UMC
UNIVERSIDAD
MIGUEL DE CERVANTES
AUTÓNOMA

Escuela de Psicología

Relación entre el consumo de marihuana y el estilo de apego en jóvenes de Santiago

Tesina para optar al Grado de Licenciado en Psicología y al
Título Profesional de Psicólogo

Profesor Guía: Christian Codecido Geell

Estudiante: Patricia Matus Silva

Santiago – Chile, julio 2019

AGRADECIMIENTOS

Infinitamente gracias a Dios.

INDICE DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS ii
INDICE DE CONTENIDOS iii
INDICE DE TABLAS Y FIGURAS v
Resumen vi
Abstract vii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN 1
Introducción 1
1.1 Justificación 2
1.2. Planteamiento del problema 5
1.3 Objetivos 7
1.3.1 Objetivo general 7
1.3.2 Objetivos específicos 7
1.4 Limitaciones del estudio 7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO 9
Origen de la Teoría del apego 10
Cimientos de la Teoría del apego 10
Teoría del apego 12
Tipos de apego 12
Evitación y ansiedad 14
Cannabis y su historia 15
Cannabis, ciencia e investigación 17
Antecedentes estadísticos del incremento del uso de la sustancia 18
Decisión de consumo 20
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO 21
3.1. Método - campo 21
Definición conceptual de apego 21
Definición operacional del apego 21
Definición conceptual de consumo de marihuana 22
Definición operacional de consumo de marihuana 22
3.1.1. Laboratorio 22

3.1.2. Gabinete 23
3.1.3. Descripción de la población o de la muestra en estudio. 23
3.1.4. Localización de la zona de muestreo. 23
3.1.5. Descripción del método de muestreo. 24
3.1.6. Descripción de los métodos. 24
3.1.7. Descripción del análisis estadístico. 26
3.2. Materiales 26
CAPÍTULO IV. RESULTADOS 28
4.1. Presentación de los resultados 28
4.2. Interpretación de los resultados 28
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES 35
5.1. Conclusiones, discusión y recomendaciones 35
CAPÍTULO VI. REFERENCIAS 39
ANEXOS 42
ANEXO A: DSM-5 42
ANEXO B: DATOS GENERALES 45
ANEXO C: CUESTIONARIO ECR 47

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Distribución de la muestra por género 28
Tabla 2 Distribución de participantes según gravedad 29
Tabla 3 Niveles de consumo de marihuana 29
Tabla 4 Ansiedad ante el abandono 30
Tabla 5 Porcentajes de distribución ansiedad 30
Tabla 6 Evitación de la intimidad 30
Tabla 7 Porcentajes de distribución evitación 31
Tabla 8 Estadísticos de grupo 32
Tabla 9 Prueba T 32
Tabla 10 Resultado ansiedad 33
Tabla 11 Resultado evitación 33
Tabla 12 Anova 34
Tabla 13 Estadísticos de fiabilidad 34
Tabla 14 Consumo por género 36

Resumen

Estudios señalan que existe un aumento en Chile del consumo de marihuana, pasando del 4.6% en 2010 a 14.5% en 2016 (12°estudio Senda) en jóvenes adultos, dejando en claro la prevalencia de su uso. Desde otro ángulo, la relación afectiva más importante que tenemos al venir al mundo y que nos acompaña toda la vida, se denomina apego, así lo distingue el psicoanalista John Bowlby, enumerando 3 tipos: seguro, angustioso y autoconfianza compulsiva; a estos dos últimos dirigiremos nuestra investigación, relacionando estilo de apego y consumo de marihuana. Tomando como base esta teoría, las investigaciones de Hazan y Shaver, en 1987, se enfocaron en la calidad percibida de la relación romántica en adultos, ellos señalan que los individuos ya maduros arrastran consigo aspectos similares de su apego de la infancia, por lo tanto, sus emociones y conductas del vínculo en una relación de pareja se podría cuantificar a través de un cuestionario de autorreporte llamado Experiences in Close Relationships (ECR), que evalúa dos parámetros: ansiedad y evitación. Así entonces, el individuo adulto que trae consigo un vínculo de apego dificultoso, más su adherencia hacia el consumo de la marihuana que, considerando su efecto depresor, muchos la utilizan para relajarse y este puede ser el enlace, la herramienta necesaria para satisfacer instantáneamente aquellos momentos de tensión en las parejas, encontrando sensaciones de calma y bienestar de una representación interna que trae consigo el individuo desde su infancia.

Abstract

Studies shows that exist an increase in marijuana use in Chile, going over 4.6% in 2010 to 14.5% in 2016 (12° Senda Study) in young adults, letting in clear the prevalence of his use. From another angle, the most important affective relationship that we have when we come to the world and that accompanies forever, its named attachment, that's how the psychoanalyst Jhon Bowlby distinguishes it, enumerating 3 types: Safe, distressing and compulsive self-confidence; To this last two we direct our investigation, relating style of attachment, and marijuana consume. Taking as base this theory, the investigations of Hazan and Shaver, in 1987, focus on the quality perceived of the romantic relationship in adults, they point out that the already mature individuals drag whit them similar aspects of his childhood attachment, therefore, the bound his emotions and behavior in a relationship it could quantify trough a questionnaire of self report called Experiences in Close Relationships (ECR), That evaluate two parameters: Anxiety and avoidance. Therefore, the adult individual that brings whit him a difficult bond attachment, plus his adherence to the marihuana consume, considering his depressor effect, many use them to relax and this could be the link, the necessary tool to satisfies instantly those moments of tension in couples, finding calm sensations and wellness of an intern representation that the individual brings whit it from his childhood.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

Introducción

La tesina que se tratará a continuación presenta un estudio acerca de la relación entre el estilo de apego de un individuo y el consumo de marihuana, este consumo nos sugiere una vulnerabilidad, por lo tanto, lo primero que nos convoca es buscar el mecanismo que predispuso a estos individuos al consumo o a la adicción, para ello nos enfocaremos en su infancia, allí donde se inicia el estilo de apego, porque es la relación afectiva más importante que tenemos al venir al mundo, que será el sendero por el cual transitaremos hacia la adultez; todos los seres humanos al momento de nacer tienen la necesidad biológica de comunicarse, de alimentarse para sobrevivir, pero lo más importante, es establecer un vínculo de protección con un cuidador significativo, que generalmente es la madre, si este adulto resulta ser protector, presente y calmante en los momentos de tensión o necesidades, se fomenta el apego seguro, ahora si por el contrario, no se obtiene atención y no hay respuesta ante las necesidades, se insta a un apego inseguro. (Bowlby, 1995)

Es importante poder ir más allá de lo superficial que pudieran considerar los consumidores, existe todo un mecanismo neurofisiológico que se ve involucrado, entre ellos se puede mencionar que procesos naturales del cuerpo que causan satisfacción, placer, tranquilidad en nuestro estado de ánimo, como lo son, entre muchos, los sistemas endocannabinoides, producción de serotonina, dopamina, etc., se ven alterados, eso direccionado desde el punto de vista biológico, por otro lado, y en relación a nuestro estudio, hacemos la conexión dirigiendo la mirada hacia la infancia del individuo, donde ponemos atención al momento de su nacimiento, el primer vínculo que tuvo, es importante saber qué tan fuerte y duradero fue, situación trascendental que está directamente relacionada con el propósito de esta investigación, el saber si existe relación entre estas dos variables. Desde la biología, comprendemos que como las moléculas del cannabis se adhieren a todas las estructuras antes mencionadas, tendremos todo un abanico de posibilidades de reacciones, las que como no provocan un efecto tan intenso o inmediato como otras drogas, como por ejemplo la cocaína o el opio, es que se

denomina droga blanda, pero aun así, su consumo afecta las áreas antes mencionadas, y cabe destacar que lo que la marihuana tiene en común con el resto de las otras drogas, es que estimula la producción de dopamina, haciendo que esto inicie la dependencia, lo que puede llevar de un uso abusivo o un uso crónico, y si a esto le sumamos una base inapropiada de experiencia de los primeros años de vida del individuo, podríamos llegar de inmediato a la dependencia de esta sustancia, puesto que hay estudios que demuestran que con una infancia dificultosa, como abuso sexual, abandono, maltrato psicológico o físico, el sujeto se relacionará directamente con el consumo de sustancias. (Méndez, Romero, Cortés, Ruíz, Próspero, 2017).

1.1 Justificación

Estamos ubicados en una época en el que todo es de prisa, donde cuando se es padres, por ejemplo, el tiempo es escaso para esta labor, priorizando, en algunos casos, lo laboral, los estudios, los amigos, etc., por lo tanto, se insta a fomentar en los niños desde pequeños a una excesiva independencia, enseñándoles a que duerman solos, que se calmen solos, que jueguen solos, pero esto sencillamente no es una buena práctica, sin querer se están tomando decisiones que necesariamente afectarán el desarrollo del niño de diversas maneras. (Lecannelier, 2018)

Por primera vez se está teniendo en cuenta que todos los cuidados son tan importantes en cada momento de la vida de un individuo, históricamente no hubo consideración especial para con los niños y niñas, éstos eran tratados como adultos pequeños, y cuanto antes debían comenzar a trabajar. (Lecannelier, 2018)

Situándonos ahora con la diversidad de información de los estudios recopilados es que se debe considerar entonces que un bebé que llega al mundo, va creciendo y, en situaciones normales, está junto a su figura de apego, ésta va forjando un camino de seguridad si es que le ofrece apoyo, contención, amor, cuidados, los cuales le ayudaran a ir confrontando situaciones de estrés que se vayan presentando, propias de su crecimiento, fortaleciéndole cuando está presente en los momentos de dificultad, generando el apego, esta unión que se hace entre dos, debe ser en forma continua, idealmente estable y duradera en el tiempo, así, si un bebe por ejemplo, llora y obtiene calma, cariño, sensibilidad, este niño aprende que esa es la manera de controlar el stress

y así, será muy probable que en su futuro, ante situaciones similares, podrá encontrar la manera más óptima para manejarlas. Pero, no siempre es así, si el niño no tiene este modelo de crecimiento y se va encontrando con que no posee una relación estable, se presentarán situaciones de estrés en las que sus estrategias de respuestas no serán las adecuadas, esto, sin duda lo acompañará a su adultez, que desde el punto de vista psicoanalista, donde los conflictos que se originan en el periodo pueril van quedando en el inconsciente y he aquí nuestro objeto de investigación, porque, qué podría entonces pasar para que una persona adulta sin un sistema de apego hipotetizado como fundamental para la sobrevivencia del niño, no tenga patrones conductuales y sentimentales en su vida de adulto que le proporcionen estabilidad en sus relaciones. (Martínez, Santelices, 2005)

Para esta respuesta existen muchas opciones, pero desde el punto de vista del enfoque de este estudio, nos detendremos a revisar los campos que abarca el consumo de la cannabis, como alternativa para aliviar el estrés de situaciones conflictivas, ya que muchos jóvenes han decidido por su voluntad utilizar marihuana, haciéndola parte de sus actividades diarias, utilizándola como medio para regular la ansiedad o evadir conflictos de la vida diaria, definiéndola sin previa verificación como un aporte en su vida, y más aún en la actualidad, donde su uso y reconocimiento ya no es oculto como lo fue en épocas pasadas, ahora su utilización es reconocida, sin ocultar, hasta podemos ver su consumo en las calles, sobre todo en las agrupaciones de estudiantes alrededor de las universidades o centros de estudios, como una manera de socializar, relajarse, de terminar o empezar una jornada de estudios, etcétera, a esto debemos agregar el incremento del uso de la marihuana en los últimos años, dato que nos señala que en los jóvenes no ha producido efecto la información e investigaciones que se han realizado, la decisión de consumo es compleja y multifactorial, y que, aunque la marihuana esté prohibida en muchos países, no deja exento de oportunidades de consumir al joven y de su inicio de consumo, al no detectar efectos inmediatos, le incentiva a pasar a la etapa siguiente, uso habitual, que lo podría llevar a un uso crónico, cabe mencionar que la socialización juega un papel importante (aunque no único) en el paso de una etapa de consumo a la otra (de habitual a crónico), están involucrados los deseos personales de consumir, la edad, el sexo, la presión que ejerce el entorno por obtener mejor rendimiento

académico, relación con la familia, amigos etc. (Guzmán, Llamas, Rodríguez, Alonso, 2012), por lo tanto, esta investigación tiene participantes con diversas cantidades de consumo, que posibilita a este estudio a obtener las estadísticas pertinentes a observar.

Otro aspecto importante de mencionar es toda la estructura biológica involucrada, si se consume marihuana, aparentemente todo funciona sin problemas, pero no se está dimensionando que se ve afectada de alguna manera, así también podría trascender en sus relaciones sociales, en su personalidad, en sus relaciones de pareja, con sus hijos, en sus pensamientos, en fin, un sin número de funciones y relaciones alteradas, es por esto que las investigaciones se siguen realizando, y por consiguiente los hallazgos siguen, y más aún, si hablamos de individuos que han comenzado el consumo de marihuana en la niñez o adolescencia, su cuerpo que aún estaba en proceso de cambio, específicamente las funciones cerebrales se vieron afectadas, esto se ha avalado por investigaciones acerca del recorrido de esta sustancia en el cuerpo que solo afectará en la infancia y no se presentarán en la adultez, y es precisamente este último punto el que nos dirige a enfocar nuestro campo de investigación: adultos consumidores de marihuana, porque en ellos ya no agregaremos una variable más, la que sería daño en las funciones cerebrales, de la adolescencia o niñez. (Mena, Dörr, Viani, Neubauer, Gorostegui, Dórr, Ulloa, 2013)

Se dijo anteriormente que el uso de la marihuana en Chile está en aumento (y en el mundo entero), ubicándose su consumo cada vez más repetitivo en la sociedad, (Estudio del Senda, 2018), y justo en el momento en que existe un proyecto de ley relacionado con el límite de la cantidad del auto-cultivo, lo que podría hacer más permisiva su obtención, puesto que aún no hay acuerdo en el Senado si por consiguiente será para uso medicinal o recreativo, resulta entonces pertinente indagar con un estudio que manifieste posible relación entre el apego y el consumo, que corrobore que si el apego es seguro, no existe la necesidad de utilizar salidas inmediatas o instantáneas ante situaciones de estrés, como es el caso de este estudio, así entonces a través de la estadística, se podrá confirmar o refutar que un apego seguro es sinónimo de adultos con una mejor salud mental, más tranquilos emocionalmente.(Cultivo medicinal de cannabis, 2019)

1.2. Planteamiento del problema

En la vida diaria, en nuestro entorno, con quien nos relacionemos, escuchamos diversas opiniones y experiencias del uso de la sustancia cannabis, por lo tanto, se puede dilucidar a simple vista, que su uso se está incrementando, pero, ¿existe realmente conciencia de estos actos?, ¿se hacen estudios científicos a nivel del consumidor antes de comenzar a utilizarla por primera vez?, ¿se revisan estudios acreditados a cerca de la sustancia que se pretende introducir al cuerpo?, o tal vez, se tomará en consideración que el nivel de uso podría no quedarse en leve, si no que podría cambiar sin control y pasar de un uso esporádico a un consumo moderado o más aún, a excesivo. En relación a esto, el enfoque de esta investigación quiere abarcar premisas que están surgiendo a raíz del incremento del uso de esta sustancia, para ello resulta necesario interiorizarse en el tema.

Para partir, tomemos información que nos entrega el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda), la marihuana se conoce también como hierba, macoña, ganya, pito, cuete, caño, porro, huiro, Como su efecto es depresor, muchos individuos la utilizan para relajarse, por lo tanto, en la actualidad, donde nos encontramos viviendo todo tan de prisa, muchas veces es posible pensar en la posibilidad de buscar alternativas ajenas a nuestro propio cuerpo, que entregue satisfacción instantánea, con sólo la base del comentario del “amigo”, del “conocido” o del “vendedor” que quiere apoderarse de su atención, dejando por supuesto a un lado las contraindicaciones que serán variadas, dependiendo del consumo que se le dé, esto implica la dosis, el tipo del producto, el estado anímico y físico del individuo, en consecuencia, para mayor alianza con el producto, el sujeto encontrará en primera instancia sensaciones placenteras de calma y bienestar, aumento del apetito, euforia, desinhibición, ganas de hablar y reír, por lo tanto, esto resulta satisfactorio y encantador, y no le hará dudar en seguir consumiendo.

Por otro lado, tenemos los efectos nocivos, que de igual manera se irán presentando a la par, pero que no se tendrán en consideración tan elevada como para dejar de consumir la que ahora se podría estar convirtiendo en droga para este sujeto.

Por qué droga: porque si tomamos en cuenta la definición que nos proporciona la Organización Mundial de la Salud: “Es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física, o de ambos tipos” (Kramer, Cameron, 1975), por lo tanto, al introducir al cuerpo la marihuana, ya le estamos entregando la posibilidad de que ésta pueda crear dependencia, no lo sabemos, no tenemos certeza de cómo reaccionará el cuerpo, pero lo que sí sabemos es todo lo que nos podría afectar, como al inicio se toman en cuenta sólo los factores satisfactorios, no hay cabida para ver más allá, esto podría ser el primer escalón para llegar a la adicción, convirtiéndola así en droga para este individuo, y he aquí que en este momento podría comenzar a prestar atención a los otros factores, los negativos al cuerpo, los de la dependencia, los que son indeseados y que no se quieren volver a sentir y por lo tanto, en una reacción impulsiva se volverá a consumir la sustancia para deshacerse de estos nuevos malestares nunca antes vividos, entre ellos podemos encontrar:

a) pérdida de concentración,

b) disminución de los reflejos,

c) enrojecimiento de los ojos,

d) aceleración del ritmo cardiaco,

e) sequedad en la boca y garganta,

f) alteraciones de la percepción temporal y sensorial

g) y podría disminuir la memoria a corto plazo,

h) también existe la dificultad para ejecutar procesos mentales complejos, lo que puede visualizarse al rendir un examen, por ejemplo. (Marihuana, 2016). Esto a grandes rasgos, sin considerar factores biológicos, como el sistema endocannabinoide, donde se concentra naturalmente la euforia, ansiedad, relajación muscular, hambre y reducción del dolor, debido a receptores que esperan la producción de cannabinoides, derivados de ácidos grasos del propio organismo. (Ante la marihuana, 2012)

Una vez decidido el sujeto a su consumo, en muchos casos éste irá en aumento, por lo tanto, el sistema nervioso central se verá afectado en diversos aspectos, tales como: alteración en la percepción de la realidad, disminución de la coordinación motora y capacidad de reacción, en consecuencia, aumenta la posibilidad de accidentes, altera

la memoria, el razonamiento y el pensamiento lógico, y he ahí entonces que el individuo podría experimentar incluso confusión, alteración del juicio y alucinaciones, generando episodios de angustia, cambios en el estado de ánimo, alteración en las relaciones interpersonales y dificultad para la resolución de problemas. (Ante la marihuana, 2012)

Probablemente un individuo viene con una necesidad desde la infancia, buscando incesantemente algo que pueda otorgar la calma a esta carencia de no tener vínculos establecidos sólidos desde su raíz, al llegar a la adolescencia esta necesidad se encuentra con diversos factores de riesgo como el estrés, problemas, y talvez con relaciones de pareja disfuncionales, favoreciendo todos estos puntos a la decisión de iniciar ya en su adultez el consumo de marihuana, como fuente que satisface sus momentos de tensión y angustia, y por ser esta etapa la propicia socialmente para planificar y tomar sus propias decisiones.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar la relación entre el consumo de marihuana y apego emocional, de jóvenes de la ciudad de Santiago.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Describir los niveles de consumo de marihuana en jóvenes.
2. Relacionar el consumo de marihuana, al estilo de apego angustioso o de autoconfianza compulsiva.
3. Comparar consumo en función del sexo.
4. Comparar estilo de apego en función del nivel de consumo de marihuana.
5. Analizar tipos de apego romántico y consumo de marihuana.

1.4 Limitaciones del estudio

Se seleccionarán participantes voluntarios para trabajar, por lo tanto, la primera limitación se presenta al momento de conseguir voluntarios de entre 18 y 36 años para

contestar el cuestionario, este requisito de edad inmediatamente descarta voluntarios, el requerimiento de ser consumidor, también aminora la cantidad de muestra.

Por otro lado, está la segunda parte de la medición, que corresponde a la aplicación de un instrumento de evaluación de apego, el cual, sumadas sus preguntas a un cuestionario de conocimiento general del consumo del sujeto, podría ser motivo de riesgo de mortalidad de la muestra, ya que por su envergadura los individuos podrían retirar su apoyo.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

Un gran desafío que se presenta en la actualidad es el de cambiar o mejorar la salud mental de los niños y niñas, para ello, este desafío abarca muchos aspectos, existe una gama de investigaciones mundiales del tema y también en Chile se ha avanzado cada vez más en el conocimiento de la temprana infancia, las creencias del pasado, donde la salud mental y física del niño estaba muy lejos de ser valorada, históricamente no hubo consideración especial para con los niños y niñas, estos eran tratados como adultos pequeños, y cuanto antes debían comenzar a trabajar, en Chile, poco a poco se comenzó a avanzar, primeramente la mirada se posicionó en disminuir la mortalidad infantil, se crearon instituciones, a raíz de la vulnerabilidad que afectaba a muchos, tanto en la parte sanitaria, como en el aspecto moral, resaltando por ejemplo, el abandono de los padres, conllevando esto a la delincuencia, hasta que por fin en 1912 se promulgaron leyes de protección a la infancia y desde ahí un largo trabajo de consideraciones cada vez más representativas de las necesidades de la infancia, como lo fue la obligatoriedad de la instrucción primaria, hasta lo más cercano a la actualidad, donde lo relacionado con las formas de crianza, dejaron mayoritariamente atrás los castigos y la disciplina rígida, avanzando a la par con la base que traspasó fronteras: la doctrina de los derechos del niño, cuyo concepto otorgó en el año 1978 el adherirnos como país al Año Internacional del Niño. (La infancia en el siglo XX, s.f.)

Ubicándonos en el título de este estudio, los seleccionados son jóvenes adultos que han decidido introducir la marihuana a su vida, ya sea desde su adultez o desde su adolescencia, por lo tanto, para comprender los dos grandes puntos del encabezamiento inicial: apego y consumo de marihuana, partiremos en primera instancia por el concepto de apego, para poder explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, en este punto es imprescindible transmitir tranquilidad y confianza al niño/a, que sienta que será acogido y protegido cuando explore el ambiente en esta etapa.

Que gratificante para la vida diaria es tener relaciones sociales placenteras, relaciones familiares armoniosas y relaciones de pareja saludables, esto sin duda da

confianza a sí mismo y muestra hacia los demás estabilidad y solidez, se recibe entonces a cambio apoyo en tiempos difíciles, pero sólo si logras proyectar esta tranquilidad, y esto no es gratuito, es la construcción de vínculos emocionales que vienen desde la temprana edad, y que despertaron el interés en investigadores, acerca de cómo se llega a este estado, puesto que no siempre está presente. En la actualidad estamos disfrutando del resultado de toda esta búsqueda realizada en el siglo pasado, con personajes tan importantes en aportes como Donald Winnicott, Sigmund Freud, Melanie Klein, Mary Ainsworth, entre otros, cada uno explorando su propio foco de interés, y que finalmente todo gira en torno al apego. (Papalia, Wendkos, Duskin, 2010)

Origen de la Teoría del apego

John Bowlby, psicoanalista inglés, estuvo también dentro de estos precursores, logra obtener a través de sus hallazgos la teoría del apego, con una visión vanguardista y tras el resultado de muchos años de estudios y de múltiples observaciones de otros investigadores que participaron antes y durante sus investigaciones, es así como Bowlby basó su teoría en 4 contribuciones importantes que explican el desarrollo de un niño/a, estas son la etología, la teoría del aprendizaje asociativo, el psicoanálisis y la teoría de los sistemas, unidas estas 4 dimensiones, formaron la teoría del apego, aunque hay que tener presente que todas estas teorías observadas son complementarias las unas a las otras, ninguna excluye a ninguna. (Bowlby, 1995)

Cimientos de la Teoría del apego

Desde el punto de vista del psicoanálisis, la base es la biología, van apareciendo los instintos de forma graduada, organizando la personalidad de cada individuo, que en cada caso es más y más compleja, los conflictos que surgen por hallar diversidad en individuos, incompatibles en muchos casos entre sí, y esto se debe a que el inconsciente es, según Freud, dinámico, por lo tanto, nos encontramos frente a una de las claves a considerar para definir el desarrollo del individuo. En cuanto a la teoría etológica, lo relativo a la evolución del comportamiento, a través de la observación del proceso de selección natural, con la teoría de Darwin, se indica que cada individuo está dotado de un sistema biológico que ha heredado los instintos, es decir, de patrones de

comportamientos, éstos son los que le dan el bienestar a cada grupo o clase, y son los que les proporcionan la seguridad de supervivencia a cada especie, por ejemplo podemos observar que cada comportamiento es especifico de cada especie, estos comportamientos son heredados y no aprendidos, por lo tanto, genéticamente están determinados para la supervivencia, este desarrollo evolutivo también contiene la denominación signo - estímulo, esto se refiere a la interpretación que le dan los individuos a la aparición de ciertos signos que les hacen recordar determinados comportamientos que deben presentar ante tal signo, por ejemplo: apareamiento, alimentación, cortejo, etc., esto explica ciertos conductas de interacción social dentro de la naturaleza, que le permite sobrevivir durante los primeros días de su vida, así estas reacciones hacen que las especies busquen establecer un vínculo en la proximidad con un ser protector que le hará asegurar la continuidad de la especie. Para ejemplificar contamos con el experimento de Konrad Lorenz, médico austriaco que trabajó en el estudio del comportamiento animal, el cual consistió en estar junto a un grupo de patos en el momento de su nacimiento, éstos lo consideraron como figura de seguridad, por lo tanto, observó el desarrollo de un apego incondicional con él, siguiéndolo donde fuera, por ejemplo, caminar, pasear, etc., asegurando así, su supervivencia. (Bowlby, 1995)

Teoría del aprendizaje asociativo en la cual se adquiere conocimiento cuando se logra realizar conexiones entre eventos, éstas se realizan entre estímulo y respuestas, entre varios estímulos, entre varias respuestas y en muchos casos hasta se admite la posibilidad de asociaciones jerárquicas, logrando así que la aparición de un evento sea un buen predictor, este principio prevalece en todas las especies y es una estrategia característica que permite a los organismos obtener información de su entorno o ambiente donde estén ubicados. (Vila, Nieto, 2003)

La Teoría de sistemas tiene una visión de la realidad integradora y global, está compuesta por 3 ideas principales: 1.- Un sistema siempre está dentro de un sistema. 2.- Los sistemas son abiertos, por lo tanto, tienen relación con los otros sistemas, por eso si algo falla, el sistema se descompone o simplemente desaparece y 3.- Las funciones del sistema dependen de su estructura. En resumen, los objetivos determinan el movimiento

del sistema y el sistema es un conjunto de partes coordinadas para lograr los objetivos. (Bertalanffy, 1993)

Teoría del apego

Unido todo lo anterior, se puede resumir que desde que un individuo nace, busca inmediatamente una figura de apego, la cual generalmente es la madre, este comportamiento forma una conducta que se manifiesta a través del llanto y la llamada, dando así paso a los cuidados que necesita y por lo que clama, estas solicitudes van cambiando desde la cuna y permanecen durante toda la vida, en diferentes formas. Al finalizar el primer año se va conformando en base de sistemas comportamentales cada vez más complejos y se van además incorporando modelos representativos del medio ambiente y de sí mismo. Cuanta más experiencia de interacción social con su figura representativa se presente, se hará más posible que el comportamiento de apego permanezca rápidamente activable hasta casi finalizar el tercer año de vida, si este desarrollo va siendo sano, se va haciendo poco a poco menos fácil activable. Como activable se entienden la extrañeza frente al medio, hambre, fatiga o cualquier hecho que asuste, y como condiciones de calma figuran las percepciones visuales o acústicas o una interacción feliz con su madre o figura de apego. Si en este inicio de la vida no se presenta un desarrollo adecuado del vínculo entre el niño/a y su cuidador significativo, entonces Bowlby distingue 3 grupos de apego: seguro, angustioso y autoconfianza compulsiva. (Bowlby, 1995)

Tipos de apego

Primero, apego seguro, cuando un cuidador proporciona al niño/a una base segura a partir de la cual éste pueda explorar y a la que, terminado, pueda volver, sobre todo cuando se siente cansado o tiene miedo, es muy probable que durante toda su vida muestre el mismo patrón de comportamiento, que sería el de apartarse de aquellos que ama en distancias y durante periodos cada vez más prolongados, pero manteniendo siempre contacto y volviendo sin lugar a dudas tarde o temprano. Esta base se manifiesta posteriormente en la adultez en la familia o las relaciones estables que logre. (Garrido, Santelices, Pierrehumbert, 2009).

El apego angustioso, se va forjando a través de uno o ambos padres que no proporcionan las respuestas adecuadas a las necesidades del niño/a, es decir, lo descuidan o rechazan, suelen utilizar amenazas persistentes de abandono, como método de disciplina del niño/a o como un modo de coaccionar al cónyuge, también se presentan amenazas aún más imponentes como inducir al infante a sentirse culpable diciendo que su comportamiento será el responsable de enfermedad o muerte de alguno de los padres, todas estas situaciones constantes impulsan a vivir al niño convirtiéndose en un adulto lleno de persistentes ansiedades. Este apego angustioso también se puede forjar dentro de la situación en que el niño/a se ve expuesto a la presión de uno de sus padres en convertirlo a él o ella en figura de apego, es decir, invertir el rol de la relación normal, estableciendo un sentido de responsabilidad que no corresponde a la etapa de la vida del niño/a. Todas estas variantes que se presenten es muy probable que provoquen ira en el niño/a contra sus padres, inhibiendo su expresión, que durante su vida de adulto será un resentimiento inconsciente, el cual, como no pudo desencadenarse en sus padres, se expresa hacia alguien más débil, por ejemplo, esposo/a o hijos, y también es probable que este adulto se halle sometido a una intensa búsqueda inconsciente de amor y apoyo, que se puede expresar mediante formas inusuales de comportamientos provocador de ayuda y cuidados , como por ejemplo tentativas falsas de suicidio, anorexia nerviosa, hipocondría. (Bowlby, 1995)

Y el tercer patrón de comportamiento de apego es el descrito por Parkes (1973), denominado autoconfianza compulsiva, que se conforma por la misma base del apego angustioso, pero reaccionando de diferente forma, y más que buscar el amor y el cuidado de otros, presentan una apariencia fuerte, rígida, no importando las condiciones, se mantienen erguidos, pero en circunstancias de estrés tenderán a hundirse y a presentar síntomas psicosomáticos o depresión, esto se forjó por la creciente inhibición de sentimientos de apego, formando adultos desconfiados en sus relaciones íntimas, para evitar de todas formas el dolor de verse rechazados. En su infancia, su madre a causa de depresión u otra incapacidad, no los pudo cuidar y en lugar de ello, deseaba ser cuidada o cuidar a sus hermanitos, por lo tanto, creciendo en este ambiente, el único vínculo afectivo que vio fue el de cuidador y, por consiguiente, otro patrón de comportamiento que se manifiesta es el de prestación compulsiva de cuidados, sus

relaciones íntimas son siempre en el rol de prestar cuidados, no en recibirlos. Al respecto, Winnicott (1965) describe que estos individuos han desarrollado un “falso sí mismo”, por no haber recibido los cuidados maternales concernientes a la etapa de la infancia. (Bowlby, 1995)

En síntesis, el trabajo de Bowlby, ayudó a cambiar la idea sobre la infancia, hasta ese entonces, las investigaciones incluían el estudio de las conductas individuales, pero no de las relaciones. Bowlby se centraba en los modelos inconscientes, los cuales de entrada organizan la percepción del individuo. Por ejemplo, un bebe que nace con un temperamento irritable, si a su lado tiene una madre que sabe interpretar sus estados de ánimo, lo abraza cuando la necesita, lo deja cuando lo requiere, lo estimula o lo refrena, el pequeño o pequeña aprenderá que existe un diálogo entre ellos y crece entendiendo que el mundo es como un conjunto de diálogos relacionados y constantes, aprenderá a recibir ayuda cuando esté en grupo y sus suposiciones serán su base cuando le corresponda salir al mundo y conocer a otras personas, sabiendo incorporarse e interpretar señales sociales. Cuando los niños/as crecen en un ambiente de relaciones armónicas el mundo es acogedor, en cambio cuando el entorno de la niñez está lleno de relaciones amenazadoras, serán miedosos, retraídos o agresivos, esto corresponde a una construcción inconsciente de la realidad, porque crecer afrontando la sensación de abandono, les hace reprimir sus afectos, necesitan ser amados para poder explorar el mundo, pero no contaron con ese afecto. (Brooks, 2012)

Evitación y ansiedad

Los individuos anteriormente descritos con un tipo de apego angustioso o de autoconfianza compulsiva, no sólo pueden presentar fácilmente depresiones tras una pérdida o separación, sino que también pueden presentar dificultades cuando se casan o tienen hijos. En lo que respecta al cónyuge sus exigencias de amor y cuidados son constantes o compulsivas, con un resentimiento latente (que lo acompaña desde su infancia), no encontrando estabilidad, y lo mismo con la relación con los hijos, el cuidado se podría extender más de la cuenta. Estas dos diferentes experiencias infantiles hacen que el individuo llegue a su etapa de adulto con la representación interna de condiciones para el amor, lo que le genera temeridad, falta de reconocimiento, rechazo de su pareja,

falta de relajación, y en esta búsqueda incesante se generan ciertos trastornos, entre los tantos encontramos la ansiedad y evitación, estas dos mantienen al individuo en constante estado de alerta, pensando en posibles soluciones fantasiadas, por lo tanto, nos enfocaremos en la adultez, en el vínculo de intimidad que establezca con su pareja romántica.(Bowlby, 1995)

Tomando como base la teoría del apego, de Bowlby, las investigaciones de Hazan y Shaver, en 1987, enfocaron su mirada en la calidad percibida de la relación romántica en adultos, ellos señalan que los individuos ya maduros arrastran consigo aspectos similares de su apego de la infancia, por lo tanto, sus emociones y conductas del vínculo en una relación de pareja se podría cuantificar a través de un cuestionario de autorreporte que describe dos parámetros: ansiedad y evitación.

Según Karen Honey, la ansiedad básica es el resultado del rechazo o la negligencia que tuvieron los padres, la cual no pudo expresarse en aquellos tiempos debido a la dependencia que debía tener en esa etapa (Cloninger, 2003), por lo tanto, el cuestionario busca medir en este punto la preocupación del individuo por ser abandonado. En lo que respecta a la evitación, el resultado está dirigido a saber el grado de evitación de la intimidad, lo que conlleva a rechazar la cercanía física y psicológica con la pareja.

Las representaciones mentales que persisten en la vida de adulto, con relación a su estilo de apego, son las que impulsan a indagar en una necesidad interna, inexplicable para el individuo, que lo insta a buscar una satisfacción o un momento de calma, y esta puede estar perfectamente relacionada con el consumo de marihuana, no necesariamente existe una causa exacta o un patrón a seguir, pero para este estudio es el foco principal, y para ello, conozcamos antes la sustancia.

Cannabis y su historia

“La Cannabis sativa es una planta herbácea, anual, generalmente dioica, es decir, que posee flores unisexuales, en troncos separados, de la familia Cannabaceae, que crece libremente en las regiones tropicales y subtropicales. Su tallo proporciona una fibra textil, mientras que sus semillas oleaginosas producen un aceite y las glándulas de las

inflorescencias femeninas (cogollos) una resina. El término marihuana describe al preparado elaborado a partir de las flores, hojas y tallos pequeños provenientes de la Cannabis sativa". (López, Brindis, Niizawa, Ventura, 2015)

Aunque no hay exactitud desde cuándo se consume la marihuana, se presume que desde tiempos lejanos el hombre la ha usado junto a todo tipo de drogas, utilizándola en algunos casos como medicamento, en otros para sus rituales o simplemente por placer. Por ejemplo tenemos datos que indican que los sumerios, habitantes de la antigua Mesopotamia, considerada como la civilización más antigua del mundo, 4000 años a.C. ya consumían una sustancia con similares características y la denominaban "azalla", (Ramos, Fernández, 2000), entonces, tomando como base su antigüedad, podríamos dilucidar qué tan grande es la magnitud de las propiedades de esta planta que ha captado la atención de tantas generaciones, o podríamos decir, simplemente que se ha permitido ser parte de la historia, por alguna cualidad que va más allá de una simple clasificación de efecto relajante.

Actualmente se reconoce esta planta con más de 350 nombres y sus diversas preparaciones son aptas para ser fumada, bebida o utilizadas en comidas. Si se prefiere fumar, se preparan cigarrillos rellenos con hojas secas, botones florales o tallos, cuyos efectos psicoactivos son variables, si se prefiere macerar, disminuyen sus principios psicoactivos. Ahora, si se utiliza la resina pura extraída de las flores, se le llama a esta preparación Hachís, la cual muchas veces es mezclada con miel, azúcar o añadida a los alimentos, o también puede ser fumada. Con respecto a usos terapéuticos, existe conocimiento de otras rutas de ingreso al cuerpo, como son las vías rectal, dérmica y sublingual. Los investigadores han conseguido aislar en esta planta 66 compuestos y a este grupo se le reconoce como fitocanabinoides, siendo el principal de ellos y por cierto el más conocido Δ 9 – tetrahidrocannabinol, de este hasta ahora se han descubierto 9 tipos, dos tipos de Δ8 – tetrahidrocannabinol, 7 tipos de canabiniol, 6 tipos de canabigerol, 5 tipos de canabicromeno, 3 tipos de canabiciclol y otros 25 tipos de canabinoides. (Escobar, Berrouet, González, 2009).

Cannabis, ciencia e investigación

El uso de la cannabis no sólo ha despertado interés en la ciencia acerca de su composición, también se convirtió en un aliciente para obtener información respecto del cerebro, sobre su funcionamiento, este interés dio como resultado, entre muchos otros, que el científico Raphael Michoulam descubriera el sistema cannabinoide endógeno, el cual regula el mecanismo de diversos tipos de sinapsis y participa activamente en el desarrollo cerebral extrauterino. Este sistema cannabinoide, según investigaciones se describe de la siguiente forma:

"El cuerpo humano posee sitios específicos de acople para los cannabinoides en la superficie de muchos tipos de células y nuestro organismo produce varios endocannabinoides, derivados de ácidos grasos, que se acoplan a estos receptores cannabinoides (CB) activándolos. Juntos, receptores CB y endocannabinoides, constituyen el sistema endocannabinoide. Algunos fitocannabinoides (cannabinoides de la planta de cannabis) y muchos cannabinoides sintéticos dan lugar, en el laboratorio, a efectos similares al de los endocannabinoides. El $\Delta 9$ -THC (o dronabinol), el cannabinoide farmacológicamente más activo de la planta de cannabis, se acopla a ambos tipos de receptores cannabinoides identificados hasta la fecha, el CB1 y el CB2, los cuales se han localizado en el sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) así como en muchos tejidos y órganos periféricos. Dependiendo del tipo de célula, la dosis y la situación del cuerpo, la activación de los receptores CB da lugar a múltiples efectos entre los que se encuentra euforia, ansiedad, sequedad de boca, relajación muscular, hambre y reducción del dolor". (Grotenhermen, 2006, pag.10).

Por lo tanto, la relación entre el sistema biológico natural que todos tenemos y el que proporciona la planta, al ser similares, nos ayudará a entender un poco más, a cerca del por qué los sujetos se adhieren tanto a su consumo; en pocas palabras la marihuana es tan atrayente porque maximiza los procesos biológicos naturales, o sea, tiene una base en el cerebro que le permite actuar de manera más rápida y satisfactoria en el individuo.

Antecedentes estadísticos del incremento del uso de la sustancia

Datos relevantes hacen poner en alerta que su uso crece y crece, como dato, tenemos que, en 2006, la oficina de las Naciones Unidas estimó que el 3.9% de la población mundial consume cannabis sativa, por lo tanto, ante esta cifra, se puede estimar cómo se ha convertido en la droga ilegal más extendida del mundo, ya que de acuerdo a este porcentaje más de 160 millones de personas la consumían. Y, de acuerdo a informes más recientes de la OMS se entrega el dato de que en el año 2014 esta cifra llega a 183 millones de consumidores, por lo tanto, se ratifica que sigue siendo la droga de mayor consumo en el mundo. (Informe mundial sobre drogas, 2016), esta información nos entrega una alerta inmediata que indica que la percepción de riesgo a medida que pasa el tiempo, va disminuyendo, y en consecuencia aumenta su consumo, por lo tanto, es importante poner en claro, que no se puede bajo ninguna circunstancia decir o generalizar en palabras de uso popular que es “buena” o es “mala”, puesto que hemos visto hasta el momento que: su consumo ha permanecido en la historia por miles de años, las propiedades de la planta hasta la actualidad aún están en estudio, por ejemplo los muchas investigaciones farmacéuticas que aún no concluyen, estas actividades están en búsqueda del alivio de múltiples patologías, como son el cáncer, inflamación, depresión, Alzhéimer, enfermedad de Huntington, asma, alivio de dolor, Parkinson, etc., específicamente que no presenten efectos adversos y riesgos, puesto que si bien, la planta efectivamente contiene muchas propiedades, aún no se sabe cómo aislar cada componente químico. (Castaño-Pérez, Velázquez, Olaya-Peláez, 2017)

Desde el punto de vista del incremento, este incluye todo tipo de consumidores, entre ellos los que la utilizan por sus propiedades terapéuticas, entre las cuales se destacan sus efectos antieméticos, orexígenos y analgésicos, un claro ejemplo de estas 3 cualidades lo encontramos utilizado en los pacientes con cáncer, los que en estudios clínicos han manifestado que al presentar náuseas y vómitos después de la quimioterapia, se pueden aliviar con el uso de la cannabis. Los pacientes crónicos en general aseguran que efectivamente estos síntomas son aminorados al consumir cannabis, más aún, no solo mitigan el dolor, disminuyen las náuseas y estimulan el

apetito, sino que también tienen la posibilidad de disminuir la ansiedad y la depresión. (Osorio, Tangarife, 2009)

Los enfermos terminales o los que sufren dolores agudos o crónicos han obtenido buenos resultados en mitigar sus malestares, pero esto no puede tomarse de base para iniciar su consumo en cualquier persona, porque existen efectos contrarios que aún están en estudio, puesto que esta planta tiene más de 400 compuestos, los que siguen siendo foco de la ciencia, para ello, se pueden citar algunos estudios que demuestran el constante interés por conocer esta sustancia y a la vez, dar a conocer también sus efectos nocivos, es así como contamos con el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizado el año 2016, que indica lo siguiente, en relación a las consecuencias de la cannabis en la salud:

Se considera que la concentración típica de THC en un “porro” fluctúa entre 5 y 150 mg, cuya fracción de THC (en el cigarrillo) que pasa a sangre intervienen entre 0,25 mg y 30 mg, considerándose que para producir un breve efecto embriagante en consumidores ocasionales son suficientes 2 a 3 mg, por lo tanto, de acuerdo a esta base mínima, las implicancias de sus efectos nocivos agudos y crónicos serían los siguientes: Efectos agudos sobre el sistema nervioso central, euforia, aumento de la percepción sensorial, aumento de la sociabilidad, despersonalización, es decir, no sentirse uno mismo, extraño en su propio cuerpo, cuyo grado más alto de esta característica se siente 30 minutos después de fumar, problemas de concentración y deterioro de la memoria, estos últimos incluso después de dejar de consumir el THC, también son afectadas las áreas del aprendizaje, esto incluye los procesos asociativos y el rendimiento psicomotor, exceptuando la abstracción y el uso de vocabulario. Si consideramos el uso reiterado y prolongado, es decir crónico, de THC se altera la capacidad de organización e información compleja involucrando la atención, memoria, aprendizaje verbal, ordenamiento de tarjetas/historietas, atención y discriminación auditiva y filtración de información irrelevante, esto último va en forma progresiva si se mantiene el consumo. Si tomamos en cuenta consumidores de THC iniciados y habituados antes de los 16 años, al interferir en el sistema cannabinoide endógeno durante la etapa prepuberal del

desarrollo, encontraremos déficits específicos en las funciones de la atención que persistirán en la vida adulta. (Quiroga, 2000)

Decisión de consumo

Nos encontramos entonces con jóvenes que han decidido utilizar marihuana, haciéndola parte de sus actividades diarias y experimentando con su propio cuerpo, las sensaciones que comienzan a nacer, definiéndola sin previa verificación como un aporte en su vida, y más aún en la actualidad, donde su uso se está incrementando cada día que pasa, podemos observar su consumo por ejemplo en agrupaciones de estudiantes alrededor de las universidades o centros de estudios, como una manera de socializar, relajarse, de terminar o empezar una jornada de estudios, etcétera, si vemos más en profundidad a este individuo, dirigiendo la mirada hacia la infancia, podríamos encontrar relación con el tipo de apego con el que se formó.

Para conocer el alcance de la intensidad del consumo de marihuana en las personas, contamos con el DSM-5, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación Americana de Psiquiatría, de referencia rápida, cuya sigla corresponde a: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, en él se ubican los trastornos mentales relacionados con diversas especialidades, su uso correcto insta a familiarizarse con el texto, y de acuerdo con esta investigación, la parte correspondiente a los trastornos relacionados con el consumo de cannabis, y la especificación de su gravedad se encuentra en el anexo 1 de esta investigación.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Método - campo

Desde un procedimiento general el desarrollo de esta investigación llegará a los planteamientos particulares acerca de cómo y cuánto está presente la decisión de consumo de marihuana en jóvenes en su vida diaria, y cómo tiene relación con el estilo de apego que traen consigo, para ello se plantean las siguientes hipótesis:

(No) Existen diferencias de consumo entre hombres y mujeres.

(No) Existe influencia entre el tipo de apego y el consumo de marihuana.

Para ello se realizará una investigación cuantitativa, con alcance correlacional, que permita analizar la relación entre las variables en un contexto seleccionado para esta investigación. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Para comenzar el uso de los métodos estadísticos en lo que se refiere a la validación de los resultados, es importante distinguir la siguiente información de las variables en estudio: apego y consumo de marihuana.

Definición conceptual de apego: corresponde a un sistema de conducta instintiva (Bowlby, 1976), que se demuestra a través de la necesidad de establecer lazos afectivos con la madre o con un cuidador significativo, que le permite al infante cubrir su seguridad y supervivencia. La pérdida o la estabilidad de este apego irá generando diversos tipos, denominados como seguro, inseguro o ambivalente. Conforme el individuo vaya avanzando por la vida, estos sistemas conductuales propuestos por Bowlby pueden activarse en determinados momentos como puede ser frente a la angustia o el miedo a terceros. (Fourment, 2009)

Definición operacional del apego: Cuando el individuo es adulto, y genera un vínculo de intimidad con sus amigos o una pareja, se manifiesta la representación interna que trae consigo desde su infancia, la cual le permite o no formar nuevos vínculos, estables o no, para ello, de acuerdo a los estudios de Hazan y Shaver, podemos revisar las características de los patrones conductuales del vínculo romántico de pareja

utilizando un cuestionario de autorreporte que describe dos dimensiones: la ansiedad y la evitación. (Spencer, Guzmán, Fresno, Ramos, 2013)

Definición conceptual de consumo de marihuana: El inicio con la marihuana es una decisión voluntaria, de hábito social o recreativo, donde predomina el efecto positivo y placentero. La motivación del consumo va variando en las personas, una proporción de estos consumidores pierde el control sobre el uso y se tornan compulsivos e incapaces de dejar de usarla, a pesar de ser conscientes del daño que les produce, por lo tanto, esto afectará al individuo en tres aspectos: bio-psico-social, esto quiere decir que biológicamente, podría perjudicar alguno de sus órganos (por ejemplo hígado, páncreas, pulmón, etc.), psicológicamente podría dañar sus emociones, percepción de la realidad y también involucrar a la familia y por último, el estar inmerso en la adicción, el individuo tendrá conductas desadaptadas socialmente. Cabe destacar entonces aquí la definición de droga que nos proporciona la Organización Mundial de la Salud: “Es aquella que puede producir en un organismo vivo un estado de dependencia psíquica, física, o de ambos tipos” (Kramer, Cameron, 1975).

Definición operacional de consumo de marihuana: Para su medición, se utiliza un cuestionario con 11 preguntas del DSM-5, cuya especificación de la gravedad, será la siguiente:

Leve: Presencia de 2–3 respuestas SI, del total del cuestionario

Moderado: Presencia de 4–5 respuestas SI, del total del cuestionario

Grave: Presencia de 6 o más respuestas SI, del total del cuestionario

3.1.1. Laboratorio

Para la obtener información acerca del grado de consumo que tendrían los voluntarios, inicialmente se optó por basarse en el cuestionario que aplica el Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2014, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, posterior a esto, se fue indagando de dónde ellos obtenían dichas preguntas y llegamos al DSM-5, el cual contiene menos de la mitad de las preguntas y por su envergadura,

resultan óptimas para llegar a conocer el nivel de consumo de los individuos y no así la gran cantidad de información irrelevante que se obtendría inicialmente para nuestra investigación.

3.1.2. Gabinete

Una vez recopilada la información de los 46 voluntarios, se procede a organizar la información para trabajar en forma ordenada. Primero se elaboran las planillas donde se ingresan los datos, una de ellas contiene la información de la habitualidad del consumo, que ayuda a poder definir la gravedad del uso. La otra planilla es confeccionada para ordenar las respuestas del segundo cuestionario de auto-reporte ECR, cuya información proporciona el grado de ansiedad y evitación que poseen las personas.

Luego se procede al análisis, posteriormente se elaboran e interpretan los datos y finalmente la entrega de los resultados.

3.1.3. Descripción de la población o de la muestra en estudio.

El universo de población comprende a jóvenes de la región metropolitana, mayoritariamente estudiantes, cuyas edades fluctúan entre 18 y 36 años, se analizan los que consumen marihuana, se accede a ellos a través de voluntarios que estén dentro del rango de edad. La primera etapa corresponde a la captación de voluntarios, de este primer grupo se va ampliando la muestra a través de sus recomendaciones.

3.1.4. Localización de la zona de muestreo.

El inicio del muestreo comienza en la Plaza de Armas de la ciudad de Santiago, en ella es posible apreciar diariamente jóvenes que consumen marihuana, reunión que se debe aprovechar para crear el enlace y establecer una conexión con el cuestionario a aplicar, a través de sus recomendaciones se llega a obtener más contactos en la zona y otras plazas contiguas, lugares propicios para la captación de respuestas del cuestionario.

3.1.5. Descripción del método de muestreo.

Para el desarrollo de esta investigación, es considerada una muestra probabilística, que permita que los datos lleguen a ser generalizados a la población en estudio (jóvenes consumidores de marihuana), de acuerdo a los procedimientos establecidos para este tipo de muestra se considera obtener un resultado con una estimación precisa del error que pudiera llegar a cometerse al realizar este tipo de generalizaciones. La muestra probabilística considera a todos los elementos que constituyen el grupo a analizar con la misma posibilidad de ser elegidos, por lo tanto, como en esta investigación tenemos definidas las características de dicha población y el tamaño de la muestra, entonces se procede a realizar una selección aleatoria. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

De acuerdo a lo que indican Hernández, Fernández y Baptista (2010), se debe calcular el tamaño de la muestra para que sea representativa, por lo tanto, para poder realizar estos cálculos se necesita un soporte, y en este caso se escoge como base el universo de la población correspondiente a la cantidad de alumnos de la Universidad Miguel de Cervantes, que es 1194 alumnos, esta cifra la asociamos con la cantidad de personas encuestadas, que fue 46, lo que da por resultado representativo un 3.9 % encuestado.

3.1.6. Descripción de los métodos.

El consumo de la marihuana, como alternativa para aliviar el estrés de situaciones conflictivas, utilizándola como medio para regular la ansiedad o evadir conflictos de la vida diaria, corresponden al inicio de nuestra investigación, para ello se consideró tener una muestra de 40 personas, con el objeto de indagar cuál es la gravedad presente en la cantidad consumida por cada individuo voluntario, para ello, se obtuvieron del DSM-5, 11 preguntas cerradas, que investigan cuánto es el grado de consumo, su habitualidad y cuánto está presente en su vida diaria. Las respuestas fluctúan entre sí y no, y de acuerdo

a ello se procede al conteo, clasificando las respuestas con gravedad: leve, moderado o grave, según el siguiente detalle:

Leve: Presencia de 2–3 respuestas SI, del total del cuestionario

Moderado: Presencia de 4–5 respuestas SI, del total del cuestionario

Grave: Presencia de 6 o más respuestas SI, del total del cuestionario

Luego, al anterior cuestionario, se agregan 36 preguntas, que corresponden a la segunda etapa de recopilación de información, cuya mirada se enfoca en la calidad percibida de la relación romántica en adultos, por lo tanto, sus emociones y conductas del vínculo en una relación de pareja se cuantifica a través de un cuestionario de auto-reporte que describe dos parámetros: ansiedad y evitación. Cada parámetro corresponde a una escala de 18, la evaluación es a través de una escala Likert de 7 opciones, donde 1 significa “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”.

Escala ansiedad: Ítems pares

Escala evitación: ítems impares

Ítems inversos: 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33, 35

Los resultados se calculan de la siguiente manera:

1. Se invierten los ítems correspondientes (Ejemplo: si la persona en el ítem 3 marcó 7, se debe puntuar 1; si marcó el 6 en otro ítem inverso, se le debe otorgar 2 puntos).

2. Se suman los puntajes de cada subescala (ansiedad y evitación) y se promedian. Se obtienen dos valores: uno para la ansiedad ante el abandono y otro para la evitación de la intimidad.

3. Valores más elevados en cualquiera de las dos dimensiones o subescalas indica mayor inseguridad.

Resultado Ansiedad	Resultado Evitación
Nivel bajo Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	Nivel bajo Término Medio de Evitación de la intimidad
Nivel sobre Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	Nivel sobre Término Medio de Evitación de la intimidad

3.1.7. Descripción del análisis estadístico.

Una vez obtenida la muestra de más de 40 personas, se procederá a ingresar los datos al programa estadístico SPSS, y también para obtener mayor información, a una planilla de cálculo Excel, para luego ejecutar el programa, analizar los datos y poder comprobar o refutar la hipótesis planteada.

Completado todo el proceso se procederá a la presentación y la interpretación de los resultados, más las conclusiones y recomendaciones generadas por la investigación.

Debido a que el tema de consumo de marihuana no es legal en Chile, los participantes son voluntarios y anónimos, estos son representativos de la población elegida, deben cumplir con la característica de ser consumidores.

3.2. Materiales

Los materiales seleccionados direccionan a que los procedimientos garanticen la cientificidad de este estudio, se basan principalmente en 3: Confiabilidad, validez y objetividad.

La confiabilidad se refiere al grado de estabilidad de las puntuaciones obtenidas en esta investigación a través de los instrumentos aplicados, en la medida de que los resultados sean coherentes y consistentes. “La confiabilidad se puede verificar de diversas maneras, pero las más comunes son el coeficiente alfa de Crombach, que entrega la consistencia interna de un instrumento, la correlación test-retest, que evalúa la consistencia entre dos mediciones del mismo test, aplicadas al mismo sujeto, y las formas paralelas, que evalúan el grado de correlación que hay entre dos versiones de una misma prueba”. (Förster, Rojas-Barahona, 2008, pp 296-297)

La validez hace referencia a la capacidad que tienen los instrumentos que se usarán, es decir, que el instrumento mida lo que debe medir y no otra cosa que no esté relacionada con el tema principal de la investigación, por ejemplo, en este caso la validez

de los instrumentos deberán conseguir los datos relacionados con el consumo de marihuana y el tipo de apego romántico, para ello se aplican dos cuestionarios juntos, las preguntas del primero son de conocimiento general del uso de la marihuana en la vida diaria del individuo y tienen como base las especificaciones de gravedad del DSM-5, y el siguiente cuestionario, llamado ECR, es para conocer el tipo de relación de pareja, en forma general, no de una en específico, así, en consecuencia la utilización de estos dos instrumentos, aportan a la interpretación más adecuada de los constructos que estamos analizando. (Förster, Rojas-Barahona, 2008, pp 286)

En cuanto a la objetividad, ésta deberá representar el verdadero resultado obtenido, sin sesgos o preferencias del investigador, que contaminen lo obtenido, para ello es necesario utilizar por ejemplo instrumentos estandarizados, que no den cabida a la interferencia que el investigador inserte voluntaria o involuntariamente.

Para que estos tres criterios se presenten se debe realizar en forma previa una organización de todos los componentes necesarios y así obtener los datos que se requieren, esto descarta la posibilidad de improvisación, la no estandarización de los instrumentos, también se debe tener presente, en la medida que lo estén, serán bien utilizados en el contexto que se necesitan, otros factores como la deseabilidad social, el ruido, iluminación, el frio, el calor, interfieren en la consecución de la conformación del rigor científico, para ello se contempló que al contestar el cuestionario de esta investigación, el voluntario lo hiciera de manera privada, en el dispositivo electrónico propio que más le acomodara. (Förster, Rojas-Barahona, 2008, pp 299-300)

Con respecto al test de evaluación de apego romántico en el adulto, ECR, Experiences in Close Relationships, (Brennan, Clark y Shaver, 1998) el análisis de la validez de criterio para la población adulta chilena, se realizó en 2013, y permitió contribuir con un instrumento para el desarrollo de la psicología, para ello se aplicó el test a una muestra de 549 individuos adultos. (Spencer, Guzmán, Fresno, Ramos, 2013)

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

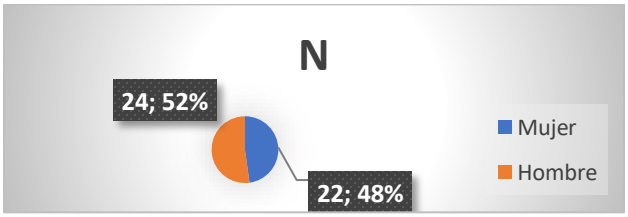
4.1. Presentación de los resultados

Al concluir la etapa de esta investigación, y examinado todo lo concerniente a información idónea y conveniente que proporcione mayor claridad de las variables que se midieron: apego y consumo de marihuana, con una muestra total de 46 personas voluntarias y anónimas y que corresponden al 3.9% del universo base de 1194, se procede a presentar los resultados obtenidos, esta información fue procesada en el programa de análisis estadístico SPSS, los datos que se ingresaron fueron los obtenidos de dos cuestionarios aplicados, el primero cuenta con 13 preguntas cerradas que proporcionan información acerca del consumo en general de la sustancia, datos que nos revelan la gravedad del consumo: leve, moderado o grave, y el segundo cuestionario corresponde a 36 preguntas que se contestan con una escala tipo Likert, cuyo resultado describe los parámetros de ansiedad y evitación de la relación romántica de su estilo de vida, toda esta información que a continuación se detalla proporciona respuestas al título de esta investigación: relación entre el consumo de marihuana y el estilo de apego en jóvenes.

4.2. Interpretación de los resultados

Para el desarrollo de esta investigación y responder a las interrogantes de los objetivos específicos, se obtuvo una muestra de 46 personas, 22 mujeres, correspondientes al 48% de la muestra, y 24 hombres, correspondientes al 52% de la muestra.

Tabla 1 Distribución de la muestra por género



La descripción de los niveles de consumo de marihuana en jóvenes, nos arrojó que, para 46 voluntarios, 5 personas corresponden a un nivel grave, lo que equivale a 3 mujeres y 2 hombres. 35 voluntarios fueron detectados con un nivel leve, equivalente a 17 mujeres y 18 hombres y, por último, 6 participantes manifestaron un nivel moderado, equivalente a 2 mujeres y 4 hombres:

Tabla 2 Distribución de participantes según gravedad

Gravedad	Cuenta de Gravedad
Grave	5
Leve	35
Moderado	6
Total general	**46**

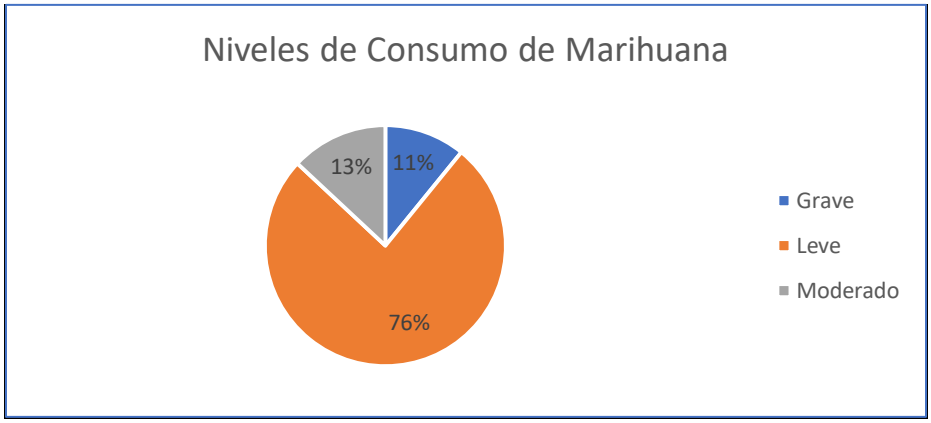
Con respecto al consumo en función del sexo, los resultados se distribuyen de la siguiente manera:

76% consumo leve, equivalente a 48,57% mujeres y 51.43% hombres

13% consumo moderado, equivalente a 33,33% mujeres y 66,67% hombres

11% consumo grave, equivalente a 60% mujeres y 40% hombres

Tabla 3 Niveles de consumo de marihuana



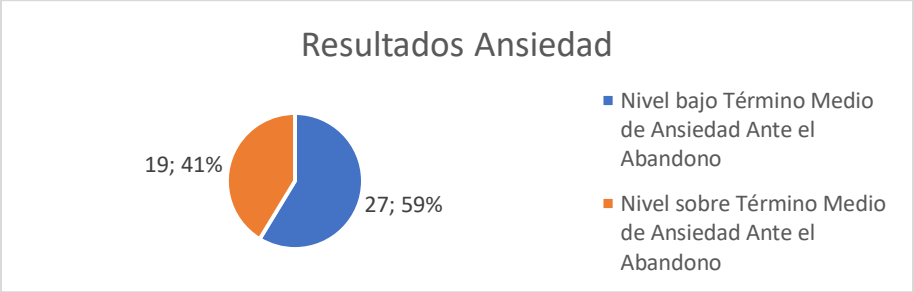
El resultado de la aplicación del cuestionario ECR de auto-reporte Experiences in Close Relationships (ECR), (Hazan y Shaver, 1987) que evalúa dos parámetros: ansiedad y evitación, los resultados fueron los siguientes:

Tabla 4 Ansiedad ante el abandono

Ansiedad	Cuenta de Resultado Ansiedad
Nivel bajo Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	27
Nivel sobre Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	19
Total general	**46**

Lo que indica que 27 personas están bajo el nivel término medio de ansiedad ante el abandono, correspondiente al 27.59% de la muestra y 19 personas están sobre el nivel término medio de ansiedad ante el abandono, correspondiente al 19.41% de la muestra:

Tabla 5 Porcentajes de distribución ansiedad



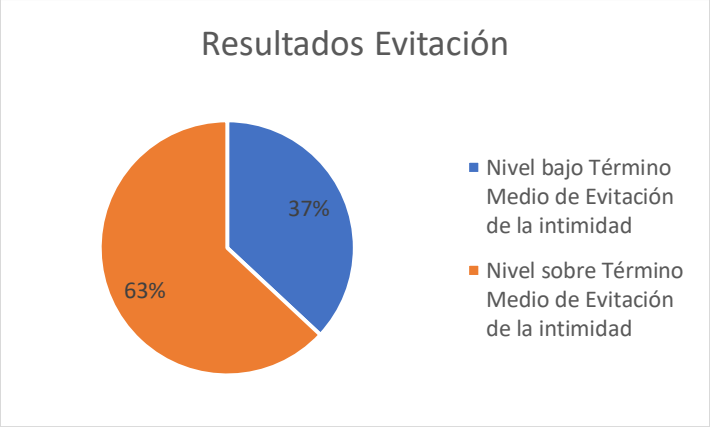
El siguiente resultado corresponde a la evitación a la intimidad, en las relaciones de parejas, el cual indica que 17 personas están bajo el término medio de evitación de la intimidad y 29 personas están sobre el nivel medio de evitación de la intimidad.

Tabla 6 Evitación de la intimidad

Evitación	Cuenta de Resultado Evitación
Nivel bajo Término Medio de Evitación de la intimidad	17
Nivel sobre Término Medio de Evitación de la intimidad	29
Total general	**46**

Esto distribuido en porcentajes corresponde a los siguiente:

Tabla 7 Porcentajes de distribución evitación



En comparación con los porcentajes obtenidos de ansiedad y abandono, los participantes concluyeron un 63% de valores más elevados en la dimensión de evitación de la intimidad, lo que indica mayor inseguridad en una relación de pareja.

Comparar estilos de apego en función del nivel de consumo de marihuana:

Al analizar la existencia de diferencias significativas de la manifestación de consumo o de estilos de apego, se observa que sólo para la dimensión de ansiedad, es posible establecer diferencias estadísticamente significativas que permiten aludir que las mujeres presentan niveles de ansiedad superiores a los hombres, eso es con una significancia de 0.05, para lo demás no hay diferencias significativas.

Tabla 8 Estadísticos de grupo

Estadísticos de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Promedio Ansiedad	Mujer	22	3,972222	,9936231	,2118412
	Hombre	24	3,412037	,9147677	,1867262
Promedio Evitación	Mujer	22	2,997475	1,0973322	,2339520
	Hombre	24	3,120370	,8273808	,1688884
Puntaje Gravedad:	Mujer	22	2,45	2,241	,478
	Hombre	24	2,71	2,116	,432

Tabla 9 Prueba T

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
									confianza para la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	Inferior	Superior
Promedio Ansiedad	Se han asumido varianzas iguales	,596	,444	1,991	44	,053	,5601852	,2813545	-,0068476	1,1272179
	No se han asumido varianzas iguales			1,984	42,748	,054	,5601852	,2823886	-,0094030	1,1297734
Promedio Evitación	Se han asumido varianzas iguales	3,598	,064	-,431	44	,668	-,1228956	,2850333	-,6973426	,4515513
	No se han asumido varianzas iguales			-,426	38,936	,673	-,1228956	,2885426	-,7065588	,4607676
Puntaje Gravedad:	Se han asumido varianzas iguales	,092	,764	-,395	44	,695	-,254	,642	-1,548	1,041
	No se han asumido varianzas iguales			-,394	43,079	,695	-,254	,644	-1,553	1,045

A la hora de evaluar si existen diferencias significativas en cuanto a la manifestación de apego en función al consumo, no es posible encontrar diferencias estadísticamente significativas, que permitan aludir que un tipo de consumo se encuentra relacionado a un estilo de apego en particular.

Tabla 10 Resultado ansiedad

Tabla de frecuencia

Resultado Ansiedad

Gravedad			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Leve	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	22	62,9	62,9	62,9
		Nivel sobre Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	13	37,1	37,1	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
Moderado	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	3	50,0	50,0	50,0
		Nivel sobre Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	3	50,0	50,0	100,0
		Total	6	100,0	100,0	
Grave	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	2	40,0	40,0	40,0
		Nivel sobre Término Medio de Ansiedad Ante el Abandono	3	60,0	60,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	

Tabla 11 Resultado evitación

Tabla de frecuencia

Resultado Evitación

Gravedad			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Leve	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Evitación de la intimidad	14	40,0	40,0	40,0
		Nivel sobre Término Medio de Evitación de la intimidad	21	60,0	60,0	100,0
		Total	35	100,0	100,0	
Moderado	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Evitación de la intimidad	2	33,3	33,3	33,3
		Nivel sobre Término Medio de Evitación de la intimidad	4	66,7	66,7	100,0
		Total	6	100,0	100,0	
Grave	Válidos	Nivel bajo Término Medio de Evitación de la intimidad	1	20,0	20,0	20,0
		Nivel sobre Término Medio de Evitación de la intimidad	4	80,0	80,0	100,0
		Total	5	100,0	100,0	

De acuerdo a las correlaciones en su totalidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, pero contrastando los resultados del cuestionario ECR, que cuantifica los parámetros de ansiedad y evitación, podemos determinar lo siguiente:

En cuanto al 76% de los individuos con consumo leve, el 62.9% está bajo el término medio de ansiedad ante el abandono

En lo que respecta al 13% de los encuestados, considerados con un consumo moderado, el 66,7% está sobre el término medio de evitación a la intimidad.

El 11% de los individuos determinados con un consumo grave, el 80% está sobre el término medio de evitación a la intimidad, este prevalece ante la ansiedad.

Tabla 12 Anova

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Promedio Ansiedad	Inter-grupos	,414	2	,207	,206	,815
	Intra-grupos	43,168	43	1,004		
	Total	43,581	45			
Promedio Evitación	Inter-grupos	1,125	2	,563	,604	,551
	Intra-grupos	40,080	43	,932		
	Total	41,205	45			

Para establecer el grado de sensibilidad del instrumento, se calculó el coeficiente de confidencialidad por medio de Alfa de Cronbach y se encuentra que presenta consistencia interna del instrumento manifestando un alfa de 0.808. sin embargo, se precisa realizar análisis de validez para determinar si realmente el instrumento es capaz de discriminar en el grupo estudiado, las características propias del apego para así evaluarlo en futuros estudios y poder determinar si realmente no existe una relación entre el tipo de apego y el consumo de marihuana.

Tabla 13 Estadísticos de fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,808	36

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones, discusión y recomendaciones

Al indagar en los cimientos de la teoría del apego, pude dilucidar en profundidad la importancia que tiene esta base en la vida de cada persona, la lectura me proporcionó valiosa información y también conocimiento de lo doloroso que fue en el pasado (aunque en la actualidad aún persiste, espero en menor grado), y lo dificultoso que era ser un infante, los castigos, desprecios, humillaciones por lo que se debía pasar, y luego crecer con todo ese agobio, no era fácil llegar a ser adulto. Afortunadamente la curiosidad, indagación y la visión de muchos investigadores que proporcionaron resultados de evidencia, pudieron comenzar poco a poco a cambiar el trato hacia los niños y niñas, informar acerca de la importancia trascendental en la vida de cada persona su relación óptima de apego seguro, que no siempre es posible, pero que se puede en la actualidad medir, conocer y poder encontrar, como psicólogos la terapia más apropiada para cada caso.

En lo que respecta a una de las hipótesis planteadas para esta investigación: (no) existe influencia entre el tipo de apego y el consumo de marihuana, los resultados obtenidos de esta investigación nos permitieron hallar un resultado parcial, primero, porque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, que demostraran esta influencia y segundo puesto que no se pudo indagar más en profundidad a cerca del apego seguro, en relación con el consumo de marihuana, porque el instrumento escogido para medir el apego romántico (importante tema de relación de pareja de un adulto) no lo incluye, sólo está presente el relacionado con el angustioso, equivalente al resultado de la ansiedad y el apego de autoconfianza compulsiva, equivalente al resultado de evitación, por lo que se sugiere para mayor información de estos tres campos, utilizar además otro instrumento que contenga también el grupo de apego seguro, ya que no se pudo establecer o refutar que un consumidor de marihuana con apego seguro es sinónimo de un adulto con una mayor salud mental, más tranquilo emocionalmente. Otra opción relevante también, podría ser ampliar la muestra, para tener la posibilidad y

capacidad de detectar diferencias significativas que nos proporcionen mayor información y validez para nuestras conclusiones.

Se mencionaba anteriormente la importancia de la relación de pareja en un adulto, y precisamente este aspecto fue el que proporcionó el enfoque para la creación del autorreporte ECR que utilizamos en esta investigación, Hazan y Shaver, en 1987, indicaban que los individuos maduros traían consigo aspectos similares de su apego de la infancia, a este respecto y, para mayor indagación, otra recomendación sería incluir una mezcla de metodologías, utilizando el procedimiento cualitativo, sería valiosa información poder describir la realidad tal como la experimentan los involucrados, esta metodología permitiría explorar las significancias de los individuos, indagar en su modo de vida, describiendo en forma minuciosa las situaciones, comportamientos e interacciones a través de observaciones y entrevistas, para poder interpretar sus relaciones sociales y sus vínculos, su aspecto no generalizable nos orienta hacia el individuo mismo, y desde la perspectiva de la psicología nos permitiría entender mejor su comportamiento y sus conflictos internos.

Continuando con esta investigación, la segunda hipótesis nos plantea que (no) existen diferencias de consumo entre hombres y mujeres, se evidencia a través de la sumatoria de las respuestas “SI”, obtenidas del cuestionario, que existe una diferencia significativa en el consumo moderado, donde hombres superan en un 33.34% en consumo respecto de las mujeres. Así mismo, en el resultado de consumo leve, hombres superan a las mujeres en 2.96% y, por último, en el consumo grave, esta vez las mujeres superan a los hombres en un 20%.

Tabla 14 Consumo por género

Consumo	Mujeres	Hombres	% superior
Leve	**48,57%**	**51,53%**	♀ < ♂ 2,96%
Moderado	**33,33%**	**66,67%**	♀ < ♂ 33,34%
Grave	**60%**	**40%**	♀ > ♂ 20,00%

Del objetivo específico de comparar estilo de apego en función del nivel de consumo de marihuana, si bien no se lograron encontrar diferencias significativas con respecto a que un apego es más indicativo que otro para optar al consumo de marihuana, sí se pueden mencionar algunos hallazgos importantes que destacar, que no se pueden pasar por alto, como es el hecho de que contamos con un porcentaje que tiene un consumo de nivel grave.

Por las entrevistas sostenidas con los voluntarios se visualizan personas comunes y corrientes que tienen un trabajo, estudian o están a cargo de sus familias, lo que resulta importante considerar, ya que esta situación podría desmoronar toda la estabilidad que presentan hasta ahora, se sugiere entonces poder promover mayor información acerca del uso de la marihuana y sus consecuencias, para poder lograr aumentar la percepción de riesgo que está bastante baja de acuerdo a investigaciones a nivel nacional y mundial, ¿cómo lograr esto?, destacando o informando investigaciones como por ejemplo de Méndez et al. (2017) que se refieren a que si un individuo durante su infancia ha sostenido situaciones adversas, como descuido de sus padres, violencia verbal, física o sexual presentan comorbilidad con el abuso y dependencia de sustancias, por lo tanto, determinar los mecanismos que predisponen a los sujetos a la adicción es indispensable para dicha prevención o más aún, para la rehabilitación, ya que además, se involucran factores genéticos y medioambientales que conducen hacia la vulnerabilidad del trastorno compulsivo de sustancias, es decir, los factores psico-bio-social están presentes y lo que llama más la atención en este estudio es que todo lo mencionado anteriormente es una situación óptima para la desregularización de los receptores cannabinoides del tipo 1, lo que quiere decir que, si consideramos el uso reiterado y prolongado, mencionado como grave en esta investigación, podríamos estar frente a un trastorno compulsivo de sustancias el que si va en forma progresiva podría llegar a maximizar los procesos biológicos naturales del cerebro, y eventualmente podría ser difícil dejar de utilizar la marihuana por sí sólo/a.

Otros datos encontrados en esta investigación que nos ayudan a responder a otros objetivos específicos como describir los niveles de consumo de marihuana en jóvenes, los resultados fueron los siguientes:

Para un total de 46 voluntarios, un 76% corresponde al consumo leve, un 13% al consumo moderado y un 11% al consumo grave.

Otro objetivo específico es: Relacionar el consumo de marihuana al estilo de apego angustioso o de autoconfianza compulsiva, los resultados obtenidos fueron los siguientes:

En cuanto al 76% de los individuos con consumo leve, el 62.9% está bajo el término medio de ansiedad ante el abandono, lo que significa que el grado de su consumo no está afectando mayoritariamente su preocupación por ser abandonado o rechazado en las relaciones de pareja, este resultado eventualmente no es de alta inquietud, en cuanto a las repercusiones que pudiera tener en la vida diaria de los individuos.

En lo que respecta al 13% de los encuestados, considerados con un consumo moderado, el 66,7% está sobre el término medio de evitación a la intimidad, vale decir que la persona está rechazando la cercanía física y psicológica de su pareja, mostrando molestias en el momento que tenga que depender o apoyarse en ésta.

Otro resultado importante de destacar es que el 11% de los individuos determinados con un consumo grave, el 80% está sobre el término medio de evitación a la intimidad, este prevalece ante la ansiedad, por lo tanto, al igual que el resultado de los encuestados con consumos moderados, también el individuo se encuentra en la situación de rechazo a la cercanía física y psicológica de su pareja, estas molestias en la relación podrían afectar la seguridad y continuidad del vínculo.

Por consiguiente, la relación entre el estilo de apego de un individuo y el consumo de marihuana, nos sugiere una vulnerabilidad, por lo tanto, se insta a todo lector a continuar investigando este tema, tal vez si pudiéramos lograr establecer el mecanismo que predispuso a estos individuos al consumo o mejor aún, a la adicción, llegaríamos a su infancia, allí donde se inició el estilo de apego, porque ésta es la relación afectiva más importante que tenemos al venir al mundo, saber qué tan fuerte y duradero fue.

CAPÍTULO VI. REFERENCIAS

Ante la marihuana infórmate más, arriésgate menos. (2012). recuperado de https://issuu.com/conacechile/docs/marihuana2012

Bertalanffy, L. (1993). *Teoría general de los sistemas*. Recuperado de http://www.academia.edu/download/33795197/TGS_Bertalanffy.pdf

Bowlby, J. (1995). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Brooks, D. (2012). *El animal social*. Madrid, España. Ediciones B.S.A.

Castaño-Pérez, G., Velázquez, E., Olaya-Peláez, A., (2017). Revista de Salud Pública: Aportes al debate de legalización del uso medicinal de la marihuana en Colombia, pp. 18-21.

Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.

Cultivo medicinal de cannabis: proyecto recibe apoyo de bancada transversal. (2019). recuperado de https://radio.uchile.cl/2019/07/07/cultivo-medicinal-de-cannabis-proyecto-recibe-apoyo-de-bancada-transversal/

Escobar, I., Berrouet., M., González, D. (2009). *Mecanismos moleculares de la adicción a la marihuana*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 38, núm. 1, pp. 126-142

Estudio del Senda revela aumento de 215% en consumo de marihuana en seis años. (2018). Instituto de políticas públicas en salud. Universidad San Sebastián.

Förster, C., & Rojas-Barahona, C. (2008). *Evaluación al interior del aula: una mirada desde la validez, confiabilidad y objetividad*. Pensamiento Educativo. Revista de Investigación Educacional Latinoamericana, 43(2), 285-305.

Fourment, K. (2009). Validez y confiabilidad del auto cuestionario de modelos internos de relaciones de apego (Camir) en un grupo de madres de Lima Metropolitana (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.

Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B. (2009). *Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego del adulto CAMIR*. Revista Latinoamericana de Psicología, vol.41, núm.1, pp. 81-98.

Grotenhermen, F. (2006). *Los Cannabinoides y el sistema endocannabinoide, Cannabinoides*, pp.10-14.

Guzmán, F., Llamas, M., Rodríguez, L., Alonso, M. (2012). *Norma subjetiva, Intención y Consumo de Marihuana en Jóvenes Universitarios de México*, pp.57-66.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. Interamericana editores S.A.

Informe mundial sobre drogas. (2016). Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito, recuperado de https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

Kramer, J., Cameron, D. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.

La infancia en el siglo XX, (s.f.). recuperado de http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-3521.html

Lecannelier, F. (2014). *El trauma oculto en la infancia*. Chile. Ediciones B.S.A.

López, G., Brindis, F., Niizawa, C., Ventura, R. (2015), Cannabis Sativa L., una planta singular. *Rev. mex. cienc. farm* [online]. 2014, vol.45, n.4 [citado 2019-07-11], pp.1-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-01952014000400004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1870-0195.

Marihuana, (2016). recuperado de http://www.senda.gob.cl/prevencion/informacion-sobre-drogas/marihuana/

Martínez, C., Santelices, M. (2005). *Evaluación del apego en el adulto: Una revisión*. Psykhe [online]. 2005, vol.14, n.1 [citado 2019-07-02], pp.181-191. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282005000100014&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2228. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000100014.

Mena, I., Dörr, A., Viani, S., Neubauer, S., Gorostegui, M., Dórr, M., Ulloa, D. (2013). *Efectos del consumo de marihuana en escolares sobre funciones cerebrales demostrados mediante pruebas neuropsicológicas e imágenes de neuro-SPECT*. Revista Salud Mental, Vol.36, N°5, septiembre-octubre 2013

Méndez, M., Romero, B., Cortés, J., Ruíz, A., Próspero, O. (2017). *Neurobiología de las adicciones*. Revista de la facultad de medicina de la UNAM. Vol.6, n.°1, pp. 6-7.

Osorio, J., Tangarife, H. (2009). *Cannabis, una opción terapéutica*, Volumen 8, pp. 166 – 177

Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2010). *Desarrollo humano*. México D.F. McGraw-Hill/Interamericana Editores S.A.

Quiroga, M., (2000). *Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física*. Adicciones, [S.l.], v. 12, p. 117-133, jun. 2000. ISSN 0214-4840. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/676/665

Ramos, J., Fernández, J., (2000). *Uso de los cannabinoides a través de la historia*. Adicciones, [S.l.], v. 12, p. 19-30, jun. 2000. ISSN 0214-4840. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670>de la marihuana recuperado de http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/670

Spencer, R., Guzman, M.,Fresno, A., Ramos, N. (2013). *Validación chilena de evaluación del apego romántico experiencies in close relationships* (ECR): análisis de la validez de criterio. Vol. 31, N° 3, 313-324.

Vila, J., Nieto, J. (2003). *Investigación contemporánea en aprendizaje asociativo*. Mexico. Colección Universitas.

ANEXOS

ANEXO A: DSM-5

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.

5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.

6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.

7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.

9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.

10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:

a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis).

b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Intoxicación por cannabis 269

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por el cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por el cannabis (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia por cannabis, o de un trastorno mental específico inducido por el cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave:

F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o

F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas.

304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Intoxicación por cannabis

A. Consumo reciente de cannabis.

B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.

C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:

1. Inyección conjuntival.

2. Aumento del apetito.

3. Boca seca.

4. Taquicardia.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia. Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional. Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.89. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de cannabis y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es F12.129, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es F12.229. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10MC es F12.929.

Para la intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es F12.122, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es F12.222. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10MC es F12.922.

Abstinencia de cannabis 292.0 (F12.288)

A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).

B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:

1. Irritabilidad, rabia o agresividad.

2. Nerviosismo o ansiedad.

3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).

4. Pérdida de apetito o de peso.

5. Intranquilidad.

6. Estado de ánimo deprimido.

7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.

C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE10-MC para la abstinencia de cannabis es F12.288. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de cannabis solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de este. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis con una abstinencia de este.

ANEXO B: DATOS GENERALES

Este cuestionario es confidencial, tiene por objetivo investigar acerca del uso de la marihuana y su relación con el tipo de apego, si usted es consumidor, y su edad fluctúa entre los 18 y 36 años, solicito su colaboración.

La primera parte es información general y luego viene cuestionario ECR. Las afirmaciones contenidas se refieren a cómo te sientes en tus relaciones de pareja en general, no sólo lo que eventualmente vivas en una relación de pareja actual. Responde a cada una de las afirmaciones indicando cuán representado/a o no te sientes con cada una de ellas de acuerdo a la escala que se presenta a continuación.

NOTA ACLARATORIA: El cuestionario utiliza la palabra INTIMIDAD como un elemento importante de las relaciones de pareja. Esta intimidad incluye distintos aspectos propios de las relaciones de pareja, como, por ejemplo: la cercanía emocional y física, la vida sexual, la comunicación, el compromiso mutuo, la privacidad, etc.

Datos generales

01. Género
___ Hombre
___ Mujer

02. ¿Cuándo fue la primera vez que usted consumió marihuana en su vida?

___ Durante los últimos 30 días
___ Hace más de un mes

03. ¿Ha sentido un deseo tan grande de usar marihuana que no pudo resistir o pensar en nada más?
___ Si
___ No

04. ¿Ha observado que para obtener el mismo efecto con marihuana ha consumido mayor cantidad que antes?
___ Si
___ No

05. ¿Ha notado que la misma cantidad de marihuana tiene menos efecto en Ud. que antes?
___ Si
___ No

06. ¿Ha consumido marihuana a pesar de que tenía la intención de no hacerlo?
___ Si
___ No

07. ¿Ha terminado consumiendo marihuana en mayores cantidades de lo que usted pensó?
___ Si
___ No

08. ¿Ha dejado de hacer o ha suspendido actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de marihuana?
___ Si
___ No

09. ¿Ha dedicado más tiempo que antes a conseguir y a consumir marihuana, o pasa más tiempo recuperándose de sus efectos?
___ Si
___ No

10. ¿Ha continuado consumiendo marihuana a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos?
___ Si
___ No

11. ¿Ha dejado de cumplir sus deberes en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa de la marihuana? Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.

___ Si
___ No

12. ¿Ha puesto en peligro su integridad física a causa del consumo recurrente de marihuana? Como, por ejemplo: ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.

___ Si
___ No

13. ¿Ha tenido algún problema o han aumentado los problemas con su familia o amigos a causa de su consumo de marihuana? Por ejemplo: discusiones serias o violencia.

___ Si
___ No

ANEXO C: CUESTIONARIO ECR

Totalmente en desacuerdo	**Bastante en desacuerdo**	**Un poco en desacuerdo**	**Ni desacuerdo ni acuerdo**	**Un poco de acuerdo**	**Bastante de acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**
1	2	3	4	5	6	7

1	Prefiero no mostrar a mi pareja mis sentimientos personales.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
2	Me preocupa que me abandonen.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
3	Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
4	Me preocupo en exceso por mis relaciones.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
5	Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad, me doy cuenta que tiendo a cerrarme.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
6	Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como yo me intereso por ella.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
7	Me siento muy irritado/a cuando mi pareja quiere demasiada intimidad emocional.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
8	Me preocupa bastante la posibilidad de perder a mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
9	Me siento incómodo/a abriéndome a mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

10	Frecuentemente deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mí sean tan fuertes como son mis sentimientos hacia él/ella.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
11	Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez pongo distancia entre nosotros.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
12	Frecuentemente quisiera fusionarme completamente con mi pareja y esto a veces le asusta.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
13	Me pongo nervioso/a cuando mi pareja logra demasiada intimidad emocional conmigo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
14	Me preocupa estar solo/a.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
15	Me siento cómodo/a compartiendo mis sentimientos y pensamientos más íntimos con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
16	A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
17	Intento evitar establecer demasiada intimidad con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
18	Necesito que me pareja me reafirme constantemente que me ama.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
19	Encuentro relativamente fácil establecer intimidad emocional con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
20	A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso hacia nuestra relación.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
21	Me es difícil permitirme depender de mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
22	Pocas veces me preocupa la idea de ser abandonado/a.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
23	Prefiero no tener demasiada intimidad emocional con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
24	Si no logro que mi pareja muestre interés por mí, me molesto o me enojo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
25	Se lo cuento todo a mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
26	Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad emocional conmigo como a mí me gustaría.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
27	Frecuentemente converso sobre mis problemas y preocupaciones con mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
28	Cuando no tengo una relación de pareja, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
29	Me siento cómodo/a dependiendo de mi pareja.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
30	Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**

31	No me complica pedirle a mi pareja que me ayude, me consuele o me aconseje.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
32	Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
33	Me ayuda mucho recurrir a mi pareja en épocas de crisis.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
34	Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
35	Recurro a mi pareja para muchas cosas, por ejemplo, cuando necesito consuelo y tranquilidad.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
36	Me molesta que mi pareja pase tiempo lejos de mí.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**