



ESCUELA DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Estilos de apego inseguro y consumo problemático de cannabis

Profesor

Carlos Burneo Garcés, PhD.

Autora

Paula Camila Marín Baraja

2024

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los desafíos más críticos de la salud pública. La sustancia más consumida a nivel mundial es el cannabis, clasificada como un alucinógeno y depresor que se asocia a una larga serie de riesgos para la salud. Las estadísticas nacionales e internacionales coinciden en que el 4-5 % de la población presenta problemas relacionados con el uso de esta sustancia. En este sentido, diversos estudios sugieren un conjunto de variables biológicas, sociales, culturales, económicas y psicológicas como factores de riesgo de la adicción al cannabis. Respecto a factores mediadores del consumo de esta sustancia, la literatura plantea una relación estrecha entre los estilos de apego inseguro (evitativo y ansioso) y los problemas de comportamiento y toma de decisiones en la adolescencia y adultez. Sin embargo, no se ha estudiado la relación entre los estilos de apego inseguro y la propensión al consumo problemático del cannabis en población ecuatoriana. Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue diseñar un proyecto de investigación dirigido a explorar esta relación en una muestra de sesenta hombres, de entre 18 y 45 años, de nacionalidad ecuatoriana, con un diagnóstico de Trastorno por consumo de cannabis y que residen en centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. A partir de los resultados esperados, se propone un plan de intervención dirigido a esta población. El proyecto de investigación y la propuesta de intervención no solo pretenden demostrar la relación entre los estilos de apego inseguro y la propensión al consumo de cannabis, sino también establecer una base sólida para la implementación de técnicas terapéuticas eficaces en la práctica clínica, en el campo de las adicciones en el contexto ecuatoriano.

Palabras clave: control de los impulsos, toma de decisiones, emociones, infancia, familia.

Abstract

The use of psychoactive substances is one of the most critical challenges to public health. The most widely consumed substance worldwide is cannabis, classified as a hallucinogen that is associated with a long series of health risks. National and international statistics agree that 4-5% of the population has problems related to the use of this substance. In this sense, a set of numerous studies suggest several biological, social, cultural, economic, and psychological variables as risk factors for cannabis addiction. Among the psychological risk factors, the literature suggests a close relationship between insecure attachment styles (avoidant and anxious) and behavioral and decision-making problems in adolescence and adulthood. However, the relationship between insecure attachment styles and the propensity for problematic cannabis use in the Ecuadorian population has not been studied. For this reason, the objective of this work was to design a research project aimed at exploring the relationship between insecure attachment styles and problematic cannabis use in a sample of sixty men, aged between 18 and 45, of Ecuadorian nationality, with a diagnosis of Cannabis Use Disorder (F12) and residing in centers specialized in the treatment of people with problematic consumption of alcohol and other drugs. Based on the expected results, an intervention plan aimed at this population is proposed. The research project and the intervention proposal not only aim to demonstrate the relationship between insecure attachment styles and the propensity to consume cannabis, but also to establish a solid basis for the implementation of effective therapeutic techniques in clinical practice, in the field of addictions in the Ecuadorian context.

Keywords: inhibitory control, decision making, emotions, childhood, family.

Índice de contenidos

1. Introducción.....	5
2. Planteamiento del problema.....	6
3. Justificación y relevancia del tema.....	6
4. Objetivos.....	7
5. Marco teórico.....	7
6. Marco Metodológico.....	17
6.1. Diseño del estudio.....	17
6.2. Contexto.....	17
6.3. Participantes y muestreo.....	17
6.4. Instrumentos.....	18
6.5. Procedimiento.....	19
6.6. Análisis de datos.....	19
6.7. Planificación de actividades.....	19
6.8. Reflexividad de la investigadora.....	20
6.9. Consideraciones éticas.....	20
6.10. Viabilidad del estudio.....	20
7. Resultados Esperados.....	21
8. Propuesta de Intervención en Psicología Clínica.....	21
8.1. Nivel de Intervención.....	21
8.2. Fundamentación.....	22
8.3. Descripción de la propuesta.....	22
8.4. Objetivos de la intervención.....	26
8.5. Población objetivo.....	27
8.6. Actividades de intervención.....	27
8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención.....	27
8.8. Plan de evaluación de la intervención.....	28
8.9. Viabilidad.....	29
9. Discusión, conclusiones y recomendaciones.....	29
9.1. Implicaciones de los resultados esperados.....	29
9.2. Fortalezas y limitaciones del proyecto y de la propuesta.....	30
9.3. Conclusiones generales.....	31
9.4. Recomendaciones o propuesta para la implementación.....	31
10. Referencias.....	33

1. Introducción

Los *Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides* (F12) son uno de los desafíos más críticos de la salud pública, debido a que esta sustancia (cannabis o marihuana), que produce efectos alucinógenos y depresores, es la más consumida a nivel mundial. El Informe Mundial sobre drogas refiere que esta adicción afecta al 4-5 % de la población mundial, es decir, aproximadamente a 219 millones de personas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2023). En el Ecuador, las estadísticas confirman los datos internacionales. Los resultados de la “Encuesta sobre uso y consumo de drogas en estudiantes” sugieren que esta sustancia es la de mayor facilidad de acceso para los jóvenes ecuatorianos (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito [MDMQ], 2023). Para la comprensión de esta problemática es vital conocer los factores de riesgo de consumo inapropiado de sustancias.

Entre los factores que inciden en los hábitos de consumo de sustancias se encuentran los biológicos (sexo y edad), los sociales (influencia de la comunidad social y familiar en las creencias y los valores de las personas), los psicológicos (autoconcepto, autoestima, autocontrol, límites y toma de decisiones), entre otros (Peñañiel, 2009). En cuanto a los factores de riesgo psicológicos, la Teoría del Apego (TdA) de Bowlby (2009) sostiene que los vínculos emocionales primarios del niño, denominados estilos de apego (EA), determinarán su accionar futuro. Es decir, el tipo de vínculo emocional (seguro o inseguro) que el niño desarrolla con sus cuidadores habituales modela la manera en que él se relacionará con los demás. En esta materia, el apego inseguro (AI), considerado predictor de la gestión inadecuada del comportamiento en la adolescencia y adultez, se divide en apego ansioso y apego evitativo. El primero, se caracteriza por incertidumbre y preocupación por los vínculos afectivos, debido a poca sensación de seguridad y temor al abandono, mientras que el segundo hace referencia a la tendencia a aislarse de una situación estresante antes de confrontarla, debido a experiencias tempranas de desprecio o burla, que generan una respuesta opuesta, como la tendencia a la autosuficiencia.

Las personas con EA inseguro (EAI), especialmente aquellos con apego evitativo, tienden a desarrollar estrategias de afrontamiento que incluyen el consumo problemático de sustancias. Esto se debe a la dificultad en la regulación emocional y a la preferencia por la evasión como mecanismo de enfrentamiento ante situaciones estresantes (Davidson & Ireland, 2009, p. 25). Por su parte, Schindler (2019) reporta que los EAI están fuertemente relacionados con trastornos de uso de sustancias, ya que estos estilos promueven patrones de comportamiento disfuncionales, incluyendo la búsqueda de alivio a través del

consumo de drogas (Schindler, 2019, p. 780). En síntesis, los EAI podrían explicar que un individuo adopte comportamientos adictivos, posiblemente como escape de las emociones negativas, dada la inmadurez de mecanismos sanos de resolución de conflictos y toma de decisiones (Schindler y Bröning, 2015).

2. Planteamiento del problema

El vínculo entre los EA, en la infancia temprana, y el control de los impulsos, que es considerado una función clave en las adicciones, ha sido objeto de estudio. Esto se debe al efecto del desarrollo temprano de vínculos afectivos en la personalidad. Entre los EA que la literatura asocia con comportamientos de riesgo en materia de consumo de sustancias se encuentran los inseguros (evitativo y ansioso). Por ejemplo, una revisión narrativa reporta una fuerte relación entre los EAI, en particular el EA evitativo, y los trastornos por consumo de sustancias (Schindler y Bröning, 2015). Otros autores sugieren una relación positiva entre el consumo de sustancias psicotrópicas y el apego con las figuras parentales (Momeñe et al., 2021). En el Ecuador, se reporta que tres de cada cuatro jóvenes consumidores presentan un EA preocupado o ansioso, lo cual confirma la relación referida (Bermúdez y Paredes, 2016). En contrapartida, un estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras de alcohol indica que en los primeros hay mayor prevalencia de un EA seguro, seguido del EA inseguro preocupado y del EA inseguro evitativo. Sin embargo, a pesar de la importancia de esta temática para la salud pública, no hay suficientes estudios que contrasten estos hallazgos en el contexto ecuatoriano.

3. Justificación y relevancia del tema

Abordar la relación entre el EAI y el consumo problemático de sustancias en el contexto ecuatoriano proporcionaría datos importantes y útiles desde un enfoque preventivo y de intervención, en particular en jóvenes que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. Además de llenar un vacío en la literatura, esta información sería la base del diseño de estrategias de identificación de los perfiles de mayor riesgo de consumo, así como un aporte relevante en el área de intervención en el tratamiento psicológico en esta población. Por último, las técnicas y herramientas de evaluación de la personalidad y psicopatología de consumidores de cannabis se verían enriquecidas, contribuyendo así un mejor abordaje del problema, en todas sus fases.

Pregunta de investigación

A partir de lo revisado en los apartados anteriores, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre los EAI y el consumo problemático de cannabis en hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas?

4. Objetivos

Para atender la pregunta de investigación, se plantean un objetivo general y tres objetivos específicos, que se describen a continuación.

Objetivo general

Explorar la relación entre los EAI y el consumo problemático de cannabis en una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas y culturales de una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.
- Estudiar el historial clínico y de consumo de sustancias de una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.
- Determinar el EA de una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.

Hipótesis

La literatura revisada permite esperar una relación directa y moderada entre los EAI y el consumo problemático de cannabis en la muestra de estudio.

5. Marco teórico

En este apartado se describen varios conceptos de vital importancia para la comprensión de la TdA y sus dimensiones, como son los EA, haciendo énfasis en los EAI y el consumo de cannabis. Esta integración de conceptos aporta una base esencial para la contextualización del presente estudio.

Teoría del apego

La TdA nace entre los años 1969 y 1980 de la mano de Edwards John Mostyn Bowlby (1907-1990). Él considera la TdA como una descripción del efecto que producen las experiencias tempranas en el desarrollo del sujeto. En otras palabras, esta teoría focaliza la influencia de la primera relación que tenemos con figuras vinculares tempranas (usualmente figuras paternas) en el desarrollo físico, cognitivo, emocional y afectivo durante toda la vida (Moenta, 2014). Para Bowlby (2009), los humanos presentan ciertas conductas instintivas, como el temor a lo desconocido que, al ser un mecanismo de supervivencia innato, se relaciona con el apego. A partir de la vinculación temprana que el bebé establece con la madre, como un instinto de protección y supervivencia, se forma el apego. Así, ambos atienden una necesidad biológica instantánea de mantenerse en contacto entre sí, con un vínculo de protección y cuidado, también conocido como dependencia.

La literatura reciente sobre la TdA destaca la influencia de los EA en la regulación emocional y el desarrollo social del individuo. Según Bretherton (1992), la TdA “ofrece un marco integral para comprender las relaciones humanas, proporcionando información sobre la continuidad entre las primeras experiencias de apego y el funcionamiento social posterior” (p. 762). Esto sugiere que la TdA es crucial para la comprensión de los primeros vínculos emocionales y tiene impacto a largo plazo en la forma en que cada individuo maneja sus relaciones y el estrés en la vida adulta. De manera similar, Mikulincer y Shaver (2012) sostienen que “el apego seguro fomenta el desarrollo de mecanismos de afrontamiento saludables, mientras que el apego inseguro se asocia con una variedad de dificultades psicológicas, incluidas la ansiedad y el abuso de sustancias” (p. 25). Estos datos refuerzan la relevancia de la TdA en el estudio del comportamiento humano.

Origen de la Teoría del apego

En su tesis “Una base segura”, Bowlby (2009) desarrolla la TdA desde el enfoque etológico, y examina la naturaleza del vínculo infantil con la madre como el resultado de un conjunto de pautas de conductas que se desarrollan durante los primeros meses de vida. A partir de los estudios de Konrad Lorenz (1903-1989) sobre las aves, Bowlby dedujo que estas podían desarrollar un fuerte vínculo con su madre, lo que dio origen a la *Teoría Instintiva*. Él también tuvo influencia del psicólogo Harry Harlow (1905-1981), quien abordó la necesidad universal de contacto de ciertos mamíferos. Estas teorías fueron el fundamento de la TdA, entendiendo que las conductas de apego serían una cuestión de instinto que los humanos podrían desarrollar.

Bowlby integró conceptos básicos etológicos en la teoría psicológica de manera revolucionaria. Su trabajo fue fuertemente influenciado por la investigación de Lorenz sobre el *imprinting* en aves, que ilustró cómo los comportamientos de apego están impulsados biológicamente y son esenciales para la supervivencia (Van der Horst et al., 2008). Esta alineación con la etología proporcionó una base científica para entender el apego como un mecanismo evolutivo importante, tanto en los animales como en el desarrollo humano. De forma similar, los experimentos que llevó Harlow con monos Rhesus resaltaron la importancia del cuidado y el calor emocional en la formación de apegos seguros (Harlow, 1958). Los hallazgos de Harlow subrayaron que la necesidad de afecto y seguridad es tan importante como la necesidad de alimento y refugio, apoyando la visión de Bowlby de que el apego es central para el desarrollo emocional.

Apego

Se entiende por apego la relación biológica y afectiva que se establece entre un sujeto y su figura de cuidado. La formación del vínculo confiable y seguro dependerá de un cuidador constante y atento que pueda crear una dinámica con el bebé más allá de cumplir sus necesidades básicas como el alimento o el abrigo. El apego, por lo tanto, sería la primera relación del ser humano con su madre, quien sirve de modelo de todas las relaciones vinculares que el sujeto tendrá en el futuro (Moenta, 2014). El apego también se puede interpretar como la relación que se establece inicialmente entre el niño y la madre, debido a que los niños se apegan instintivamente a sus cuidadores con el fin de sobrevivir (Durán, 2022). A partir de esta primera construcción, los individuos establecen un tipo estable de relación con los demás, ya que las experiencias del sujeto se quedan procesan y guardan en la memoria del bebé (Ortiz-Granja et al., 2019). Respecto a esto, Bowlby (2009) propone el término *Representaciones Mentales* o *Modelos Operantes* para definir a los esquemas que el bebé construye en la infancia.

Según Bowlby (2009), el apego tiene una base biológica y evolutiva, ya que los infantes se apegan instintivamente a sus cuidadores como una estrategia de supervivencia. Esta relación temprana es fundamental porque influye en la forma en la que cada individuo percibe y se relaciona con el mundo a lo largo de sus vidas. Los estudios muestran que “el apego seguro se asocia con resultados positivos a largo plazo, incluyendo una mayor capacidad para manejar el estrés y relaciones interpersonales más saludables” (Ainsworth, 1979, p. 101). Los recuerdos y experiencias tempranas con la figura de apego se almacenan en la memoria del niño, formando lo que Bowlby llama “Modelos Internos de Trabajo (Internal Working Models). Estos modelos son esquemas cognitivos y emocionales

que guían el comportamiento y las expectativas de las relaciones futuras” (Bowlby, 1969, p. 82) y determinan la manera en la que un individuo tiene determinado comportamiento en relaciones íntimas, como también su influencia en su autoimagen y en su percepción de los demás (Bretherton y Munholland, 2008). El apego no es solo un fenómeno psicológico, también tiene profundas implicaciones neurobiológicas. Según Schore (2001), las interacciones tempranas con la figura de apego afectan el desarrollo del cerebro, de forma especial en áreas que están relacionadas con la regulación emocional y la respuesta al estrés. “El cerebro del niño se moldea por las experiencias de apego, lo que subraya la importancia de un apego seguro para el desarrollo emocional y social” (Schore, 2001, p. 204). El apego, entonces, es fundamental para la formación del individuo en los niveles emocional y neurobiológico. El apego es clave para un desarrollo saludable, no solo para la infancia; este afecta las relaciones interpersonales y la salud mental a lo largo de la vida. Por lo tanto, es importante recalcar el tener figuras de apego que den estabilidad y seguridad durante el desarrollo del ser humano, desde el primer día de su nacimiento.

Estilos de apego

Los estudios de Bowlby fueron ratificados por la psicóloga estadounidense y aprendiz de Bowlby, Mary Ainsworth (1967), quien mediante su estudio empírico “*La situación extraña*” observó a bebés de 18 meses en diferentes situaciones donde se activaban sus sistemas de apego, que agrupó en cuatro tipos (Durán, 2022).

Apego seguro

Se caracteriza por un sentimiento de seguridad, que permite al niño sentirse cómodo explorando su entorno cuando el cuidador está presente, buscar la proximidad y el contacto con su figura de cuidado en situaciones de incertidumbre, y ser capaz de separarse de ellos temporalmente sin consecuencias. Las madres con este tipo de apego interpretan bien la angustia de sus hijos y responden de manera empática generando expectativas positivas y sensación de seguridad. El adulto que tuvo un EA seguro suele ser más resiliente y apoyarse en relaciones saludables (Durán, 2022). Como señala Cassidy y Shaver (2016), “los niños con apego seguro se sienten cómodos buscando la proximidad de su figura de apego en situaciones de estrés, y son capaces de regular sus emociones de manera afectiva” (p. 977). Esta capacidad de regulación emocional es un aspecto clave en el desarrollo de la resiliencia y en la formación de relaciones saludables en la adultez, lo que reduce la vulnerabilidad a problemas psicológicos. De acuerdo con Mikulincer y Shaver (2012), “los adultos con apego seguro tienden a mostrar mayores niveles de satisfacción en sus relaciones interpersonales, lo que les proporciona un

recurso importante para enfrentar el estrés y las dificultades de la vida” (p. 236). En este sentido, es evidente que el apego seguro termina siendo reconfortante en momentos de incertidumbre emocional, cuando un individuo necesita contención emocional y recurre a la figura de apego que sabe que puede acogerlo.

Apego evitativo

Se considera apego evitativo cuando el niño opta por la evitación ante la falta de atención y cuidado por parte de su cuidador. Según Main y Solomon (1986), “estos niños muestran un patrón de evitación en situaciones de separación y rara vez buscan la cercanía de su figura de apego cuando están en situaciones desconocidas” (p. 113). Esta evitación es una estrategia adaptativa que permite al niño manejar su ansiedad producto de la percepción de que sus necesidades emocionales no se satisfarán. Se puede mencionar el caso evitativo desde la figura de apego que se da cuando la madre rechaza los intentos de conexión con el niño y suele ser poco expresiva con la criatura (Alvarado y Rosero, 2021). En este tipo de apego, los niños no buscan la cercanía de la madre, se separan de ella al estar en una situación desconocida y no muestran angustia ni temor en presencia de situaciones extrañas. Cuando la madre vuelve, ellos parecen evitarla como si les resultara indiferente. En la adultez, presentan incomodidad en las relaciones cuando hay cercanía emocional, debido a la importancia que se le da a la independencia, inhiben sus sentimientos negativos o agresivos con mínima confianza personal y con los otros, además de presentar dificultades para mantener relaciones interpersonales (Ortiz et al., 2019). En la adultez, este EA se convierte en dificultades para establecer relaciones cercanas y en una tendencia a evitar la intimidad emocional. Como lo señala Bartholomew y Horowitz (1991), “los adultos con apego evitativo a menudo priorizan la independencia y pueden experimentar incomodidad o ansiedad en situaciones que requieren cercanía emocional” (p. 228). Esto desemboca en una inhibición de sentimientos negativos y a desarrollar desconfianza hacia los demás.

Apego ambivalente (apego ansioso o preocupado)

En este EA, existe una combinación de reacciones positivas y negativas del bebé y su madre ante una situación desconocida. El niño se encuentra en un contacto muy cercano con la madre, quien no le permite explorar el entorno, genera ansiedad incluso antes de que ella se separe de él y, cuando lo hace, los niños experimentan gran angustia y aflicción. Sin embargo, una vez que la madre regresa, el niño muestra enojo y rechazo. Alrededor del 10 al 15 % de los niños presentan este EA (Ortiz et al., 2019). En estos casos, la madre se muestra, a veces, incongruente, atenta y cariñosa, desapegada e

incluso rechazando al niño. Esta respuesta contradictoria genera en el niño preocupación y ansiedad por no predecir la reacción de la madre. El adulto con apego ambivalente se va a mostrar con muchas dificultades en las relaciones, va a presentar sensaciones ansiosas, por lo cual se desarrollan con menor competencia en lo social y emocional, mostrando conductas de irritación y resistencia al contacto o al acercamiento (Ortiz et al., 2019). Por otro lado, Ainsworth (1979) afirma que el niño se angustia durante la separación y puede responder con enojo y resistencia cuando la figura de apego regresa (p. 101). Esta ambivalencia se debe a que el niño no puede predecir con confianza la respuesta del cuidador, dando lugar una sensación constante de inseguridad. En la adultez, los individuos con EAI ambivalente tienden a ser extremadamente dependientes en sus relaciones, muestran altos niveles de ansiedad y miedo al rechazo. Mikulincer y Shaver (2012, 2016) afirman que “estas personas a menudo buscan la validación y la seguridad de manera constante, lo que puede llevar a un ciclo de dependencia emocional que dificulta el establecimiento de relaciones saludables” (p. 274).

Apego desorganizado (apego desorientado o temeroso)

Describe la interacción contradictoria y confusa que no concierne a los anteriores tipos de apego descritos. La dinámica se basa en que el niño siente mucha confusión emocional, se relaciona con personas que han vivido en un entorno agresivo o violento que supone una amenaza, lo cual genera que se muestre con mayores dificultades en las relaciones con comportamientos confusos. Además, estos niños se sienten inseguros en la adultez, a la hora de contactar con otros, por lo que prefieren evitar el contacto presentando respuestas confusas para sí mismos (Ortiz et al., 2019). Main y Solomon (1981) encontraron que “los niños con apego desorganizado muestran una mezcla de comportamientos de apego y evitación, junto con signos de miedo hacia la figura de apego” (p.117). Este EA con frecuencia se desarrolla en entornos donde la figura de apego es una fuente de miedo o amenaza, lo que provoca una confusión profunda en el niño sobre cómo comportarse en la presencia del cuidador. En la adultez, estas personas pueden mostrar dificultades para regular sus emociones y establecer relaciones con estabilidad. A menudo exhiben comportamientos contradictorios respuestas emocionales desorganizadas. Como señala Lyons-Ruth y Jacobvitz (2016), “los adultos con apego desorganizado a menudo luchan con problemas autorregulación emocional y pueden experimentar altos niveles de disfunción relacional” (p. 679).

Cannabis: consumo origen y repercusión

El cannabis o también llamado *Marihuana* o *Cáñamo*, se refiere la planta *Cannabis Indica* que tras su manipulación y consumo de hojas, flores, tallos o semillas produce una sustancia química que genera alteraciones mentales y adictivas (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], 2023). Tal es la repercusión de esta sustancia que se ha convertido en la droga más utilizada en el mundo, por su fácil acceso y gran variedad de formas de consumo (Alvarado y Rosero, 2021). La planta de cannabis ha sido empleada por el ser humano desde tiempos remotos, con un sinfín de utilidades que incluyen: alimentación (hojas y semillas), fabricación de cuerdas (tallos), semillas (producción de aceite), entre otros. Lamentablemente su uso más desacreditado y fuerte es como fuente de preparados de drogas psicoactivas que son consumidas con varios propósitos: medicinales, ceremoniales o simplemente recreativos (Rodríguez, 2014).

Composición química

El componente psicoactivo primario es el *Ácido Tetrahidrocannabinólico* (THC), que es el principal cannabinoide que altera la conciencia. Pese a que se ha descubierto que podría ser útil para aliviar el dolor moderado, por sus propiedades analgésicas y neuroprotectoras, es responsable de los efectos de alteración del estado de ánimo. Este químico se suma a más de 500 compuestos adicionales, como el *Cannabidiol* (CBD), que es un narcótico o estupefaciente, aunque no se considera psicoactivo y de hecho se ha asociado con efectos terapéuticos potenciales (Soria, 2017). Este autor refiere que “aunque el THC es el principal responsable de los efectos psicoactivos, el CBD ha demostrado propiedades analgésicas y antiinflamatorias, lo que lo hace útil en ciertos tratamientos médicos” (p. 92). Esta dicotomía entre THC y CBD ha generado un interés significativo en la comunidad científica sobre su uso con fines terapéuticos, aunque los riesgos asociados a su consumo recreativo continúan siendo una preocupación principal.

Consumo

La forma de consumo más común es la inhalación, por la rapidez para conseguir el principio activo de THC. El proceso orgánico se obtiene del contenido de las flores, la resina se vaporiza y entra a los pulmones, mediante inhalación, gracias a los millones de *alveolos* que absorben el oxígeno, pero en este caso ingresa directamente la sustancia al torrente sanguíneo. Así, el activo THC se procesa entre sí por medio de las neuronas, provocando efectos que alteran al sistema nervioso. Debido a que este efecto psicoactivo es rápido y ocurre en segundos, los fumadores experimentados pueden fácilmente aumentar sus dosis, maximizando los efectos de esta. Además, una de las formas más comunes es el

consumo alimenticio oral, cuyos efectos son similares en términos cualitativos, pero disminuyen en cuanto a intensidad y rapidez (Soria, 2017). Otra forma de consumo es la ingesta oral, a través de alimentos que contienen extractos de cannabis. Aunque el inicio de los efectos es más lento comparado con la inhalación, la duración del efecto es mayor, lo que puede llevar a una sobreestimación de la dosis y a efectos indeseados.

Factores de riesgo

Se trata de cualquier característica contextual o externa del sujeto cuya presencia aumenta la posibilidad que el fenómeno se produzca o se intensifique. Como factores biológicos, se incluyen los orgánicos del sujeto, como el sexo y la edad, que permiten identificar un mayor consumo en hombres, especialmente entre los 13 y 15 años (Peñañiel, 2009). Entre los factores psicológicos se encuentran las habilidades sociales, el establecimiento de vínculos, el autoconcepto y la autoestima, y la autopercepción y autovaloración subjetiva del sujeto. En esta materia, se ha identificado que jóvenes con déficit en estas variables son más vulnerables a la presión de los pares, repercutiendo en su comportamiento (Soria, 2017). Otro factor es el autocontrol, entendido como la capacidad de dirigirse y controlar la conducta propia. A medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumenta la cantidad y cronicidad del consumo de drogas. Finalmente, los factores sociales evalúan el contexto del sujeto, como la comunidad social, ya que las amistades como grupo de referencia promueven una práctica común de conductas, entre estas el consumo de sustancias. Además, la familia también ejerce influencia en el consumo, licitando o inhibiendo tales conductas (Peñañiel, 2009).

Efectos del consumo

La literatura refiere que el punto máximo de los efectos psicoactivos ocurre en aproximado 90 minutos después de la ingesta (Soria, 2017). Esto quiere decir que el usuario es menos capaz de ajustar la dosis deseada y, por ende, aumenta la probabilidad de efectos subjetivos indeseados. Aunque los efectos dependen de la cantidad y la frecuencia del uso, estos se reducen a la dependencia por el principio de THC y su efecto cerebral, así como un déficit cognitivo, como la memoria, la atención y el aprendizaje, además de reducir la motilidad de los espermatozoides. A esto se suman las enfermedades respiratorias y psicológicas que el consumidor pueda experimentar (Rosales et al., 2017). Sin embargo, existen otros como los problemas sociales, familiares, educativos y laborales que los sujetos puedan presentar. En cuanto a su clasificación, a efectos diagnósticos, el Manual de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE] (OMS, 2019), en su más

reciente edición, identifica la categoría *Trastornos Mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas* (F10-F19), donde los criterios diagnósticos son el uso nocivo, el síndrome de dependencia, el trastorno psicótico, entre otros (CIE-11; OMS, 2019). Dentro de esta clasificación, se identifica como un trastorno particular al *Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de cannabinoides* (F12).

El consumo de cannabis está asociado con varios efectos de características negativas a nivel cognitivo. Estudios han demostrado que el THC, el principal compuesto psicoactivo, “afecta la memoria, la atención y el aprendizaje, lo que podría resultar en repercusiones significativas en la vida diaria del consumidor, especialmente en aquellos que consumen la sustancia de manera crónica” (Rosales et al., 2017, p. 211). Además, investigaciones sugieren que el consumo prolongado de cannabis puede llevar a un deterioro en la motilidad de los espermatozoides, lo que podría impactar la fertilidad masculina (Smith & Jones, 2019, p. 322). También se ha documentado efectos adversos para la salud respiratoria, comparables a los observados en fumadores de tabaco, debido a la inhalación del humo del cannabis que contiene sustancias tóxicas similares. Entre otros efectos, se puede ubicar aquellos relacionados a la salud mental. El consumo de cannabis puede inducir trastornos psicológicos. Según estudios recientes, el uso prolongado y en altas dosis de cannabis está vinculado a un mayor riesgo de desarrollar trastornos como la ansiedad, la depresión y el trastorno psicótico. Como lo explica Hall (2014), “la exposición prolongada al THC altera el funcionamiento normal del cerebro, lo que predispone a algunas personas a trastornos mentales graves, especialmente en aquellos con una predisposición genética” (p. 109). Estos efectos pueden ir agravándose en la adolescencia, en los adultos jóvenes, quienes se vuelven más vulnerables a los efectos neuropsicológicos del cannabis.

Además de recalcar en los efectos físicos y psicológicos, el consumo de cannabis tiene implicaciones sociales de alto impacto. El uso incesante puede llevar a problemas en las relaciones interpersonales, la productividad laboral y en el ambiente educativo, bajo rendimiento académico. Estos problemas se ven intensificados en entornos donde el consumo es ilegal, como en Ecuador, donde el uso y distribución de esta sustancia están sujetos a fiscalización y son considerados ilegales. Las consecuencias legales pueden incluir sanciones legales severas, y estas a su vez pueden tener impacto duradero en la vida de aquel individuo consumidor de esta sustancia.

Comunidades de rehabilitación del consumo de sustancias

Como se ha mencionado en el desarrollo de esta investigación, el consumo problemático de cannabis es una realidad en el Ecuador. Según el último informe de las Naciones Unidas, se estima que el cannabis continúa siendo la sustancia más usada con un estimado de 192 millones de usuarios a nivel mundial (UNODC, 2023). Con el afán de mermar la problemática del consumo, se han creado comunidades terapéuticas.

Contexto ecuatoriano

El Estado ecuatoriano asume la responsabilidad de proteger la salud de las personas con problemas de adicción o dependencia a las drogas. Por tal motivo, se han creado en el Ecuador, a través de la red del Ministerio de Salud Pública, los CETAD (Centro especializado en el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas). Estos centros se manejan bajo el modelo de comunidad terapéutica, que es muy útil para un sector de drogodependientes que necesitan un entorno seguro y una intervención más intensiva (Flores y Rivas, 2019).

Comunidad terapéutica

Las comunidades terapéuticas son una modalidad de tratamiento para el abuso y dependencia de drogas, cuyo elemento esencial es la comunidad misma, que es utilizada como método principal para facilitar el cambio social y psicológico en los residentes. En este modelo, tanto los residentes como los profesionales a cargo tienen un rol equitativo en el tratamiento. En definitiva, el residente asume un papel gestor de su rehabilitación y de la de sus compañeros (Grandich, 2011). En una comunidad terapéutica, cada miembro, sea residente o profesional, juega un papel fundamental en el proceso de recuperación. Esto se debe a que el modelo habitual de comunidad terapéutica se fundamenta en el principio de que los cambios se dan con mayor facilidad en un contexto grupal, por el apoyo inherente a los grupos humanos (Grandich, 2011). En este contexto, los residentes no son simplemente receptores pasivos de tratamiento, sino que se les motiva a participar de manera activa en su propio proceso de rehabilitación, así como en el de sus compañeros. Este enfoque equitativo propicia la sensación de pertinencia y empoderamiento entre cada residente, quienes asumen roles de liderazgo dentro de la comunidad. Como afirma De Leon (2000), "las comunidades terapéuticas están diseñadas para funcionar y practicar comportamientos saludables que serán esenciales para su vida después de la rehabilitación" (p. 65).

Uno de los aspectos clave de la efectividad de las comunidades es su capacidad para generar un cambio en los residentes. Granfield y Cloud (1999) señalan que "el éxito

de las comunidades terapéuticas radica en su capacidad para crear un entorno de apoyo donde cada individuo puede confrontar y superar las causas subyacentes de su adicción” (p. 88). El enfoque en el cambio social y psicológico en un entorno de apoyo se ha demostrado eficaz en la reducción de recaídas y en la reintegración de los residentes a la sociedad. A pesar de sus beneficios, las comunidades terapéuticas también enfrentan desafíos significativos. La necesidad de mantener un entorno armonioso, seguro y estructurado, junto con la presión de garantizar que los miembros estén comprometidos con el proceso de rehabilitación, puede ser difícil de gestionar (Broekaert et al., 2006).

6. Marco metodológico

El marco metodológico de la presente investigación describe la estrategia que se llevará a cabo para recoger los datos que permitan cumplir el objetivo del estudio.

6.1. Diseño del estudio

Esta investigación asume un diseño no experimental, con un enfoque cuantitativo, de un alcance descriptivo-correlacional y de corte transversal, puesto que pretende obtener datos sobre dos variables, para estudiar su relación en un momento específico (Hernández Sampieri et al., 2014).

6.2. Contexto

Este estudio se desarrolla en el contexto de centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas. En estos espacios, los usuarios se encuentran en modalidad internamiento, sometidos a una vida diaria estructurada y orientada a su rehabilitación, a cargo de un equipo multidisciplinar. Durante su estancia, los pacientes participan en una variedad de reuniones, actividades ocupacionales, grupos de encuentro y otras iniciativas terapéuticas. Estas actividades se desarrollan como un proceso evolutivo, lo cual supone un camino secuencial a través de varios niveles de aprendizaje creciente, de tal manera el aprendizaje que se opera en un nivel facilita el cambio al siguiente nivel (Sánchez y Del Pozo, 2012).

6.3. Participantes y muestreo

En este estudio participará un grupo de sesenta (60) hombres, de entre 18 y 45 años, de nacionalidad ecuatoriana, con un diagnóstico F12, que residen en un centro especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, de carácter privado, en la ciudad de Quito, por un tiempo mínimo de tres meses. La muestra será seleccionada mediante la técnica de muestreo por conveniencia.

Criterios de inclusión

Se aplicarán a los potenciales participantes los criterios de inclusión siguientes:

1. Ser ciudadano ecuatoriano de género masculino.
2. Tener entre 18 y 45 años.
3. Poseer un diagnóstico F12.
4. Residir, en calidad de interno, en un centro especializado en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas.
5. Firmar el consentimiento informado.

6.4. Instrumentos

Para la recolección de los datos requeridos para cumplir el objetivo investigativo, se utilizarán varios instrumentos descritos a continuación.

Características sociodemográficas

Para recopilar las características sociodemográficas de los participantes (edad, lugar de nacimiento, residencia, ocupación, nivel de estudio, estado civil) se utilizará una entrevista semiestructurada, individual y presencial.

Antecedentes clínicos

Test de adicción al cannabis Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Legleye, 2018). Es una escala de tamizaje de la severidad del consumo problemático del cannabis o la marihuana. Está conformada por un conjunto de 6 ítems que miden la frecuencia (últimos 12 meses) de las siguientes variables: uso recreativo, problemas de memoria, apoyo de terceros para reducir el consumo o dejar de consumir cannabis, intentos fallidos para dejar el consumo de cannabis y problemas relacionados con el consumo de esta sustancia. El CAST ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas.

Tipo de apego

Adult attachment inventory (AAI; George et al., 2004). Se trata de un cuestionario que se considera el principal instrumento de medición del estado mental de los sujetos, ya que evalúa los recuerdos que un adulto tiene de sus relaciones con sus figuras de apego. Se codifica en términos de coherencia del discurso en cuatro categorías de EA (seguro, evitativo, preocupado, desorganizado). Se compone de preguntas abiertas para que los usuarios ahonden en sus recuerdos infantiles tales como ¿cómo era tu relación con tus padres?, ¿qué solías hacer de pequeño cuando te sentías herido, preocupado o molesto?, ¿qué tan presentes eran tus padres?, entre otras.

6.5. Procedimiento

Se solicitará la autorización del personal directivo de cuatro Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, a partir de la

cual de organizará el contacto con los potenciales participantes y el desarrollo del trabajo de campo. Una vez seleccionada la muestra, se procederá a aplicar en protocolo de evaluación, que tendrá una duración de 15 minutos por persona para la recolección de datos de filiación, a través de la aplicación de la entrevista; entre 30 y 40 minutos para la elaboración de historia clínica; y entre 30 y 45 minutos para la aplicación del reactivo determinante del EA. Los participantes se convocarán de manera individual.

6.6. Análisis de datos

Para procesar los datos obtenidos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS.22 para Windows (IBM, 2022), y se aplicarán diversos análisis (descriptivos y coeficientes de correlación), con niveles de significancia de $p < .001$.

Tabla 1

Detalle de actividad por objetivo

Objetivo Específico	Actividades por Objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar las características sociodemográficas y culturales de la muestra de estudio.	A1.1 Elaborar la guía de entrevista.	S1	S1
	A1.2 Programar la guía de entrevista.	S2	S2
	A1.3 Aplicar de la entrevista semiestructurada a la muestra.	S3	S5
	A1.4 Sintetizar la Información recogida.	S6	S6
	A1.5 Procesar la Información	S7	S7
O.2. Estudiar el historial clínico y de consumo de sustancias de la muestra de estudio.	A2.1 Programar la historia clínica.	S8	S8
	A2.2 Aplicar la historia clínica a la muestra y la prueba CAST	S9	S11
	A2.3 Procesar la información.	S12	S13
O.3. Determinar el EA de la muestra de estudio.	A3.1 Aplicar el reactivo psicológico "Adult attachment Inventory"	S14	S16
	A3.2 Calificar el reactivo psicológico.	S17	S18
	A3.3 Ingresar los datos al programa.	S19	S20
	A3.4 Analizar datos resultados en el programa.	S21	S22

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; S = Semana

6.7. Planificación de actividades

El estudio se realizará en 6 (seis) meses a través de actividades distribuidas de la manera siguiente: para el primero objetivo, 5 (cinco) actividades; para el segundo objetivo, 3 (tres) actividades, y para el tercer objetivo, 4 (cuatro) actividades. El detalle de las actividades se describe a continuación en la Tabla 1.

6.8. Reflexividad de la investigadora

Como investigadora, reconozco que mi aproximación al estudio del consumo de cannabis y su relación con los EA está marcada por mis convicciones sobre la importancia de la salud mental y el bienestar social. Creo que es fundamental abordar las problemáticas asociadas al consumo de sustancias desde una perspectiva integral que

considere tanto los factores individuales como los contextuales que tienen influencia en el comportamiento de las personas. Estos valores y creencias personales podrían influir en las decisiones durante el proceso de investigación, desde la elección del protocolo de evaluación hasta la interpretación de los resultados obtenidos. Es crucial ser consciente de los sesgos que podrían surgir. Esto requiere un constante esfuerzo por mantener la objetividad y reflexionar críticamente sobre el proceso de investigación.

6.9. Consideraciones éticas

El proyecto de investigación deberá contar con el visto bueno de un comité de ética para la investigación en seres humanos. Se deberá actuar con total transparencia en la comunicación con los centros interesados, cuya autorización formal será indispensable. A continuación, se coordinará con las autoridades de cada centro los mecanismos y las estrategias para el desarrollo del trabajo de campo, que incluye el acceso a los potenciales participantes, reuniones de explicación del proyecto y organización de los espacios de evaluación. Los participantes conocerán sus derechos, los objetivos de la investigación, el tipo de información requerida, el manejo de los datos, el uso de toda información proporcionada, y las garantías de anonimato y confidencialidad. Una vez suscrito el Consentimiento Informado, se procederá a la evaluación individual de cada participante. La aplicación del protocolo de evaluación requerirá dos horas de duración.

6.10. Viabilidad

El presente estudio cuenta con una serie de recursos que garantizan su viabilidad. En primer lugar, el objetivo que se propone es alcanzable, dado que se trata de un estudio que requiere medir variables que no revisten complejidad. En segundo lugar, los aspectos logísticos asociados al proyecto implican gastos reducidos durante los seis meses planificados para su desarrollo. En tercer lugar, la organización del trabajo de campo y, en particular, el acceso a la muestra, que podría ser el aspecto más difícil de controlar, estará garantizado por la experiencia del equipo de investigación que estará al frente del proyecto, como de la campaña de comunicación del proyecto en los centros que pueden estar interesados en participar. Finalmente, los recursos económicos serán proporcionados por los centros colaboradores. En definitiva, no se detectan factores o circunstancias que puedan interferir sensiblemente en el desarrollo de cada una de las fases del proyecto.

7. Resultados esperados

Con base en la literatura (ver Tabla 2), se espera encontrar una relación positiva y moderada entre los EAI y el consumo problemático de cannabis. Diversas investigaciones sugieren que el TA influye en el comportamiento futuro del individuo. De modo más

específico, ciertos estudios indican una relación fuerte entre conductas autolesivas como el consumo de sustancias y EAI como el evitativo y el ansioso. Para estas personas, el consumo de sustancias sería un mecanismo de defensa para lidiar con las frustraciones. Debido a que estos resultados son consistentes a nivel internacional, se espera encontrar la misma relación en el presente proyecto de investigación.

Tabla 2

Resultados de investigaciones previas relacionadas con las variables

Autor	País	Muestra	Resultado
Shcindler y Broning (2015).	Alemania	Revisión de la literatura	Relación fuerte entre apego inseguro evitativo y consumo de sustancias
Momeñe et al. (2021).	España	1533 adolescentes escolarizados	Relación directamente proporcional entre consumo de sustancias y apego inseguro
Gutiérrez (2018).	Colombia	Estudio individual de caso	Relación positiva entre consumo de sustancias y apego inseguro evitativo
Bermúdez y Paredes (2016).	Ecuador	27 hombres con problemática de consumo	85.2% de la muestra presenta apego inseguro ansioso

8. Propuesta de intervención en psicología clínica

La propuesta de intervención que se presenta a continuación tiene por nombre “Restaurando la conexión interior”, cuyo propósito es intervenir en pacientes con un diagnóstico de F12, que poseen un EAI, a través de la herramienta terapéutica *Silla Vacía*, para reducir las conductas de consumo de esta sustancia.

8.1. Nivel de intervención

“Restaurando la conexión interior” se encuentra en el nivel de prevención-tratamiento, dada su naturaleza terapéutica. Utilizando la herramienta psicológica *Silla vacía*, la intervención se propone identificar las heridas de infancia y los EAI que los percipientes tienen. Este enfoque busca la reducción de las conductas de consumo entendiéndolas como un mecanismo defensivo provenientes de los EA y la promoción del bienestar psicológico, aportando a la salud mental y recuperación de los individuos.

8.2. Fundamentación

La *marihuana o cannabis* es considerada la droga predilecta de los jóvenes ecuatorianos. En el afán de investigar sobre esta problemática se han identificado varios factores para la comprensión causal de la conducta, uno de los conceptos psicológicos más recientes que intenta predecir el consumo de cannabis es la TdA. Esta teoría hace referencia al impacto que tiene el modo de crianza de un niño. Si sus figuras cuidadoras se encuentran estables constantes y alivian sus primeras necesidades, el niño desarrollará

un *Apego seguro*, pero si el niño sufre de negligencia por parte de sus figuras parentales, este desarrollará un *Apego Inseguro*. Esta clasificación se subdivide dos: *Apego Inseguro Evitativo* (ausencia de afecto y de atención por los cuidadores que genera en la adultez evitación de necesidades y supresión de emociones) y *Apego Inseguro Ansioso* (inconstante atención del niño generando temor en la expresión y angustia en vínculos amorosos). Así, esta teoría explica que los EAI pueden influir en conductas autolesivas de los sujetos como evasión constante a las emociones tal como lo es el consumo de sustancias (Schindler, 2019, p. 39).

8.3. Descripción de la propuesta

“Restaurando la conexión interior” combina la técnica psicoterapéutica de la *Silla Vacía*, que es una herramienta terapéutica proveniente del enfoque Gestáltico, cuyo objetivo es establecer el diálogo entre las partes internas del sujeto con enfoques de apoyo grupal, para ofrecer una intervención integral y directiva basada en la evidencia, dirigida a mejorar la estabilidad emocional y encontrar un bienestar en la calidad de vida de los individuos con conductas de consumo en el Ecuador. Estas estrategias constituyen una serie de sesiones, en un primer momento grupales, con fines informativos sobre la TA, para posteriormente establecer un plan de tratamiento individualizado para cada participante, en cuanto a sesiones individuales para la aplicación de la técnica se Silla vacía, con el objetivo de identificar el EA que los participantes poseen. Finalmente, se brindarán talleres grupales de apoyo emocional y educación sobre la relación entre los EA y las conductas de consumo, donde los participantes podrán sanar sus heridas internas, compartir sus experiencias y fortalecer su autonomía.

Sesión 1: Establecimiento de bases (grupal)

La primera sesión grupal establece las bases del tratamiento, se trata de una sesión grupal con los participantes donde se realizará psicoeducación sobre la TA y los EA. Se pretende fomentar que los participantes se familiaricen e integren al tratamiento.

Actividad

Taller Grupal. Su objetivo es establecer las bases conceptuales del tratamiento enfatizando en TA y EA para que los participantes se interesen en el tratamiento.

Sesión 2: sesión individual: Establecimiento de Rapport

En esta sesión se establece el inicio del vínculo terapéutico, clave para la intervención posterior, además se pretende informar las bases del tratamiento a partir de la empatía, respeto, autenticidad, calidez y escucha activa.

Actividades

1. *Establecimiento de vínculo terapéutico.* A partir de un diálogo no direccional se informará a cada participante sobre el proceso psicológico, y se brindará el espacio para que el usuario se sienta comprendido y escuchado, fomentando la escucha activa y la calidez del proceso ya que esta es la base fundamental para el éxito del tratamiento de intervención.

2. *Historia clínica y evaluación Inicial.* Se llevará a cabo una entrevista para recopilar información importante sobre el usuario, a partir del formato de Historia clínica psicológica (HC; Arias et al., 2022) donde se recogen datos de anamnesis personal del paciente.

Sesión 3: Exploración de conductas negativas

La primera sesión individual con los participantes establece el inicio del vínculo terapéutico, clave para la intervención posterior, además se pretende informar las bases del tratamiento a partir de la empatía, respeto, autenticidad, calidez y escucha activa.

Actividades

1. *Indagación de conductas de consumo.* Se pretende explorar las conductas que han llevado al sujeto a tener conductas de consumo, con énfasis en los vínculos cercanos, si como también se indagan las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta ahora.

2. *Explicación del tratamiento psicológico.* Se proporciona una explicación comprensible del proceso de la terapia Gestalt haciendo énfasis en la herramienta de Silla Vacía, se incluyen los principios de la teoría, y la dinámica a trabajar posteriormente, además de brindar espacios de aclaración de dudas.

3. *Establecimiento de objetivos terapéuticos.* Juntamente con el participante se establecerán las metas a corto plazo: desahogo emocional, reencuentro con el yo interior, concientización del EA que se posee, bienestar emocional. En esta fase se propone establecer el compromiso con el procedimiento, fomentando la motivación hacia el mismo.

Sesión 4: Preparación y desensibilización

Se trata de introducir al participante a la técnica *Silla Vacía*.

Actividades

1. *Preparación para la desensibilización.* Se identifica un recuerdo objetivo específico no traumático relacionado con la infancia del paciente y se guía a través del diálogo no directivo y con técnicas de relajación como la respiración controlada. Se debe controlar la estabilidad del paciente y observar los indicadores de angustia par que pueda mermarlos.

Sesión 5: Aplicación de la técnica Silla Vacía

Se propone aplicar la herramienta de Silla Vacía en la quinta sesión individual, donde el participante conecta con su infancia e identifica las heridas que tuvo de niño, logrando hacer presente esos hechos e identificando cómo han significado en su vida.

Actividades

1. *Revisión de la sesión anterior.* Se pregunta qué situaciones han desembocado a partir de la identificación del recuerdo infantil, se conversa al respecto validando sus emociones y, si es el caso, se estabiliza emocionalmente y se procede a la aplicación de la técnica.

2. *Aplicación de la herramienta (Silla Vacía).* Se colocan dos sillas estratégicamente frente al terapeuta para que el paciente pueda ejercer la herramienta. En una silla se sitúa el participante y la otra vacía se simboliza al paciente de niño. El paciente adulto empieza hablando al niño interior imaginario, expresando pensamientos y sentimientos, luego cambia de silla para responder desde la perspectiva del niño, revelando emociones miedos y necesidades no resueltas por sus padres. Este diálogo terapéutico facilita la exploración profunda de experiencias pasadas permitiendo que el paciente concientice de las necesidades infantiles no resueltas. Durante el ejercicio el terapeuta guía al paciente a reflexionar sobre las revelaciones halladas además de integrarlas en la vida actual.

3. *Cierre.* Al finalizar el ejercicio de la Silla Vacía, el terapeuta invita al paciente a regresar a su rol presente, otorga tiempo de autorregulación emocional para que pueda centrar sus pensamientos, se procede a una breve recapitulación de la experiencia donde se indaga cómo se sintió el paciente durante el ejercicio y que revelaciones surgieron de ello, se trabaja con escucha activa y validación emocional en todo sentido, se realiza una reflexión conjunta sobre la identificación de faltantes emocionales y se anima al participante a poder identificar qué tipo de EA considera que tendría en base a todos los conocimientos surgidos. Finalmente, se guía al usuario a un ejercicio de cierre como una visualización de protección y empatía propia, para reforzar los sentimientos de autocuidado.

Sesión 6: Identificación del EA

En esta sesión se pretende que el participante identifique qué tipo de apego tiene de acuerdo con sus primeras experiencias vividas y la atención a sus necesidades por parte de sus figuras de cuidado.

Actividades

1. *Revisión de la sesión anterior.* Inicialmente se realiza una recopilación de las emociones y revelaciones que se obtuvo en la sesión pasada en cuanto a la aplicación de la técnica, se aclaran dudas y se brinda espacio de desahogo emocional.

2. *Identificación del EA.* A partir de la recopilación anterior, se retoma la psicoeducación sobre los EA y se informa sobre los mismos, dando paso a que el participante sea quien defina el EA que considera que tiene y explique el por qué, para esto el terapeuta ya debe

tener definido para que en el caso que el participante diga otro, se le pueda guiar y dar la información necesaria explicando el EA que posee.

Sesión 7: Sesión grupal- Apoyo emocional

Una vez culminada las sesiones individuales hasta este punto con todos los participantes, se otorga una sesión grupal que busca brindar herramientas de apoyo emocional en cuanto a autocuidado para que los participantes logren establecer nuevas bases emocionales con su yo infantil.

Actividades

1. *Conexión con el yo interior.* Esta sesión grupal inicia con una exploración hacia los distintos EA hallados en las sesiones individuales, donde los participantes tendrán la oportunidad de expresar su experiencia en las sesiones individuales y cómo estas favorecieron a la identificación de sus heridas infantiles generando un EA.

2. *Autocompasión.* En un segundo momento de la sesión grupal, la terapeuta invitará a generar herramientas de empatía y compasión propia que evocan los participantes a través de la participación libre y voluntaria. Aquí se encuentran herramientas como la validación emocional, el reconocimiento de heridas y necesidades no saciadas y la importancia de generar una protección propia. Se realiza una reflexión grupal guiada donde los participantes conecten con su parte interna.

3. *Conexión con conductas de consumo.* Una vez identificadas las necesidades no resueltas que dan origen a los EAI, se realiza una conexión del EA con conductas autolesivas como método de escape. Aquí se espera que los participantes sean quienes manifiestan al consumo como una consecuencia, para que exista un mayor sentido de compromiso con la temática, en el caso que no se evoque, la terapeuta explicará al respecto.

4. *Exploración de nuevas herramientas protectoras.* Se solicitará a participación de los pacientes en cuanto a que mencionen nuevas alternativas coherentes para mermar los problemas infantiles no resueltos que alteran su presente, como contraposición al consumo, se valida cada uno de los aportes y se generan más en el caso de necesitarlo, como, por ejemplo: ejercicio, buena alimentación, pasatiempos saludables, entre otros.

5. *Validación y cierre.* Se revisa los aportes generados durante la sesión, la terapeuta genera un espacio de resolución de dudas surgidas y se cierra la sesión, preparándolos a los participantes para la próxima sesión de cierre final del proceso.

Sesión 8: Sesión de cierre grupal

Se realizará una sesión final con todos los participantes para conocer su criterio sobre el proceso y brindar herramientas futuras, además de promover la salud mental y

bienestar psicológico a través del entendimiento del consumo como un método de escape ante una realidad que ya se encuentra resuelta.

Actividades

1. *Retroalimentación.* Esta sesión la terapeuta hará un recorrido por toda la intervención a breve modo, reconociendo la importancia de la participación de ellos pacientes.
2. *Feedback de los participantes.* A continuación, se brindará el espacio para que los participantes que deseen libre y voluntariamente puedan opinar sobre el proceso llevado hasta ese momento, a lo que se valida y reconoce los comentarios vertidos.
3. *Conclusiones y recomendaciones.* Se hará un cierre con los participantes reconociendo el valor individual y motivándoles extrínsecamente que evalúen a las conductas de consumo como una situación de riesgo presentada por EA que generan sensación de huida, promoviendo la disminución y erradicación de la conducta a través de la autocompasión y autorrespeto.

8.4. Objetivos de la intervención

El programa de intervención “Restaurando la conexión interior” plantea un objetivo general y cuatro objetivos específicos, que se detallan a continuación.

Objetivo general

Mejorar la estabilidad emocional y la calidad de vida de pacientes con un diagnóstico F12, que poseen un EAI y residen en centros de rehabilitación de adicciones.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas, culturales, clínicas y de EA de una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.
2. Aplicar el programa de intervención “Restaurando la conexión interior” una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.
3. Dotar de estrategias de autocuidado a una muestra de hombres ecuatorianos que residen en Centros especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12.

8.5. Población objetivo

La población objetivo del plan de intervención “Restaurando la conexión interior” está compuesta por hombres ecuatorianos de entre 18 y 45 años, que residen en Centros

especializados en tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas y que cuentan con un diagnóstico F12. Pese a que este proyecto de intervención tiene una apertura a nivel macro, se considera intervenir con 20 personas en un plazo de 4 meses. El plan de intervención busca atender a aquellas personas que tienen conductas de consumo y necesitan una nueva visión de sí mismos para identificar los factores que generan estas conductas. Por ello se intervendrá en sesiones grupales e individuales a través del uso de herramientas psicológicas como la *Silla Vacía* donde cada participante podrá identificar su EA, sus heridas de infancia y, por consiguiente, comprender el origen de sus conductas autodestructivas como el consumo.

8.6. Actividades de la intervención

El plan de intervención se llevará a cabo en un plazo de 4 (cuatro) meses, a través de actividades distribuidas: para el primero objetivo, 5 (cinco) actividades; para el segundo objetivo, 4 (cuatro) actividades; y para el tercer objetivo, 2 (dos) actividades. El detalle de las actividades se describe a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3

Detalle de actividad por objetivo en el plan de intervención “Restaurando la conexión interior”

Objetivo Específico	Actividades por Objetivo	Inicio	Fin
O.1. Identificar las características sociodemográficas, culturales, clínicas y de EA de la muestra.	A1.1 Dar a conocer las bases contextuales del plan (sesión grupal)	S1	S1
	A1.2 Establecer las bases de la relación terapéutica (sesión individual)	S2	S2
	A1.3 Realizar la historia clínica a la muestra (sesión individual)	S3	S5
	A1.4 Realizar una entrevista de exploración de conductas negativas (sesión individual)	S7	S8
	A1.5 Diseñar Plan de intervención (sesión individual)	S8	S9
O.2. Aplicar el programa de intervención a la muestra.	A2.1 Preparar y desensibilizar en sesión individual (sesión individual)	S10	S10
	A2.2 Aplicar la técnica de Silla Vacía (sesión individual)	S11	S12
	A2.3 Identificar el EA personal (sesión individual)	S13	S13
	A2.4 Sintetizar la información recogida en todo el proceso terapéutico	S14	S14
O.3. Dotar de estrategias de autocuidado a la muestra.	A3.1 Brindar apoyo emocional al grupo sensibilizando y validando el proceso (sesión grupal)	S15	S15
	A3.2 realizar el cierre del programa con <i>Feedback</i> de los participantes (sesión grupal)	S16	S16

Nota. O = Objetivo; A = Actividad; S = Semana

8.7. Recursos necesarios para implementar la intervención

Para la ejecución del plan de intervención se requieren los recursos siguientes:

- Un coordinador.
- Dos Psicólogos con experiencia en terapia Gestalt o Humanista.
- Dos asistentes de investigación.
- Formato de entrevista estandarizado en papel o digital.
- Espacios de oficina para entrevistas.
- Materiales para la Silla Vacía (dos sillas).
- Pizarrón y marcadores.
- Equipos audiovisuales para la exposición.
- Material didáctico.

8.8. Plan de evaluación de la intervención

Es vital evaluar la efectividad del plan de intervención. Para corroborar el cumplimiento de los objetivos planteados, se aplicará un plan de evaluación que consiste en tres fases. Inicialmente se realizará una evaluación personal para identificar la percepción que los participantes tienen sobre el consumo. Para ello, se aplicará la prueba *Substance Abuse Screening Inventory (SASSI)* (Miller, 1985), que identifica la perspectiva que tienen las personas sobre el consumo. De esta forma, se podrá evaluar si la percepción del consumo ha disminuido. Posteriormente, se aplicará la *Self-Compassion Scale (SCS)* (Neff, 2003), para medir la autocompasión (capacidad del sujeto de ser amable consigo mismo en momentos de dificultad dolor o sufrimiento). Consta de 26 ítems que se agrupan en 6 subgrupos que evalúan tres componentes: auto bondad vs auto juicio, humanidad común vs aislamiento, mindfulness vs sobre identificación. A través de la aplicación de este cuestionario se podrá medir si los participantes lograron ser más empáticos consigo mismos. Finalmente, se realizarán grupos focales con las participantes para obtener retroalimentación cualitativa sobre su experiencia en el programa, logrando identificar factores a mejorar y a potencializar.

8.9. Viabilidad

La viabilidad del plan de intervención requiere un análisis de las variables en cuanto a la recolección y estudio de datos, además de la entrega total a la intervención terapéutica que se plantea. En cuanto a sostenibilidad financiera, se cuenta con financiamiento total por parte de las instituciones privadas que atienden a la población objetivo; es decir, el centro de atención integral para personas con conductas de consumo. Este financiamiento cubrirá los costos de recursos humanos (honorarios del personal), recursos materiales y demás necesarios. El plan de intervención se ha analizado y estructurado en un marco

temporal de tres meses, con actividades definidas por cada objetivo para que se puedan llevar a cabo en el tiempo estimado. Además, el personal administrativo y operativo del proyecto se encuentran capacitados académicamente y cuentan con experiencia al respecto. Sin embargo, se identifican posibles obstáculos dentro de la práctica del proyecto, la cual puede ser la resistencia inicial de los participantes debido al nivel de sensibilización que el proyecto requiere.

9. Discusión, conclusiones y recomendaciones

En este apartado, cuya finalidad es determinar las implicaciones previstas de los resultados del proyecto tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica clínica, se señalan las fortalezas y debilidades de la propuesta de investigación y de la intervención además de establecer conclusiones y recomendaciones tras su implementación.

9.1. Implicaciones de los resultados esperados

El presente estudio confirma la tendencia evidenciada en estudios anteriores a nivel de la región e intercontinentalmente, destacando la relación sólida entre los EAI y las conductas autodestructivas como el consumo. Por esta razón, este estudio fortalecerá la validez de la terapia psicológica individual en cuanto al reconocimiento del yo interior, por medio de la aplicación de la técnica Silla Vacía, que identifica el EA que los sujetos tienen, destacando la importancia de situar el origen de las conductas negativas en la vida de los participantes, logrando su estabilidad emocional y la reducción de conductas de consumo, mediante la autocompasión que se experimenta. Además, la relevancia de estos hallazgos no solo descansa en su contribución al campo terapéutico, sino también en cómo estos resultados pueden impulsar el desarrollo de nuevas estrategias de intervención en contextos más amplios. Por ejemplo, la validación de la técnica de la Silla Vacía como herramienta eficaz en la identificación y tratamiento de los EAI puede alentar a los profesionales de la salud mental a incorporarla en programas de rehabilitación tanto en ambientes hospitalarios como en tratamientos ambulatorios. Esto es crucial, ya que el tratamiento ambulatorio ofrece la flexibilidad de intervenir en una etapa temprana, lo cual podría prevenir la progresión hacia patrones de consumo más problemáticos y, por ende, reducir la carga clínica y social asociada al consumo de sustancias.

Al evidenciar la eficacia del tratamiento en este grupo poblacional, el proyecto reafirma entonces la utilidad de la aplicación de la técnica, y sugiere una implementación del área psicológica individual especializada en tratamientos futuros de consumo no solo en personas que se encuentran en proceso de internamiento, sino también abriendo la posibilidad de ejercer este proyecto en personas con tratamiento ambulatorio que cuenten

con características de consumo de cualquier tipo. La implementación de esta técnica en diversos contextos terapéuticos permitirá una mayor adaptabilidad del tratamiento a las necesidades individuales de los pacientes, mejorando así la tasa de éxito en la rehabilitación y ofreciendo una intervención más personalizada y efectiva.

Finalmente, también los resultados objetivos impulsarán nuevas investigaciones sobre la problemática, abriendo paso a nuevos conocimientos y aplicaciones de técnicas que fortalecerán el tratamiento de esta problemática situación que se atraviesa en la actualidad. Esto, a su vez, podría fomentar la creación de políticas de consumo más informadas hacia la prevención y tratamiento del consumo problemático de sustancias, contribuyendo a una mejor calidad de vida para aquellos afectados y una reducción en los costos sociales y económicos con el consumo de drogas.

9.2. Fortalezas y limitaciones del proyecto y de la propuesta

En cuanto al proyecto de investigación, se reconocen fortalezas significativas, siendo la de mayor impacto la recolección directa de información de participantes en el contexto de pacientes internos en un centro de rehabilitación, lo que da valor a la información. Como limitación, se encuentra el posible sesgo del personal. Respecto a la propuesta, se puede resaltar la adherencia de técnicas psicológicas gestálticas que usualmente no se trabajan en conductas de consumo, como la Silla Vacía, que integra autoobservación por parte del participante de una forma ajena a la crítica, sino más bien a la autoaceptación y contemplación de su EA y la implicación que este ha tenido a lo largo de su vida. Esto permite al usuario una experiencia de autorreflexión no solo en el área de consumo, sino en cada conducta autodestructiva, es decir, generar un cambio en la percepción del yo de adentro hacia afuera. Como limitación se identifican las barreras que los participantes puedan demostrar en el proceso de intervención terapéutica, ya que se requiere una motivación y colaboración del individuo para que el uso de la técnica tenga resultados. Sin embargo, se considera crear una relación terapéutica sostenible, mediante comunicación empática, para que los sujetos minimicen sus barreras defensivas y se abran a la posibilidad de adherirse al tratamiento.

9.3. Conclusiones generales

El estudio investigativo se sitúa en centros especializados en el tratamiento de personas con problemas de consumo de alcohol y otras drogas en el Ecuador. Esta investigación pretende confirmar la relación entre los EAI y las conductas autodestructivas como una consecuencia de la ausencia de herramientas útiles y sanas para confrontar situaciones negativas en la cotidianidad. Entre estas consecuencias se encuentra el

consumo y abuso de sustancias, en específico el cannabis, por ser la droga más consumida. Reconocer esta relación no solo contribuye al campo teórico, sino que también tiene implicaciones prácticas de gran significado, permitiendo que los programas de rehabilitación se enfoquen en la raíz emocional de estas conductas. Además, se plantea una propuesta de intervención que destaca la importancia de la autocompasión y el reconocimiento del “yo interior”, mediante la técnica de la silla vacía como estrategia terapéutica eficaz para lograr estabilidad emocional y por consecuencia reducir el consumo. Su efectividad se apoya en la capacidad de la técnica de la Silla Vacía para facilitar un proceso de introspección profunda, permitiendo a los participantes explorar y confrontar aspectos no resueltos de su pasado. Esta confrontación es fundamental para hacer a un lado patrones de apego disfuncionales que alimentan el consumo problemático de sustancias. Los resultados esperados de la investigación serán un gran aporte porque también generan la posibilidad de aplicar en otros espacios de salud mental.

9.4. Recomendaciones o propuesta para la implementación

En cuanto a la investigación, es necesario que el personal investigador y colaborador cuente con preparación suficiente en el campo técnico y científico. Además, se recomienda generar redes sostenibles de apoyo para la investigación, como los centros de atención. Para la propuesta de intervención se recomienda aumentar el número de sesiones previas y posteriores a la aplicación de la técnica, para que exista un mayor nivel de preparación y cierre del proceso de los participantes, así como también brindar un seguimiento a largo plazo. Esta estrategia permitirá evaluar la efectividad de la intervención fuera de los espacios terapéuticos de internamiento y, de este modo, evidenciar la reducción del consumo en la vida cotidiana de los sujetos. El seguimiento a largo plazo es fundamental para identificar no solo la sostenibilidad de intervención según las necesidades emergentes de los participantes. Además, en futuros planteamientos de intervención se recomienda la diversificación de técnicas terapéuticas, es decir, integrar técnicas adicionales como la terapia cognitivo-conductual o enfoques basados en la atención plena, que ofrecen una gama más amplia de herramientas para abordar las diversas manifestaciones de apego inseguro y conductas autodestructivas, proporcionando así un tratamiento más holístico y efectivo. Finalmente se recomienda para futuras investigaciones y propuestas de intervención en torno a la temática, aumentar el alcance geográfico y demográfico de las muestras, para asegurar una mayor representatividad y permitir la generalización de los hallazgos que aporten significativamente a la bibliografía científica. Además, es importante considerar la inclusión

de variables sociodemográficas como género, nivel socioeconómico y antecedentes familiares, que podrían influir en la dinámica entre el apego inseguro y el consumo de sustancias proporcionando una comprensión más matizada del problema y su contexto.

10. Referencias

- Ainsworth, M. D. S. (1979). *Infant-mother attachment*. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>
- Alvarado, M., & Rosero, K. (2021). *Tipo de Apego en Personas de 18 a 60 años que presentan Adicciones a Sustancias Psicotrópicas en el Cantón Girón*. Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11470/1/17003.pdf>.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). *Attachment styles among young adults: A test of a four-category model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>.
- Bermúdez, M., & Paredes, R. (2016). *Estilos de apego en adultos que presentan trastorno por consumo de alcohol en el cantón Cuenca* [Tesis de licenciatura, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional Universidad del Azuay. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6491/1/12630.pdf>.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
- Bowlby, J. (2009). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. Paidós. <https://holossanchezbodas.com/wp-content/uploads/2021/08/John-Bowlby-Una-base-segura.pdf>.
- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.28.5.759>.
- Bretherton, I., & Munholland, K. A. (2008). *Internal working models in attachment relationships: A construct revisited*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2nd ed., pp. 102-127). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-13837-005>.
- Broekaert, E., Kooyman, M., Ottenberg, D. J., & Vandervelde, S. (2006). *The Therapeutic Community for Addicts: Intimacy, Parent Involvement and Relapse*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 45, 30-48. <https://repub.eur.nl/pub/40357/>
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.). Guilford Press.
- Davidson, S., & Ireland, C. (2009). *Substance misuse: The relationship between attachment styles, personality traits and coping in drug and non-drug users*. *Drugs and Alcohol*

- Today, 9(3), 22-27.
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/17459265200900027/full/html>.
- De Leon, G. (2000). *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. Springer Publishing Company.
- Durán, A. (2022). *Addictions and attachment: A comparative study*. National Distance Education University. https://www.researchgate.net/profile/Antonio-Duran-Carredano/publication/364120241_Addictions_and_attachment_a_comparative_study/links/633b038176e39959d6958f37/Addictions-and-attachment-a-comparative-study.pdf.
- Flores, C., & Rivas, N. (2019). *Centros de tratamiento de adicciones: El peligroso limbo entre la legalidad y la clandestinidad*. Friedrich Eber Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/quito/15167.pdf>.
- Grandich, K. (2011). *El grupo en el contexto de la comunidad terapéutica para adictos*. <https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/675/Grandich%2C%20Karina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Granfield, R., & Cloud, W. (1999). *Recovery in the USA: A Model of Treatment in Therapeutic Communities*. *Addiction Research & Theory*, 88(1), 87-98. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1155/2013/427817>.
- Hall, W. (2014). *The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy?* *The Lancet*, 109, 101-110. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0955395909000504>.
- Harlow, H. F. (1958). *The nature of love*. *American Psychologist*, 13(12), 673-685. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0047884>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wpcontent/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). (2023). *El Cannabis (marihuana) - DrugFacts*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-canabis-marihuana>.
- Legleye, S. (2018). *The Cannabis Abuse Screening Test and the DSM-5 in the general population: Optimal thresholds and underlying common structure using multiple factor analysis*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 27(2), e1597. <https://doi.org/10.1002/mpr.1597>.
- Lorenz, K. (1952). *King Solomon's Ring: New Light on Animal Ways*. Methuen Publishing Ltd.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (2016). *Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood*. In J. Cassidy

- & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 666-697). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-13837-029>.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern: Procedures, findings, and implications for the classification of behavior*. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex Publishing. <https://psycnet.apa.org/record/1986-97821-005>.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). *An attachment perspective on psychopathology*. *World Psychiatry, 11*(1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.004>.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Miller, G. A. (1999). *The Substance Abuse Subtle Screening Inventory (SASSI) Manual* (2nd ed.). Springville, IN: The SAASI Institute.
- Moenta, L. E. (2014). *Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby*. *Revista chilena de pediatría, 85*(3), 265-268. https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf?fbclid=iwar0px0c0oey_j4p0dht.
- Momeñe, J., Estévez, A., Pérez-García, A. M., Jiménez, J., Chávez-Vera, M. D., Olave, L., & Iruarizaga, I. (2021). *El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes*. *Anales de Psicología/Annals of Psychology, 37*(1), 121-132. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282021000100014&script=sci_arttext&tlng=es.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. (2023). *Ordenanza N° 050-2023: Prevención del uso de drogas*. https://www7.quito.gob.ec/mdmq_ordenanzas/Administraci%C3%B3n%202019-2023/Ordenanzas/2023/ORD-050-2023-MET-PREVENCI%C3%93N%20DE%20USO%20DE%20DROGAS.pdf.
- Neff, K. D. (2003). *Development and validation of a scale to measure self-compassion*. *Self and Identity, 2*, 223-250. <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/empirical.article.pdf>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023, junio). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023 de UNODC advierte sobre crisis convergentes a medida que los mercados de drogas ilícitas siguen expandiéndose*. <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las->

drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11*. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
- Ortiz-Granja, D., Acosta-Rodas, P., Rubio, D., Lepe-Martínez, N., Del Valle, M., Caden, D., ... & Galarza, C. R. (2019). *Consideraciones teóricas acerca del apego en adultos*. *Avances en Psicología*, 27(2), 135-152. <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1793>
- Peñafiel, E. M. P. (2009). *Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes*. *Revista de Educación*, 32(1), 147-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Rosales Casavielles, Y. E., Góngora Herse, M. y de la Rosa Rosales, E. J. (2017). La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos. *Correo Científico Médico*, 21(2), 557-560. <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v21n2/ccm20217.pdf>
- Schindler, A. (2019). *Attachment and substance use disorders—theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment*. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 39. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00039>.
- Schindler, A., & Bröning, S. (2015). *A review on attachment and adolescent substance abuse: empirical evidence and implications for prevention and treatment*. *Substance abuse*, 36(3), 304-313. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/08897077.2014.983586>.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269. <https://www.allanschore.com/pdf/SchoreIMHJTrauma01.pdf>
- Smith, J., & Jones, L. (2019). Effects of long-term cannabis use on male fertility. *Journal of Andrology*, 32(2), 310-325. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7385722/>.