se podría explicar también como la acumulación de la no superación de las etapas anteriores. En éste último caso, podrían aparecer la rebeldía y la inseguridad.

En cuanto a la tarea que debe alcanzar el adolescente al encontrar su identidad, Erikson propone la fidelidad, entendida como la virtud o la fuerza del “yo” desarrollado en estos tiempos; el adolescente está listo para aprender a ser fiel a un punto de vista ideológico. La fidelidad consiste en la capacidad para sostener honestidades con autonomía (Erikson, 2000)

3.2.3 Desarrollo Cognitivo. Los adolescentes alcanzan un nuevo y más complejo nivel de pensamiento que va a permitirles concebir los fenómenos de manera distinta a como lo habían hecho hasta entonces. Este pensamiento, caracterizado por una mayor autonomía y rigor en su razonamiento, se ha denominado, en la tradición piagetiana pensamiento formal, y representa el estadio del mismo nombre, el estadio de las operaciones formales. (Palacios, Marchesi & Coll, 1999). Esta nueva herramienta cognitiva les permite a los adolescentes resolver problemas no sólo con la información que tiene, sino que además es capaz de pensar en las posibles relaciones causales de dicha información.

Aunque antes de la adolescencia niños y niñas son capaces de un cierto pensamiento abstracto, es en la adolescencia cuando esas abstracciones cobran la forma de hipótesis, pues se utiliza ahora una estrategia que consiste en formular todo un conjunto de explicaciones posibles para, posteriormente, someterlas a prueba a través de la confirmación empírica (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

3.2.4 Desarrollo Moral. Según la teoría de Kohlberg del desarrollo moral, el adolescente se encontraría en el nivel convencional. Ahora los adolescentes van a elaborar sus juicios morales basándose en las expectativas del grupo social, y las razones para seguir las reglas sociales son conseguir la aprobación de los demás y una opinión favorable hacia su comportamiento como miembro de un colectivo (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

El adolescente comienza a desprenderse del egocentrismo propio de la niñez, para situarse como miembro de una sociedad en la cual se van a juzgar los comportamientos según la cultura en dónde se desenvuelva.

Lo anteriormente expuesto tiene estrecha relación con el desarrollo cognitivo del adolescente, ya que al contar con el pensamiento formal, les va a permitir tener una mayor

preocupación por el concepto de justicia, así como también de su propio comportamiento y el de los demás.

3.2.5 Relación con Pares y Familia. Con respecto a la relación del adolescente y su familia, será común que existan ciertos conflictos entre padres e hijos iniciada la pubertad, los que tienen que ver con las ansias de la adquisición de mayor autonomía por parte de estos últimos. Esto se dará gracias al desarrollo cognitivo y moral que ha adquirido, lo que dará lugar a nuevos cuestionamientos acerca de su estructura y normas familiares, además de tener mayor razonamiento y capacidad de argumentar sus ideas (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

En cuanto a las relaciones con los iguales, se va dar lugar a relaciones significativas, a través de grupos y modelos de roles. Esta etapa representa un período de prueba importante, ya que las personas buscan o quieren determinar lo que es único y especial, respecto de sí mismas. Para ello intentan descubrir quiénes son, cuáles son sus habilidades y qué tipo de labores podrían desarrollar el resto de su vida, es decir, su identidad (Hikal, 2009).

Por último cabe mencionar que el adolescente se encuentra realizando la transición de un sistema de apego en gran parte centrado en la familia, a un sistema de apego centrado en el grupo de iguales, a un sistema de apego centrado en una sola persona del otro sexo (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

3.3 Consumo de sustancias

En 1969 la OMS definió droga como “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones”. En 1982 la OMS intentó delimitar cuales serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada. Actualmente se utiliza la palabra droga para definir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Lorenzo, 2009):

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicotrópico o psicoactivo)
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su auto administración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva)
3. El cese en su consumo puede dar lugar a gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica)
4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos

Entre las drogas lícitas se consideran las de uso social (alcohol, tabaco y té) y las de uso médico y/o industrial. El alcohol y el tabaco son las que preocupan principalmente a los estudios epidemiológicos dado su alto nivel de toxicidad y daños que ocasionan a la salud; causan las situaciones de mayor riesgo social por su asociación a estadios de iniciación al consumo de drogas ilegales (García, 2001). Las drogas ilícitas en Chile (marihuana, éxtasis, cocaína, pasta base, etc), están penalizadas según ley N° 20.000.

El uso repetido de las drogas genera tolerancia y dependencia. La tolerancia, se refiere a la necesidad de ingerir dosis cada vez mayores para experimentar los efectos iniciales de la droga y la dependencia implica que el individuo necesita imperiosamente continuar el consumo de la droga. Si no la adquiere, manifiesta una serie de síntomas que indican su dependencia física y psicológica “síndrome de abstinencia” (García, 2001).

3.3.1 Tipos de consumo

De acuerdo a Ministerio de Salud (MINSAL) y la Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años, se definen los siguientes tipos de consumo (MINSAL, 2007):

- a) Consumo en riesgo o riesgoso: Se trata de un patrón de consumo de sustancias tal, que si persiste en el tiempo, hay alta probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud (trastorno por consumo nocivo o perjudicial, enfermedades físicas) y/o de otro tipo de consecuencias negativas (consumo problema). Es una condición previa al consumo problema.

- b) Consumo problema o problemático: Es aquel tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, armonía familiar, rendimiento (laboral o escolar), seguridad personal y funcionamiento social.
- c) Dependencia: Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, que demuestran que el consumo de una o más sustancias, adquiere, para la persona afectada, una prioridad desproporcionada con relación a otras conductas que antes tenían alto valor. La manifestación característica de la dependencia es el deseo imperioso (compulsión, “craving”) de ingerir la sustancia. Además, si la persona vuelve a consumir la sustancia luego de un período de abstinencia, reaparecen rápidamente los diversos síntomas o manifestaciones de la dependencia.

La droga es una de las principales amenazas en todos los ámbitos de la vida en sociedad: individuo, familia y salud mental; violencia, delincuencia y seguridad personal; trabajo, producción y seguridad laboral; economía, narcotráfico y seguridad nacional.

En América Latina, un estudio comparativo con seis países de la región (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay) muestra a Chile como el país con la mayor prevalencia de consumo de marihuana y alcohol, y el segundo con mayor prevalencia de consumo de cocaína de la región (SENDA, 2011).

En Chile el principal grupo consumidor problemático de drogas es el de 19 y 25 años, luego el de 26 a 36 años y en tercer lugar de los 12 a los 18 años. Entre estos grupos el más vulnerable es la población infanto-adolescente, por su etapa evolutiva y a la relevancia de intervenir precozmente esta población, como un factor que influye positivamente en el pronóstico y evolución de la persona (SENDA, 2010).

Según información del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), entre las causas del consumo de drogas se cuenta el mal uso del tiempo libre, la baja autoestima y la falta de información. Por otra parte, la edad promedio del primer consumo son los 14 años.

La adolescencia es la etapa donde más frecuentemente se produce el inicio del uso, abuso y la dependencia de sustancias. El consumo perjudicial pueden afectar el logro de una serie de tareas propias de esta etapa del desarrollo, las que de no cumplirse pueden significar una merma en el desempeño psicosocial posterior de la persona. En Chile el consumo de sustancias es un tema que merece preocupación. El alcohol es la droga de mayor consumo entre los adolescentes, le sigue en orden descendente el consumo de marihuana, sustancias inhalables y cocaína, algo menor el consumo de pasta base (MINSAL, 2007)

Cuando los adolescentes inician el consumo a veces no pasan por el abuso, los jóvenes escalan una rápida progresión a la dependencia, estudios que investigan el abuso y la dependencia en población adolescentes, evidencian que: primero, el síndrome de abstinencia a alcohol es raro en este grupo etario; segundo, la tolerancia tiene baja especificidad para el diagnóstico de la dependencia; tercero, los problemas de salud físicos asociados al uso de sustancias no son tan frecuentes como en los adultos dependientes a alcohol y cuarto, el abandono de las actividades habituales para utilizar alcohol puede no estar presentes en adolescentes dependientes. Este perfil de la dependencia en adolescentes podría llevar a una baja consideración de la gravedad del problema, ya sea por parte de los adolescentes como también por su familia y el sistema de salud (MINSAL, 2007).

De acuerdo al Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar (8° básico a 4° año medio) del 2011, llevado a cabo por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), los resultados mostraron una estabilización en el consumo de Alcohol con un porcentaje de 34,7% en comparación al octavo estudio del año 2009, con un porcentaje de 35,5%, la diferencia entre ambos no es estadísticamente significativa. Las declaraciones del consumo de marihuana de último año son significativamente mayores que en estudios previos, el registro del consumo de marihuana fue de un 19,5% para el año 2011 en comparación al 15,1% del año 2009. Tomando siempre como referencia la prevalencia del último año, este estudio no registra una variación significativa en el consumo de cocaína, el reporte de consumo para el año 2011 es de 3,2%, equivalente a 0,2 puntos porcentuales menos que el 2009. El consumo de pasta base en la población adolescente siempre ha estado por debajo de los reportes de cocaína, en el noveno estudio se observa una disminución significativa del consumo de esta

sustancia, pasando de un 2,6% a un 2,2% en el noveno estudio. Por primera vez en la serie de estudios se incorporó el consumo de inhalantes, este estudio busca indagar y pesquisar de una manera más precisa y confiable la realidad del consumo de estas sustancias en el país. A nivel nacional, la prevalencia año de consumo de sustancias inhalables fue de un 4%, siendo el valor más alto registrado en toda la serie de estudios. La variación en relación al 2009 (3%) es estadísticamente significativa (SENDA, 2011)

Tabla 1

Cuadro resumen de la evolución de la prevalencia octavo y noveno estudio de consumo de sustancias. Chile 2009 – 2011

Serie	Alcohol	Marihuana	Cocaína	Pasta Base	Inhalantes
2009	35,5 %	15,1%	3,4%	2,6%	3%
2011	34,7%	19,5%	3,2%	2,2%	4%

3.3.2 Programas de prevención de consumo de drogas.

Los programas e iniciativas de SENDA, previenen el consumo de droga en las escuelas, el trabajo y la comunidad. Las estrategias utilizadas para prevenir este consumo y el abuso de alcohol en la población, se basan en la integración de la persona en un contexto en el cual establece relaciones y vínculos significativos.

Los programas de prevención de nuestro país en el área infanto juvenil que se están llevando a cabo en la actualidad en Chile son (SENDA, 2010):

- a) A Tiempo: busca ser una estrategia eficaz de detección precoz e intervención temprana del consumo de drogas y alcohol en estudiantes de 7° y 8° básico y de 1° y 2° medio. Mediante la implementación de estrategias integrales de trabajo, el programa busca aumentar los factores protectores y disminuir los de riesgo estudiantes de establecimientos educacionales focalizados con el fin de prevenir el consumo de drogas y alcohol.

- b) Taller de Habilidades Preventivas Parentales: orientada a trabajadores y trabajadoras, en tanto padres, madres y adultos significativos, para fortalecer los factores protectores del consumo de drogas y alcohol. Las habilidades parentales corresponden a la comunicación asertiva, la resolución de conflictos y el establecimiento de normas y límites al interior de la familia, lo que según distintos estudios, muestran una significativa eficacia en la reducción de conductas de riesgo en los hijos.
- c) Estrategia de pares Educadores: Iniciativa dirigida a estudiantes de enseñanza básica y media, y que busca transformarlos en agentes preventivos para niños y jóvenes de edades o características similares. La Estrategia de Pares consiste en la participación de educadores de la misma edad o con características similares para construir mensajes educativos en conjunto con un grupo destinatario, en este caso, de menor edad. La labor de los pares educadores es respaldar conductas y principios acordes a estilos de vida saludables dentro de su propio establecimiento educacional (comunidad de semejantes) y que disminuyen aquellas que resultan de riesgo para sus estudiantes.
- d) Certificación de Establecimientos Educativos Preventivos: busca facilitar la instalación y el reforzamiento de una “cultura preventiva” al interior de las comunidades educativas, reconociendo la existencia de estrategias, la acumulación de experiencias y las capacidades instaladas dentro de los establecimientos educacionales que sirven como factores protectores ante el consumo de drogas y alcohol en niños, niñas y adolescentes, y permiten la promoción y desarrollo de estilos de vida saludables y formas de convivencia escolar armónica y colaborativa. El Plan de Prevención es un documento elaborado por el establecimiento a partir de las debilidades establecidas en la aplicación del autodiagnóstico.
- e) Chile Previene en la Escuela: es un trabajo conjunto entre el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Ministerio de Educación, siendo SENDA la institución responsable de coordinar su diseño e implementación. El propósito del Sistema Integrado de Prevención Chile Previene en la Escuela es disminuir las conductas de riesgo a través de dos estrategias principales: La primera, articular las ofertas de

programas de promoción y prevención, y la segunda, promover la generación de programas preventivos en donde se encuentren vacíos o deficiencias.

- f) Trabajar con Calidad de Vida: es una metodología de prevención del consumo de drogas y alcohol en espacios laborales, impulsada por SENDA que contribuye a mejorar la calidad de vida laboral y desarrollar una cultura preventiva. El programa cuenta con siete etapas y se implementa en instituciones públicas y empresas privadas medianas y grandes, a través de una metodología participativa, auto-aplicada y dirigida por un equipo que representa a todos los estamentos de la organización.
- g) Textos preventivos para todo el ciclo escolar: es un programa que cubre todo el ciclo de escolaridad, están dirigidos a disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores, de acuerdo a cada una de las etapas del desarrollo de los escolares. Los programas incluyen capacitaciones a directivos, docentes y centros de alumnos. Además, consideran estrategias para integrar a las familias en la prevención. Un programa para cada nivel escolar: “En busca del tesoro” (educación parvularia), “Actitud” (de 1° a 4° año de enseñanza media), “Actitud en mapudungun”.

3.3.3. Programas de Tratamientos para población infantojuvenil.

El Gobierno de Chile ofrece en forma gratuita alternativas de tratamiento a personas con problemas de drogas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Cada programa de tratamiento puede tener una duración variable y existen distintas modalidades de atención, que incluyen diversas estrategias terapéuticas, educativas y sociales.

Los programas de tratamiento de nuestro país en la población infantojuvenil que se están llevando a cabo en la actualidad en Chile son (SENDA, n. d.)

Adolescentes Infractores de Ley: Programa de tratamiento para adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas que han cometido infracción de ley.

La Ley de Responsabilidad Penal Juvenil, vigente desde junio del 2007, establece la sanción accesoria de tratamiento de drogas y la posibilidad de que los jóvenes con medidas o sanciones, en medio libre o privativo de libertad, puedan acceder voluntariamente a tratamiento. De manera de generar las condiciones necesarias

para disponer de esta oferta, SENDA y MINSAL diseñaron este programa, considerando las características particulares de estos adolescentes y sus necesidades terapéuticas. Para implementar el programa se establece un convenio entre SENDA, MINSAL y SENAME, a través del cual se ofrecen diversos planes de tratamiento y rehabilitación, que consisten en un conjunto de prestaciones de distinta intensidad y frecuencia terapéutica, según las características, necesidades y complejidad de los jóvenes a tratar.

Los planes de tratamiento y rehabilitación incluidos en el programa son:

- En medio libre; Plan ambulatorio intensivo, Plan residencial, Plan de corta estadía.
- En medio privativo de libertad; Plan intensivo, Plan de corta estadía.

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Justificación Metodológica

Considerando que el apego seguro es una gran herramienta de prevención de patologías futuras en la vida de las personas, es importante seguir investigando y generando nuevos conocimientos. Más aún si se aborda una etapa del desarrollo, como lo es la adolescencia, ya que se encontraría socialmente más vulnerable a la exploración de nuevas experiencias, considerando que se hallan en un proceso de búsqueda de su propia identidad (Palacios, Marchesi & Coll, 1999). Se suma a lo anterior, que el nivel de dependencia hacia sus padres disminuye, por ende hay mayor autonomía respecto a la elección de actividades, así como también con quiénes se realiza; es por eso que en caso de contextos desfavorables su vulnerabilidad es mayor a incidir directamente y realizar conductas de riesgo.

En la investigación se escoge una muestra de adolescentes con el fin de comparar las representaciones de apego que poseen los jóvenes que consumen sustancias, versus adolescentes que no consumen sustancias. Se determinaron criterios de inclusión, para mantener las variables controladas, y también se escogieron los instrumentos relevantes al proyecto validados en Chile.

La presente investigación se enmarca en el contexto de visitas en duplas a los centros de tratamiento ambulatorio de alcohol y drogas de la V región y los tres liceos de la V región, de la localidad de Quillota, Viña del Mar y San Felipe. En dichas instancias se realizará la aplicación de diferentes cuestionarios: datos personales para clasificar y tabular la información de liceos y CTA; AAQ (validado en Chile y en proceso de publicación) en ambas instituciones, ya que su uso es específico en adolescentes y describe tres escalas relevantes en las representaciones del apego; Cuestionario Breve para la Detección del Consumo Problemático y el cuestionario de autoevaluación OQ-45.2 a tres liceos de la V región.

Actualmente en Chile los estudios son un terreno fértil, considerando la creciente importancia que toma la teoría del apego en la práctica como prevención en el ámbito de la salud mental. En este sentido el estudio es novedoso a nivel regional, ya que toma en cuenta las representaciones del apego y el consumo de sustancias en adolescentes.

OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

- Comparar las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias de la V región.

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las representaciones de apego de adolescentes de la muestra estudiada.
- Identificar ausencia o presencia de Psicopatología en adolescentes de los liceos de la V región, mediante el cuestionario OQ-45.2
- Identificar ausencia o presencia de consumo de sustancias en adolescentes de los liceos de la V región, mediante la aplicación del “Cuestionario Breve para la Detección del Consumo Problemático” y el “Cuestionario de auto diagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT)”.
- Comparar las representaciones de apego de adolescentes de la V región con y sin consumo de sustancias.

HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis

- Existen diferencias en las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias.

6.2 Hipótesis Alternativa

- Existen otras variables que afectan las representaciones de apego de los adolescentes.

6.3 Hipótesis Nula

- No existe diferencia en las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias.

6.4 Pregunta de investigación

- ¿Existen diferencias en las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias de la V región?

DEFINICIÓN DE VARIABLES

7.1 Apego: En esta investigación se utiliza el concepto de Apego propuesto por John Bowlby, al cual se refiere como: la naturaleza del vínculo del niño con su madre, al que tradicionalmente nos referimos como dependencia, se ha descubierto que resulta útil considerarlo como el resultado de un conjunto de pautas de conducta características, en parte pre programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen el efecto de mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna (Bowlby, 2009). Estas conductas de apego no se limitan solamente a los niños, ya que a lo largo de la vida pueden ser activadas en adolescentes y adultos cada vez que se encuentren ante situaciones que les provoquen ansiedad, y por ende la necesidad de ser cuidado y protegido.

Disponibilidad: Evalúa la confianza del adolescente en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego.

Adecuación a metas: Evalúa la capacidad de consideración y empatía del adolescente con las necesidades y sentimientos de su figura de apego.

Señales de enojo y angustia: Evalúa el monto de enojo y angustia en la relación padres-adolescente.

7.2 Consumo de sustancias

De acuerdo a las definiciones obtenidas del DSM IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales):

- **Abuso de sustancias:** consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias. El problema relacionado con la sustancia debe haberse producido repetidamente durante un período continuado de 12 meses, o bien debe ser persistente. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

- Dependencia a sustancias: síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Tolerancia: es la adaptación progresiva del organismo, de forma que para sentir los mismos efectos, se necesita aumentar la cantidad de sustancia que consume

Abstinencia: presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento con concomitantes fisiológicos y cognitivos, debido al cese o reducción del uso prolongado de grandes cantidades de la sustancia.

Los estudios indican que hombres y mujeres comienzan a usar drogas alrededor de los 12 y 13 años de edad. Es en esta etapa, de adolescencia inicial, donde se enfrentan nuevos desafíos, que pueden ser vividos con altos montos de angustia, los cuales pueden llevar a un sinnúmero de conductas de riesgo, entre ellas el uso y abuso de tabaco, alcohol y marihuana, que son las drogas más frecuentes. El consumo de sustancias en los jóvenes, se ha relacionado con factores intraindividuales (fase evolutiva, personalidad, habilidades sociales), factores socioeconómicos (marginidad y pobreza). También se ha señalado la familia como factor desencadenante de problemas comunicacionales con los jóvenes, facilitando el consumo de drogas (SENDA, 2010).

El perfil de los consumidores adolescentes tendría las siguientes características: sujetos que se inician en el consumo de drogas a edades tempranas, más o menos estables en lo personal; que realizan alguna actividad normal (estudio o laboral); que conviven y dependen de la familia; que realizan un uso social de sustancias con un consumo ligado a los contextos de tiempo libre (como lo son los fines de semana), para luego retomar a las actividades rutinarias; la mayor parte de las veces con policonsumo (alcohol, cannabis y estimulantes); con poca percepción de riesgo sobre los efectos de las sustancias; percepción del uso de drogas como algo masivo y muy extendido en su generación (SENDA, 2010).

METODOLOGIA.

8.1 Tipo de estudio

El estudio a realizar corresponde a una investigación no experimental, pues no se realiza manipulación de variables; transeccional, porque medirá las variables en un momento determinado; y correlacional, ya que pretende identificar si existe relación entre las representaciones de apego de adolescentes, en la presencia o ausencia de consumo de sustancias en adolescentes.

La presente investigación consta de cinco etapas. La primera fue la realización del proyecto de investigación, el cual se lleva a cabo por la recopilación y revisión de información y bibliografía. En la segunda etapa se realizan y entregan los consentimientos informados para conseguir la aprobación de los participantes del proyecto. El siguiente paso fue la aplicación de los cuestionarios en las distintas localidades de la V región, específicamente en tres liceos y tres CTA, correspondientes a San Felipe, Quillota y Viña del Mar. En la cuarta etapa, se ingresó la información recolectada a una base de datos en donde se analizaron y compararon los resultados de los diferentes instrumentos. Por último se redactó el informe en el cual se realizó el análisis de resultados, discusión y conclusión.

8.2 Muestra y Unidad de análisis

8.2.1 Muestra

Para calcular el tamaño muestral se utilizó el Software estadístico G Power 3.1.7. Se calculó un tamaño muestral de 55 sujetos por grupo considerando un tamaño del efecto de 0.7, una potencia estadística de 95% y un nivel de significancia del 0.05.

8.2.2 Unidad de análisis: 148 adolescentes entre 13 y 20 años de edad de la V región, correspondiente a las ciudades de Quillota, San Felipe y Viña del mar. De los cuales 41 presentan consumo problemático y 107 sin consumo de sustancias.

Muestra:

- 23 adolescentes que se encuentran en centros de tratamiento ambulatorio de alcohol y drogas (CTA) de la V región (San Felipe, Viña del Mar, y Quillota)
- 18 adolescentes que presentan consumo de sustancias en tres liceos de la V región.
- 107 adolescentes que no presentan consumo de sustancias en tres liceos de la V región.

La muestra es probabilística, aleatoria y estratificada, extraída desde la población de los tres Centros de Tratamiento Ambulatorio (CTA) existentes de la V región y tres liceos de la V región, pertenecientes a las ciudades de Quillota, San Felipe y Viña del Mar.

8.3 Instrumentos

8.3.1 Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ)

El AAQ es un cuestionario de autorreporte que se responde a través de una escala Likert con valores que van desde completamente de acuerdo, a completamente en desacuerdo. Consta de 9 ítems, distribuidos en las siguientes 3 escalas de forma equitativa:

- 1) Disponibilidad: evalúa la confianza del adolescente en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego.
- 2) Adecuación a metas: evalúa la capacidad de consideración y empatía del adolescente con las necesidades y sentimientos de su figura de apego.
- 3) Señales de enojo y angustia: evalúa el monto de enojo y angustia en la relación padres-adolescente.

Las características psicométricas del AAQ en español son similares a su versión original, con valores de consistencia interna inferiores y una estructura factorial idéntica. Además se mantienen los atributos del instrumento en cuanto a su rápida y fácil aplicación.

En la estandarización del instrumento se seleccionaron 199 adolescentes (101 hombres y 98 mujeres) entre 11 y 19 años de edad, los cuales se estratificaron según adolescencia temprana, media y tardía, pertenecientes a un colegio subvencionado, a un colegio particular y alumnos de primer año de Psicología de una Universidad de la V región. Se aplicó la versión en español del AAQ para la evaluación de las características psicométricas

del instrumento. El procedimiento para la elaboración de esta versión consistió en su traducción y posterior validación semántica y de contenido.

El instrumento muestra adecuada consistencia interna con valores de alfa de Cronbach de 0.54, 0.64 y 0.72 y replica la estructura factorial del cuestionario original.

Es importante señalar que la validación del AAQ a nuestro país resulta pionera ya que, a la fecha, no existen cuestionarios con estas características disponibles para la investigación del apego en la adolescencia en Chile. Actualmente este instrumento se encuentra en proceso de publicación por Javier Morán, Felipe Lecannelier y Jorge Rodríguez.

Cabe señalar que las escalas medidas por este instrumento, son relevantes y coherentes según la etapa del desarrollo de la adolescencia, ya que en primer lugar para un joven es vital tener el apoyo, ya sea de un adulto significativo o su familia. En segundo lugar como se ha mencionado anteriormente el adolescente en la búsqueda de su identidad y mayor independencia o autonomía suele tener discrepancias con sus familiares, y el llegar a un acuerdo es fundamental para mantener buenas relaciones. Y por último, en tercer lugar se evalúa el nivel de enojo o angustia que presenta el adolescente hacia su figura de apego, lo que habla de su capacidad de regulación emocional, lo que se logra con el apoyo del cuidador en la infancia. Lo anteriormente mencionado nos permite reconocer cuales son las representaciones de apego que poseen los adolescentes.

8.3.2 Cuestionario de Autoevaluación (OQ-45.2)

Validado y adaptado para Chile en el año 2001 por De la Parra, Von Bergen y Del Río; creado por Lambert y colaboradores en 1996 (Garrido & cols. 2009).

Es un instrumento de autoadministración, no obstante en la primera aplicación se hace recomendable enfatizar verbalmente las instrucciones impresas en la hoja de respuestas. Este instrumento busca medir estado, no rasgo, por lo que se debe resaltar que deben contestar en función de cómo se han sentido la última semana. Se encuentra dividido en tres áreas de evaluación: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Es una escala sumativa de 45 ítems tipo Likert, de nivel ordinal.

La muestra consta de un grupo de personas entre 15 y 60 años de edad de la región Metropolitana de Chile, con un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo. Se administró en dos centros de formación técnica, en horario vespertino: Instituto Profesional Santiago Centro (IPSC) y Duoc ubicado en Santiago Centro. Para delimitar la muestra control dentro de esta población se aplicó una encuesta sobre el nivel de discomfort al inicio, donde los sujetos sin necesidad de psicoterapia fueron elegidos para constituir dicha muestra.

El instrumento demostró ser confiable y válido en su sensibilidad a la psicopatología. También es válido en su sensibilidad al cambio, probando su capacidad de detectar cambios entre el inicio y término de un proceso terapéutico, como también a lo largo de éste.

Los coeficientes obtenidos son significativos, sobre el 99% de confianza (De la Parra, Von Bergen, 2006). Los índices de confiabilidad por métodos de Cronbach fluctúan entre 0,65 y 0,88 para las sub-escalas y 0,91 para la escala total (Garrido & cols. 2009).

8.3.3 Cuestionario Breve para la Detección del Consumo Problemático

De acuerdo al estudio Orientaciones Generales para la detección precoz del consumo de drogas, realizado por el ministerio del interior y seguridad pública de Chile, publicado en junio del año 2011. El cuestionario facilitará que las personas conozcan y reflexionen acerca de determinadas situaciones que alertan sobre riesgos y consecuencias objetivas derivadas del consumo de sustancias y se estimule a solicitar mayor información o ayuda.

El cuestionario consta de 8 preguntas las cuales se basan en los criterios expuestos en el DSM-IV, las preguntas 1,2 y 5 corresponden a los criterios de abuso y las preguntas 4, 6,7 y 8 al criterio de dependencia. El cuestionario arroja como resultado abuso cuando al menos se responde una de las preguntas señaladas.

8.3.4 Cuestionario de auto diagnostico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT)

De acuerdo al artículo de la revista médica de Validez y confiabilidad de la versión chilena *del Alcohol Use Disorders Identification Test* (Cuestionario de auto diagnostico sobre riesgos en el uso de alcohol) (AUDIT), estudio que fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en el año 2009. AUDIT consta de 10

preguntas, las 8 primeras hacen referencia a los últimos 12 meses y las 2 últimas a toda la vida. Está dividido en tres subescalas, que consideran por separado el consumo de alcohol (ítems 1 al 3), los síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y las consecuencias negativas del consumo (ítems 7 al 10). Las preguntas 1 a la 8 puntúan de 0 a 4 y las preguntas 9 y 10 puntúan 0, 2 ó 4. El puntaje máximo es de 40 puntos.

Como una forma de estandarizar la cantidad de alcohol por cada trago, se tomó como referencia el contenido promedio de una lata de cerveza en Chile y así un trago típico fue definido como aquel que contiene 13 grados de alcohol.

La Población de estudio correspondió a una muestra de 88 sujetos basado en el número de ítems del instrumento, un alpha de Cronbach de 0,7, un nivel de confianza de 95% y poder de 90%. El muestreo se efectuó por conveniencia e incluyó finalmente 93 personas consultantes de un centro de atención primaria tanto por morbilidad general como por problemas derivados del consumo de alcohol. Se consideró como criterio de inclusión una edad mínima de 15 años y como criterios de exclusión, personas agudamente intoxicadas o con grave síndrome de abstinencia, retardo mental moderado a severo y psicosis.

Se encontró una alta consistencia interna del test AUDIT (alpha de Cronbach 0,93) y para sus tres subescalas: consumo de alcohol (alpha de Cronbach 0,86), síntomas de dependencia (alpha de Cronbach 0,85) y consecuencias negativas del consumo (alpha de Cronbach 0,77). El re-test fue aplicado a 99% de la muestra entre 1 y 2 semanas después de la primera aplicación, obteniéndose un puntaje promedio levemente inferior ($6,4 \pm 9,2$, respectivamente). El coeficiente de correlación intraclassa obtenido entre ambas aplicaciones fue de 0,97 (IC 95% 0,96; 0,98), lo que fue clasificado como muy bueno. El área bajo la curva ROC fue de 0,93 (IC 95% 0,88; 0,98) para consumo riesgoso, de 0,88 (IC 95% 0,80; 0,96) para consumo perjudicial y de 0,91 (IC 95% 0,84; 0,97) para dependencia. Se estableció que la mejor relación entre sensibilidad y especificidad para consumo riesgoso fue de 6, mientras que para consumo perjudicial y dependencia fue de 9.

8.4 Método de análisis de resultados

El análisis de los resultados será mediante SPSS versión 20. Se realizará un análisis descriptivo para cada una de las variables y según nivel de medición, se efectuará análisis de frecuencias y medidas de tendencia central.

Se utilizará la prueba χ^2 (ji cuadrado), la cual requiere de variables nominales independientes y que todas las frecuencias esperadas en la tabla de contingencia sean mayores o iguales a 5 en cada casilla. Luego se realizará análisis correlacional entre las representaciones de apego y presencia/ausencia de consumo de alcohol y drogas en los adolescentes con Prueba T.

8.5 Procedimiento

1. En primera instancia se realizó un acercamiento con los CTA de la V región para contactar adolescentes que tuvieran consumo de sustancias y con tres liceos de la V región, de las ciudades de Quillota, San Felipe y Viña del Mar. Se explicó a los encargados de los CTA y liceos los objetivos y procedimientos de la investigación.
2. Se obtuvo la aprobación de las instituciones para poder aplicar los instrumentos.
3. Se entrega un consentimiento informado a los tutores y adolescentes, previo a comenzar con la recolección de datos.
4. En los tres CTA:
 - Consentimiento informado para los usuarios y tutor.
 - Aplicar cuestionario de datos personales
 - AAQ

En los Tres Liceos

- Consentimiento Informado
- Cuestionario Breve para la Detección del Consumo Problemático
- AUDIT

- OQ-45.2
 - AAQ
5. Elaboración de base de datos
 6. Análisis de resultados
 7. Discusión
 8. Conclusión

8.6 Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión

- a. Adolescentes que se encuentren en Centros de Tratamiento Ambulatorio de Alcohol y Drogas en la V región, que tienen convenio entre SENDA y Servicios de Salud.
- b. Adolescentes entre 13 y 20 años de edad, con y sin consumo de sustancias, que cursan 2° y 3° año de enseñanza media, de tres liceos de la V región.
- c. Que tanto adolescentes como su tutor o apoderado, hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: No hay criterios de exclusión.

RESULTADOS

A continuación se presenta una descripción general de la muestra con la que se trabajó en la presente investigación, con el objetivo de entregar una mirada global de la situación de los participantes. Contemplando en este punto datos sociodemográficos, edad, sexo, resultados del cuestionario breve para la detección del consumo problemático, cuestionario de autodiagnóstico sobre el riesgo en el uso del alcohol (AUDIT) y el cuestionario de apego adolescente (AAQ).

9.1 Distribución de la muestra participante

Tabla 2

Distribución de la muestra participante en las tres ciudades de la V región

	CTA	Liceos	Total
Quillota	9	34	43
San Felipe	7	25	32
Viña del Mar	7	66	73
Total	23	125	148

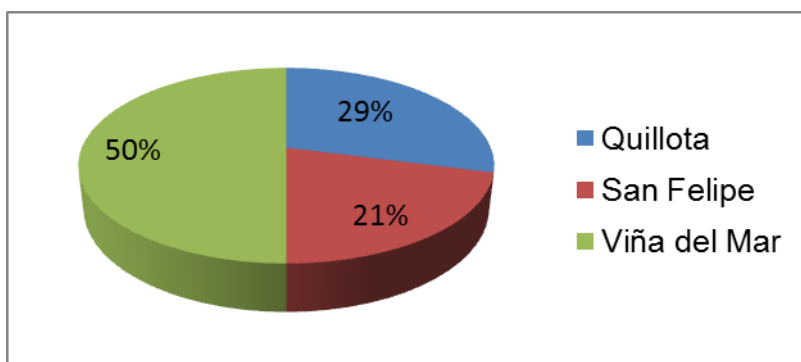


Figura 3

Distribución de la muestra participante en las tres ciudades de la V región

En la tabla 2 y figura 3 se representa la distribución de los participantes según las distintas ciudades de la V región, correspondiente 29% a Quillota, 21% a San Felipe y al 50% a Viña del Mar, de las cuales la muestra se extrajo de los tres Centros de Tratamiento Ambulatorio y tres liceos de cada ciudad. Cabe mencionar que el total de participantes del CTA es menor (23) respecto del total de los participantes de los liceos (125) puesto que los usuarios de los CTA no superan los 12 cupos por cada centro.

9.2 Sexo y edad de los participantes

Tabla 3

Distribución de la muestra estudiada según sexo.

	Femenino	Masculino
Quillota	28	15
San Felipe	13	18
Viña del Mar	4	70
Total	45	103

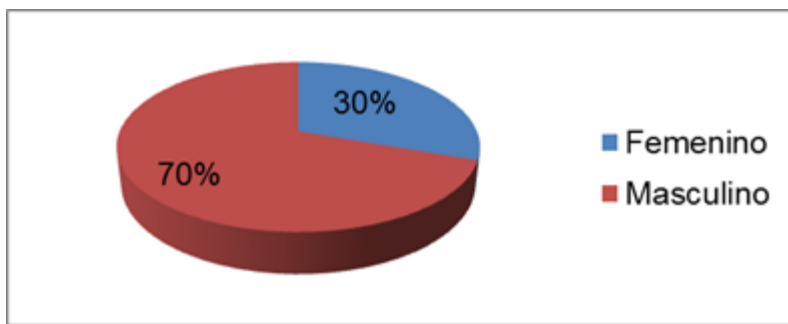


Figura 4

Distribución de la muestra estudiada según sexo

De acuerdo a la tabla 3 y figura 4 se puede observar que del total de la muestra participante el 30 % corresponde al sexo femenino y el 70 % corresponde al sexo masculino.

Tabla 4*Distribución de la muestra participante según edad*

Edad de los Participantes	Frecuencia	%
13	2	1,3
14	3	2
15	26	17,5
16	62	41,8
17	44	29,7
18	8	5,4
19	1	0,6
20	2	1,3
Total	148	100

Según lo observado en la tabla 4 el mayor porcentaje de los participantes corresponde al rango etario de 15 a 17 años, que concierne al 89% de la muestra participante.

9.3 Cuestionario Breve y AUDIT

Tabla 5*Resultados del Cuestionario breve para la detección del consumo problemático en los tres liceos de la V región*

	Cuestionario breve		
	Abuso	Problemático o Dependencia	Sin Consumo
Quillota	2	0	30
San Felipe	1	0	21
Viña del Mar	9	0	56
Total	12	0	107

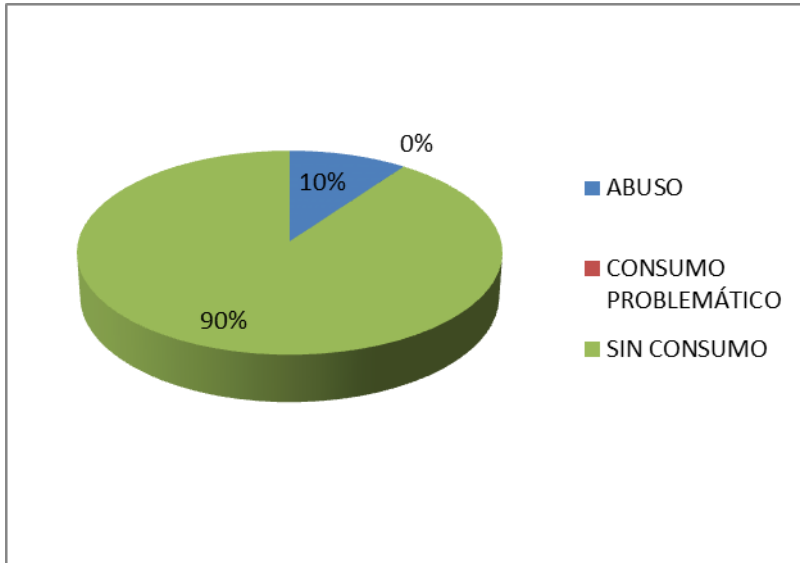


Figura 5

Resultados del cuestionario breve para la detección del consumo problemático en los liceos de la V región

De acuerdo a la figura 5 se puede observar que existe un 10% de abuso y no hay presencia de consumo problemático. El 90% de los participantes no presentan consumo.

Tabla 6

Resultados del cuestionario de autodiagnóstico sobre el riesgo en el uso del alcohol (AUDIT) en los tres liceos de la V región

AUDIT			
	Consumo Problemático	Consumo en Riesgo	Sin Consumo
Quillota	2	0	30
San Felipe	2	0	21
Viña del Mar	4	0	56
Total	8	0	107

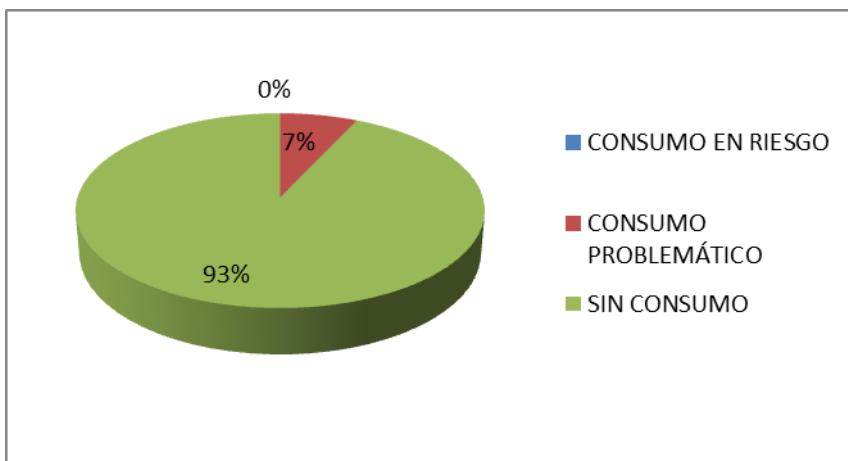


Figura 6

Resultados del cuestionario AUDIT en los liceos de la V región

De acuerdo a los resultados del AUDIT (figura 6), el 7% de la muestra de los liceos de la V Región presentan consumo problemático. El 93% de la muestra no presenta consumo de sustancias.

Para los efectos de la investigación, la clasificación de consumo en riesgo no tuvo porcentajes puesto que no es un fenómeno que se haya dado en los CTA y liceos de la V región. Por lo tanto se consideraron en el cuestionario AUDIT los resultados correspondientes a la clasificación de consumo problemático (7%) y abuso (5%) perteneciente en el cuestionario breve.

Tabla 7

Distribución de la muestra estudiada según presencia y ausencia de consumo de sustancias de las tres localidades de la V región.

	Con Consumo	Sin Consumo
Quillota	13	30
San Felipe	10	21
Viña del Mar	18	56
Total	41	107

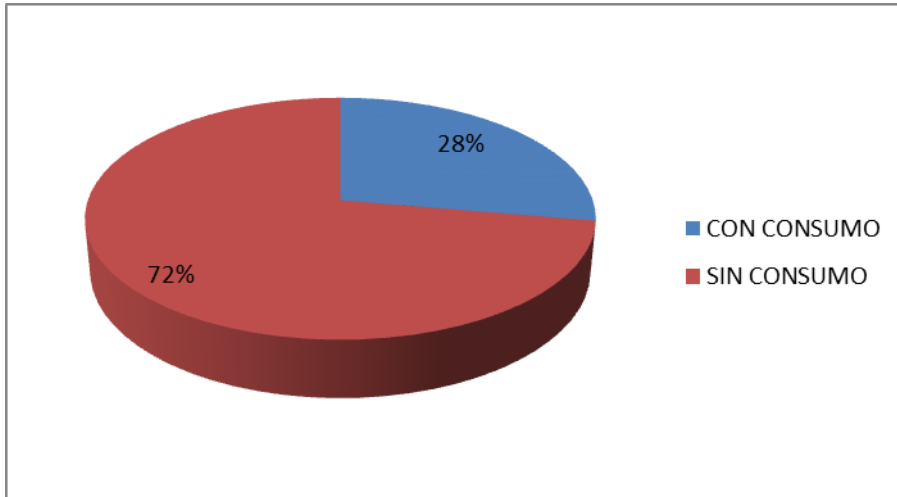


Figura 7

Distribución de la muestra estudiada según presencia y ausencia de consumo de sustancias en la V región

De acuerdo a lo observado en la figura 7, se puede señalar que el 72% de la muestra estudiada no presenta consumo problemático de sustancias, versus el 28% de la muestra, que si presenta consumo problemático de sustancias.

Tabla8

Distribución de la muestra participante con consumo problemático de sustancia por sexo.

	Femenino	Masculino
Con Consumo	9	32
Sin Consumo	36	71
Total	45	103

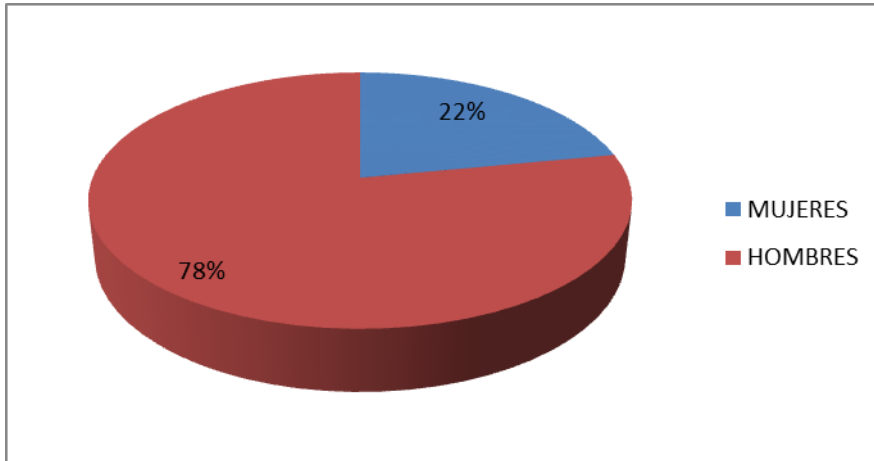


Figura 8

Distribución de participantes con consumo de sustancias según sexo de la V región.

Según los resultados de la muestra estudiada con consumo problemático de sustancias, el 22% corresponde a mujeres y el 78% a hombres.

Tabla 9

Distribución de la muestra participante con y sin consumo de sustancia por liceos y CTA de la V región.

	Con Consumo	Sin Consumo
Liceos	18	107
CTA	23	0
Total	41	107

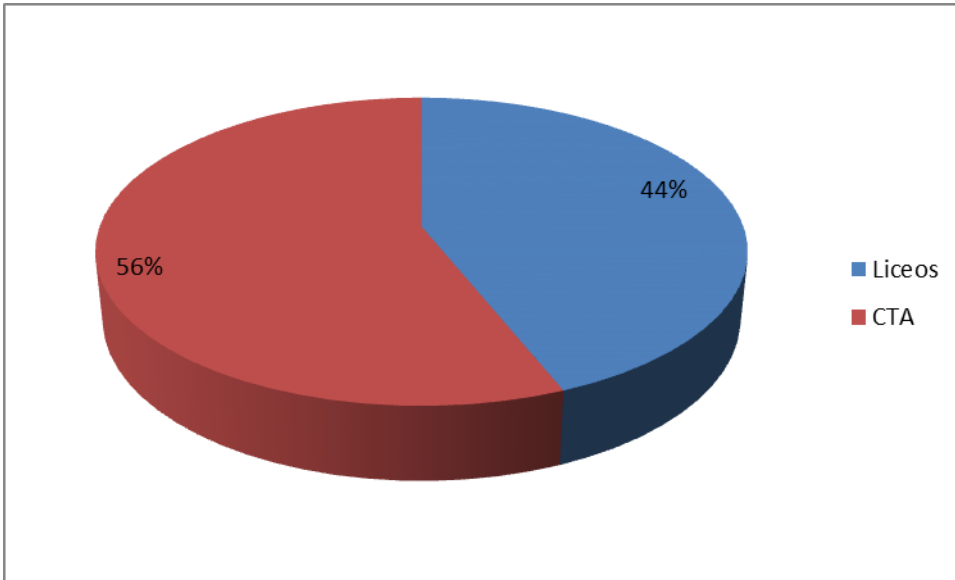


Figura 9

Distribución de participantes con consumo en los liceos y CTA de la V región

De acuerdo a la figura 9, el 56% de la muestra participantes con consumo problemático de sustancias, corresponde a los CTA de la V Región, versus el 44% de la muestra, correspondiente a los liceos de la V Región.

9.4 Cuestionario de apego en adolescentes (AAQ)

El cuestionario AAQ se compone de tres escalas: Disponibilidad, la cual evalúa la confianza del adolescente en la disponibilidad y sensibilidad de la figura de apego; adecuación a metas, que evalúa la capacidad de consideración y empatía del adolescente con las necesidades y sentimientos de su figura de apego; y señales de enojo y angustia las cuales evalúan el monto de enojo y angustia en la relación padres-adolescente.

Los posteriores análisis se realizaron mediante la manipulación de una de las escalas, una desviación estándar bajo la media, las cuales resultaron en la categorización de apego seguro o apego inseguro. Por lo tanto, si alguna de las tres escalas presenta un valor bajo el rango promedio, el adolescente presentaría apego inseguro. En cambio, si estas tres escalas presentan un valor dentro del rango promedio, se clasificaría en apego seguro.

Tabla 10

Distribución de la muestra estudiada según resultados del Cuestionario de Apego Adolescente con una escala bajo una Desviación Estándar.

	N	%
Apego Seguro	92	62,16%
Apego Inseguro	56	37,84%
Total	148	100%

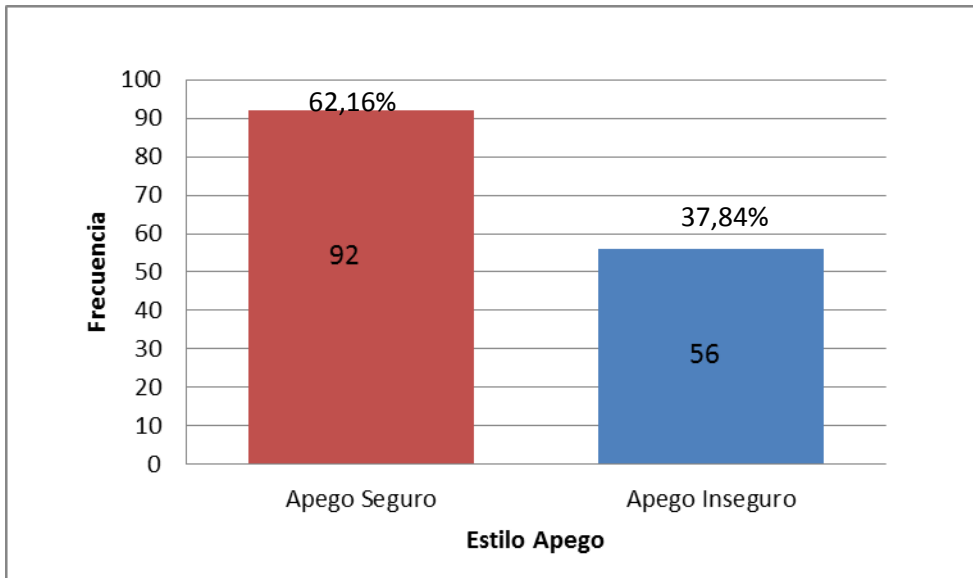


Figura 10

Distribución de la muestra según resultado del cuestionario AAQ bajo control de una escala con desviación estándar

De acuerdo a la figura 10, se observa que el 62,16% del total de la muestra participante de adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias presentan apego seguro, versus el 37,84% correspondiente a apego inseguro.

Tabla 11

Distribución de la muestra estudiada con presencia y ausencia de consumo de sustancias según Cuestionario de Apego Adolescente (AAQ) con una escala bajo una Desviación Estándar.

	Con Consumo	Sin Consumo
Apego Seguro	23	69
Apego Inseguro	18	38
Total	41	107

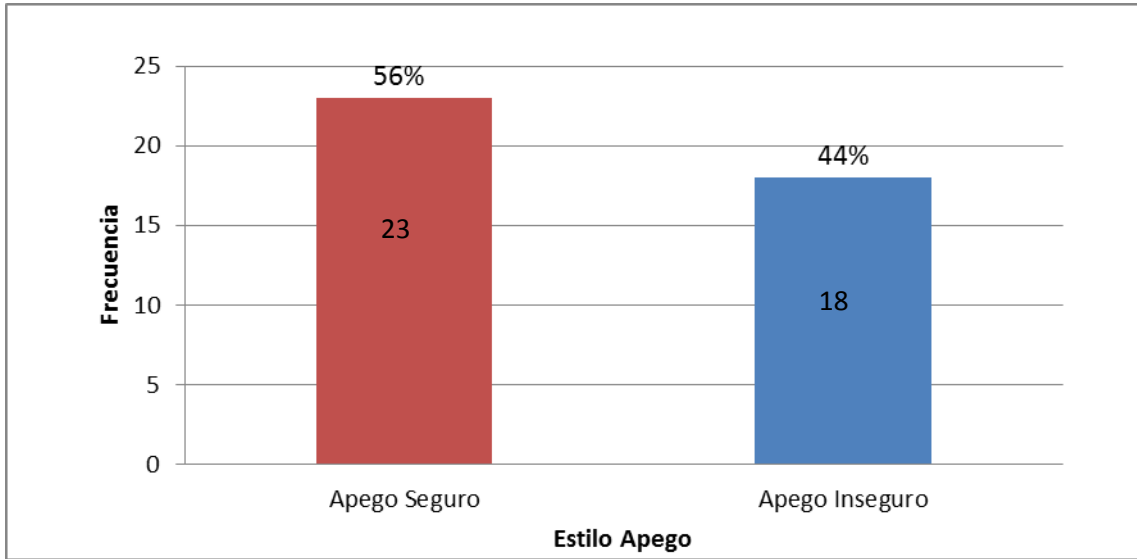


Figura 11

Distribución de los participantes con consumo según resultado cuestionario AAQ bajo control de una escala con desviación estándar

De acuerdo a la figura 11, se puede observar que la muestra de los participantes que presentan consumo problemático de sustancias el 56% corresponde a estilo de apego seguro y el 44% a apego inseguro.

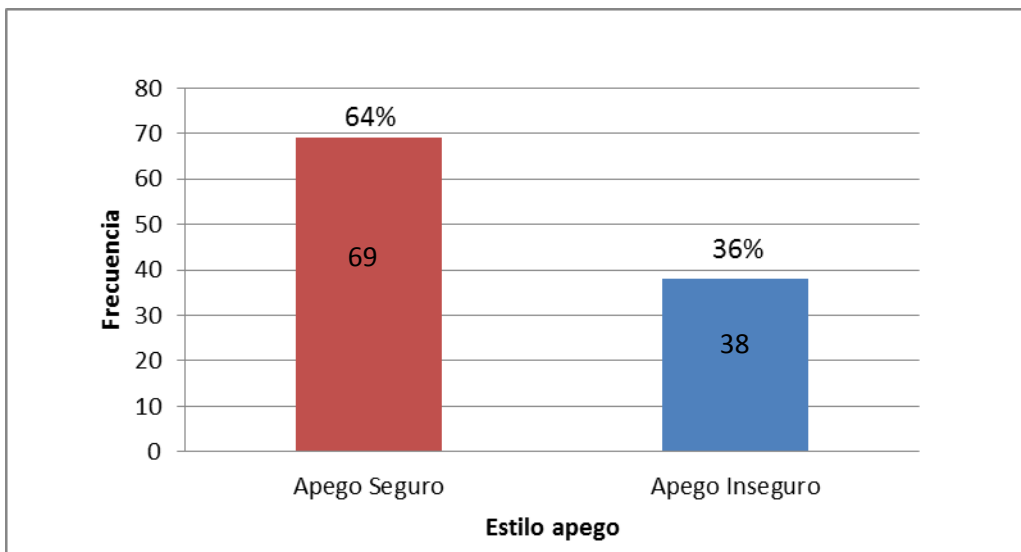


Figura 12

Distribución de los participantes sin consumo según resultado de cuestionario AAQ bajo control de una escala con desviación estándar

Tabla 12*Comparación de las variables consumo problemático de sustancia y AAQ.*

		Representaciones de apego c1		Total	
		1	2		
Problema Consumo	1	Recuento	18	23	41
		Frecuencia esperada	15.6	24.4	40.0
		% dentro de Problema Consumo	45.0%	55.0%	100.0%
		% dentro de representaciones de apego c1	32.1%	25.0%	27.8%
		% del total	12.5%	15.3%	27.8%
	2	Recuento	38	66	104
		Frecuencia esperada	40.4	63.6	104.0
		% dentro de Problema Consumo	36.5%	63.5%	100.0%
		% dentro de representaciones de apego c1	67.9%	75.0%	72.2%
		% del total	26.4%	45.8%	72.2%
Total	Recuento	56	88	144	
	Frecuencia esperada	56.0	88.0	144.0	
	% dentro de Problema Consumo	38.9%	61.1%	100.0%	
	% dentro de representaciones de apego c1	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	38.9%	61.1%	100.0%	

Tabla 13*Comparación de las variables consumo problemático de sustancia y AAQ.**Pruebas de chi-cuadrado*

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	.870 ^a	1	.351		
Corrección por continuidad ^b	.551	1	.458		
Razón de verosimilitudes	.862	1	.353		
Estadístico exacto de Fisher				.446	.228
Asociación lineal por lineal	.864	1	.353		
N de casos válidos	144				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 15,56.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Como se observa en la tabla 13, la significación de la razón de verosimilitud es de 0,864 mayor que 0,05, factor que permite rechazar la hipótesis, aceptando la hipótesis nula, lo que significa que no existe diferencia en las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias.

Tabla 14*Representaciones de apego de la muestra estudiada*

Estadísticos de grupo					
	Problema Consumo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Disponibilidad AAQ	1	41	11.98	2.987	.467
	2	107	12.26	2.849	.275
Adecuación metas AAQ	1	41	12.76	2.222	.347
	2	107	13.01	2.170	.210
Señales enojo AAQ	1	41	6.51	2.856	.446
	2	107	6.89	3.010	.291

Utilizando la prueba T student, la media de ambos grupos no presenta diferencias. De acuerdo a lo observado en la tabla 13, la cual señala que la muestra total (148) presenta puntajes dentro de los parámetros normales, puesto que los resultados de las medias de la muestra estudiada se acerca a los puntajes de las media de la interpretación de las escalas, correspondiente a: Disponibilidad 12,312, Adecuación a las metas 13.040 y Señales de enojo 11,904.

DISCUSIÓN

El objetivo central de esta investigación fue comparar las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias, identificando si existe alguna relación significativa que pueda dar cuenta de la importancia de las relaciones sociales de los adolescentes basadas en las representaciones de apego respecto al consumo problemático de sustancias. Lo que se llevó a cabo identificando las representaciones de apego de los adolescentes con y sin consumo problemático de sustancias.

En el siguiente apartado se analizan los resultados precedentes con el objetivo de abarcar cabalmente el fenómeno estudiado y las implicancias de las asociaciones establecidas.

Para poder hacer referencia a estilos de apego seguro e inseguro, se consideró el control de una escala bajo una desviación estándar, ya que el cuestionario AAQ responde a representaciones de apego y no estilos propiamente tal. En base a lo anterior, de un total de 107 adolescentes sin consumo problemático de sustancias, 69 de ellos presentan un estilo de apego seguro, correspondiente al 65%, versus 30 adolescentes que presentan un estilo de apego inseguro, correspondiente al 35% de la muestra estudiada (ver figura 12). Esto se encuentra en estrecha relación con lo que refiere la literatura, puesto los porcentajes de los estilos de apego en una población general bordean el 70 % para el apego seguro y un 30 % para el apego inseguro. Tal como se aprecia en el estudio llamado “Apego, temperamento, mentalización y autorregulación: un estilo longitudinal de los 12 a los 36 meses” (Lecannelier, 2006).

De acuerdo a los resultados de las escalas del cuestionario AAQ (ver tabla 13), éstos se asemejan a los resultados obtenidos en la estandarización del test (Moran, sin año), con una tendencia a puntuar más alta la escala de adecuación a las metas. Esta escala se refiere a la relación que tiene el adolescente y su figura de apego, enmarcado dentro de un contexto donde es esperable que haya ciertas discusiones o discrepancias en torno a la adquisición de mayor autonomía por parte de los adolescentes. Esto se dará gracias al desarrollo cognitivo y moral que ha adquirido, lo que dará lugar a nuevos cuestionamientos acerca de su estructura y normas familiares, además de tener mayor razonamiento y capacidad de argumentar sus ideas (Palacios, Marchesi & Coll, 1999).

También es necesario comentar, que estos mismos adolescentes señalan una alta disponibilidad, lo que se relaciona con la evaluación que ellos mismo hacen acerca de la sensibilidad y satisfacción de sus necesidades por parte de sus figuras de apego.

Finalmente en relación a la escala de señales de enojo y angustia, los adolescentes presentan puntajes bajos a los resultados obtenidos en la estandarización del test (Moran, sin año), lo que apunta a que tienen la capacidad de regular sus emociones, además de poseer estrategias adecuadas de resolución de conflictos (Crittenden, 2002).

Según Barudy, un adolescente con un estilo de apego inseguro, tendría dificultades en las relaciones interpersonales, ya que tienen miedo a ser abandonados o rechazados. En algunas ocasiones presentan dificultades para expresar y regular emociones y en otras, altos niveles de angustia, rabia, frustración y problemas conductuales (Barudy, 2005).

Los resultados arrojan que de un total de 41 adolescentes con consumo problemático, 23 de ellos correspondientes al 56%, presentan un estilo de apego seguro, versus 18 adolescentes correspondientes al 44% que presentan un estilo de apego inseguro. (Ver figura 11). Estos resultados no coinciden con lo encontrado en literatura, puesto que según el estudio del autor Schindler, et al, 2005: *Attachment and substance use disorder: A review of the literatura and study in drug dependent adolescents*, la mayoría (73%) de los participantes se clasificaron como estilo de apego inseguro (evitativo y ambivalente) y el 27% de apego seguro.

De acuerdo a los resultados de las tres escalas del cuestionario AAQ (ver tabla 13), se asemejan a los resultados obtenidos en la estandarización del test (Moran, sin año), puntuando alto en las escalas de disponibilidad y adecuación a las metas, y bajo en la escala de señales de enojo y angustia.

Por lo tanto los resultados de la investigación, respecto de las representaciones de apego de adolescentes con consumo no coinciden con la literatura, ya que se esperaría encontrar niveles de apego inseguro más altos. Esto último podría estar indicando que hay otras variables que no han sido consideradas. Estos resultados muestran la necesidad de realizar estudios en donde el número de la muestra aumente, considerando los resultados de otras

regiones, integrar una entrevista de apego que permita identificar en conjunto con los resultados del cuestionario AAQ, los distintos estilos de apego.

Otro aspecto importante a considerar, es que si bien existe una variedad de estudios internacionales que buscaron relacionar los patrones de apego con el consumo de sustancias utilizando otros instrumentos, a nivel nacional esta investigación corresponde al primer estudio que relaciona las representaciones de apego en adolescentes a través del AAQ con consumo problemático de sustancias. Este estudio innovador abre la puerta a una serie de investigaciones futuras, a proyectos de intervención en políticas de salud pública con respecto a la prevención y tratamientos en adolescentes con consumo de sustancias.

De acuerdo a los resultados de la tabla (T student) se puede apreciar que no existen diferencias significativas, ya que ambos grupos, presentan mayor porcentaje de apego seguro que inseguro. Lo cual no coincide con la literatura, ya que se esperaría que los niveles de apego inseguro en el grupo de consumidores fuera mayor respecto del apego seguro.

Se debe plantear la hipótesis de que las características de la muestra utilizada en los diversos estudios hayan presentados sesgos que incidieran en que los resultados marcaran determinada tendencia, no siendo el instrumento inválido o la aplicación deficiente. Es el caso del tamaño de la muestra, lo que implica una limitante para que la investigación tenga mayor relevancia estadística, esto ocurrió ya que la mayoría de los adolescentes con consumo problemático son usuarios de centros de tratamientos ambulatorios (CTA) de la V región, de las ciudades de Quillota, San Felipe y Viña del Mar, cuyos cupos no superan las doce vacantes.

Por otro lado, también podría ser posible que existan variables asociadas al contexto de aplicación en los CTA, que influyan la evaluación, principalmente que los usuarios se encuentran en tratamiento, variable que no fue estudiada en la investigación y que según la literatura, autores como Barudy postulan que si el adolescente encuentra apoyo y recursos resilientes, como por ejemplo encontrar personas que puedan ofrecerles vínculos de calidad, mejoran su modo de relacionarse (Barudy, 2005). Además dentro de la muestra de los liceos, también interfieren ciertas variables, como lo son el contexto escolar en el cual

se genera un ambiente poco óptimo, donde los compañeros o el establecimiento puedan ejercer indirectamente algún tipo de respuesta en los cuestionarios.

Dentro de las variables que no fueron consideradas, y la cual sería interesante de estudiar, es la importancia de un adulto responsable como factor de éxito en un tratamiento contra el consumo de sustancias en adolescentes, considerando tanto la literatura como la práctica en los resultados de este estudio, han demostrado que en el adolescente es vital el apoyo de sus familiares.

Según Crittenden, en la etapa de adolescencia se producen cambios neurológicos donde se generan la interacción dinámica entre la maduración y la experiencia que conduce al cambio y a la continuidad en el patrón de apego (Crittenden, 2002). Es decir, un adolescente que pudiera tener un estilo de apego inseguro, de acuerdo a la etapa del desarrollo en que se encuentra, los cambios madurativos que van desde un egocentrismo propio que busca la protección, a una mayor empatía, más el apoyo de distintas figuras significativas, como es el caso de los profesionales de la salud, podrían favorecer el cambio hacia un estilo de apego más seguro.

Una revisión de los resultados de las intervenciones encontró que el entrenamiento en resolución de problemas y en habilidades sociales redujo la recurrencia del abuso de sustancias, sugiriendo al menos un papel catalizador para el manejo de relaciones interpersonales. Finalmente según la autora la adaptabilidad y la flexibilidad son el sello característico de los seres humanos (Crittenden, 2002).

Finalmente el estudio permite mostrar desde una mirada positiva, cómo los recursos personales y la resiliencia de los adolescentes, pueden hacer de su etapa de desarrollo una oportunidad de cambio, en lo que se refiere a sus representaciones de apego las cuales le permitan disfrutar de sus relaciones sociales.

CONCLUSIONES

A lo largo de la literatura revisada, se ha podido dar cuenta de la importancia de las relaciones interpersonales en la infancia y como la teoría del apego se ha incorporado tanto en el campo teórico como práctico. En primer lugar, son diversos los estudios que han abarcado el apego, relacionándolo con diversas variables y etapas evolutivas, por ende en el camino ha sido una teoría que ha tomado fuerza y sustento empírico. Actualmente en Chile, se acoge la teoría del apego, como base del programa del Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo como un factor preventivo en el ámbito de la salud mental.

Con esta investigación se ha pretendido profundizar y aportar sobre aquellos aspectos que puedan dar cuenta de las representaciones de apego en adolescentes, relacionándolo con el consumo problemático de sustancias. De acuerdo a los resultados de la investigación podemos concluir que no existen diferencias significativas entre las representaciones de apego en adolescentes con o sin consumo problemático de sustancias. Por lo tanto, es rechazada la hipótesis existen diferencias en las representaciones de apego de adolescentes con y sin consumo de sustancias, por lo tanto se acoge la hipótesis alternativa que da cuenta de la existencia de otras variables que afectan las representaciones de apego en los adolescentes.

Según la bibliografía revisada de Patricia Crittenden, donde señala que a pesar de que algunos estudios se centran en causas particulares, son probables múltiples mecanismos de riesgo en el abuso de sustancias. Además es posible que los problemas infantiles puedan estar relacionados con el abuso de sustancias a través de terceros factores. Un proceso sugerido por los hallazgos es que la falta de habilidad de los padres para regular los conflictos (con o sin abuso de sustancias) crean niños ansiosos, que muestran características que combinadas con las limitadas habilidades de los padres producen sucesos traumáticos, en los cuales los niños están desprotegidos y se sienten angustiados. Cuando las estrategias interpersonales fracasan en dar protección y reducir la ansiedad, algunos adolescentes optan por usar drogas, cayendo en el riesgo del abuso y la adicción (Crittenden, 2002).

De acuerdo a lo analizado anteriormente y en base a lo relevante de las relaciones interpersonales de los adolescentes el presente estudio tiene como finalidad dejar un terreno fértil en la investigación de la teoría del apego en adolescentes midiendo las

representaciones de apego AAQ, en este sentido sería interesante incorporar nuevas variables que permitan dar cuenta de posibles factores que puedan afectar o reparar las relaciones sociales de los adolescentes, como por ejemplo, el tratamiento, apoyo familiar, tipo de droga, apego transgeneracional en madres y padres adolescentes, entre otros. Por otra parte, se sugiere que para potenciar los resultados que arroja el cuestionario AAQ, sería necesario realizarlo en conjunto con una entrevista de apego, de tal manera que se pueda clasificar las representaciones de apego en base a estilos ya sea seguro, o inseguro (ambivalente y evitativo).

REFERENCIAS

- Alvarado, María Elena, Garmendia, María Luisa, Acuña, Gonzalo, Santis, Rodrigo, & Arteaga, Oscar. (2009): Validez y confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista médica de Chile*, 137(11), 1463-1468. Recuperado en 03 de julio de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001100008&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0034-98872009001100008.
- Allen JP, Fonagy P, (2006): Handbook of Mentalization-Based Treatment. Kindle Edition
- Barudy, J. (2005): “Los Buenos Tratos a la Infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia”. Gedisa. Barcelona.
- Bowlby, J. (2009): Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Editorial Paidós Iberica
- Cantón & Cortés (2000): El Apego del Niño a sus Cuidadores: Evaluación, Antecedentes y Consecuencias para el Desarrollo. Madrid, Alianza.
- Carranza, P. (2009): Investigación sobre el Estilo de Apego en niños Preescolares pertenecientes a Familias Multiproblemáticas. *Subjetividad y Procesos Cognitivos* 13(1) Pág. 45-54
- Crittenden, P. (1997). Attachment and Psychopathology. The Analytic Press, New York.
- Crittenden, P. (2002). Attachment, information processing, and psychiatric disorder. *World Psychiatry*. 2002 June; 1(2): 72–75
- De la Parra, G., Von Bergen, A. (2006) Medición de los Resultados en Psicoterapia: Uso del OQ-45.2, un Instrumento Validado en Chile. En *Revista Gaceta Universitaria*; 2; 2: 208-222
- Erikson, E. (2000): El Ciclo Vital Completado. Barcelona, Paidós.
- Galán, A. (2010): El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Octubre-Diciembre, 581-595
- Gamarnik, Y. (2005): El Apego en Proceso: Aportes desde el Advenimiento Complejo. Buenos Aires, Letra viva.
- García, R., Díaz, B., Balanzario, M. (2001): Tendencias del Consumo de Drogas en Pacientes de Primer Ingreso a Tratamiento en CIJ entre 1990 y 1999. México: Centros de Integración Juvenil.

- Garrido, L., Santelices, M. & cols. (2009): Validación Chilena del Cuestionario de evaluación de Apego en el Adulto Camir. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 41, No. 1
- Hikal, W. (2009): *Criminología Psicoanalítica Conductual y del Desarrollo*. Flores Editor y Distribuidor
- Lecannelier, F (2006) Apego, temperamento, mentalización y autoregulación: Un estudio longitudinal de los 12 a los 36 meses. *Memorias de las XVIII jornadas de investigación y segundo Encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR*, 10, 11 y 12 de agosto de 2006, Extraído el 13 de enero 2014.
- Lecannelier F., Kimelman, M., & cols. (2008, Noviembre): Evaluación de Patrones de Apego en Infantes Durante su Segundo Año en dos Centros de Atención de Santiago de Chile. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, vol. XVII. Pág. 197 – 207
- López, J., Aliño, I., Valdés, M. (1997): “DSM IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales”.
- Lorenz K y Leyhausen P (1985). *Biología del comportamiento. Raíces instintiva de la agresión, el miedo y la libertad*. Mexico: Siglo XXI editores.
- Lorenzo, P (2009): *Drogodependencias*. Tercera Edición, Madrid, Médica Panamericana.
- Melero, R. (2008): *La Relación de Pareja. Apego, Dinámicas de Interacción y Actitudes Amorosas: Consecuencias sobre la Calidad de la Relación*. Tesis Doctoral publicada, Universidad de Valencia.
- MINSAL (2007): *Guía Clínica Consumo Perjudicial y Dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años*.
- Morán, J., Lecannelier, F., Rodríguez, J. (n. d.): *Estudio de Validación del Cuestionario de Apego en Adolescentes (AAQ) a la Población Chilena en Jóvenes de 11 a 19 años*. Manuscrito en proceso de publicación.
- Oliva, A. (2004): El Estado Actual de la Teoría de Apego. *Universidad de Sevilla. En Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 2004, 4 (1); 65-81.
- Palacios, J., Marchesi, Á., Coll, C. (1999): *Desarrollo Psicológico y Educación*. Vol. 1. Madrid, Alianza.
- Pinedo, J., Santelices, M. (2006): Apego Adulto: los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *En Revista Terapia Psicológica*, vol. 24, No2. Pág. 201-210
- SENDA (2010): *Tratamiento y Rehabilitación de Niños, Niñas y Adolescentes*. Extraído de <http://www.senda.gob.cl/prevencion/programas/> el 29 de Mayo, 2013

SENDA (2011): Detección Precoz del Consumo de Drogas. Extraído de http://www.senda.gob.cl/tratamiento/attachment/orientaciones_deteccion_precoz/#.UdR-bsnYBIY

SENDA (2011): Estrategia Nacional de alcohol y drogas 2011-2014. Extraído de <http://www.senda.gob.cl/quienes-somos/estrategia-nacional-de-drogas/> el 29 de Mayo del 2013

SENDA (2011): Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar 2011

SENDA (n. d.): Programas de Tratamiento. Extraído de <http://www.senda.gob.cl/tratamientos/programas/> el 29 de Mayo, 2013

ANEXOS