

TFM Lucía Monzón Peleato

por Lucía Monzón Peleato

ARCHIVO	22463_LUCIA_MONZON_PELEATO_TFM_LUCIA_MONZON_PELEATO_1651689_836043983.PDF (590.25K)		
HORA DE LA ENTREGA	10-MAY.-2020 06:08P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	9445
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1320893809	SUMA DE CARACTERES	50471

Lucía
Monzón
Peleato



COMILLAS

UNIVERSIDAD PONTIFICIA



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON EL APEGO Y LA AUTOESTIMA

Autora: Lucía Monzón Peleato
Directora Profesional: Cristina Ruiz de Arana Marone
Directora Metodológica: Mónica Terrazo Felipe

Madrid
Mayo 2020

**EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y SU RELACIÓN CON EL APEGO Y LA
AUTOESTIMA**



Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la relación entre el abuso de sustancias, la autoestima y el tipo de patrón de apego adulto. La muestra estuvo formada por 36 participantes, 24 hombres (66,7%) y 12 mujeres (33,3%), con edades comprendidas entre los 22 y los 61 años. La autoestima fue medida a través de la escala de autoestima de Rosenberg. Para medir el tipo de patrón de apego adulto se utilizó el CaMir-r y para conocer el tiempo que llevaban los pacientes en tratamiento por drogodependencia se empleó un cuestionario de diseño propio. Los resultados obtenidos no mostraron una relación estadísticamente significativa entre las tres variables estudiadas. En este sentido se propone la realización de futuras investigaciones con un tamaño muestral mayor, posibilitando obtener resultados más significativos, además de la utilización de un diseño pre-post y un grupo control. También se plantea a la posible utilización de entrevistas semiestructuras que aporten información adicional a los instrumentos utilizados. Estos resultados invitan a considerar la posibilidad de tener en cuenta un trabajo más específico con respecto a la autoestima y al apego, factores que inciden en la mejora terapéutica y en la prevención de recaídas.

Palabras clave: Drogodependencia, autoestima, patrón de apego, seguridad.

Abstract

The aim of this study is to analyse the relationship between substance abuse, self-esteem and the type of adult attachment pattern. The sample was composed by 36 people, 24 men (66.7%) and 12 women (33.3%), aged between 22 and 61 years. Self-esteem was measured using the Rosenberg self-esteem scale. The CaMir-R questionnaire was used to measure the type of adult attachment pattern, and to establish the time patients had been under treatment for drug abuse dependence. A self-designer questionnaire was used. The results obtained did not show any statistically significant relationship between the three variables studied. Therefore, the development of the studies with larger samples had been proposed in order to attain more accurate results, along with a pre-post design and control group. The possible use of semi-structured interviews could provide additional information to the instruments already used, and it is also been considered. These results will allow to consider the possibility of exploring

a more specific study on self-esteem and attachment, factors that have an influence on the therapeutic improvement and the relapse prevention.

Key words: Drug dependence, self-esteem, attachment pattern, security.

Introducción

La drogodependencia es un estado psíquico, y en ocasiones también físico, producido por la interacción entre un individuo y una droga. Como resultado de esta interacción, se modifican una o más funciones en el organismo y aparecen una serie de respuestas que inducen a la compulsión en el consumo de la sustancia con el objetivo de experimentar sus efectos, o bien para evitar las consecuencias que provocan la falta de ésta (Organización Mundial de la Salud, 1964, citado en Pérez y Guardiola, 2013).

El consumo de sustancias estupefacientes se ha mantenido estable en mayor o menor medida durante los últimos años: aproximadamente un treinta por ciento de los adultos españoles afirma que en algún momento de su vida ha consumido este tipo de sustancias. La droga más prevalente es el cannabis, cuyo consumo se localiza entre los adolescentes y los adultos de menos de 35 años. La media de consumo de cocaína y cannabis (las más prevalentes), se mostró decreciente hasta el año 2017, en el cual se produjo un incremento en los datos del consumo de ambas. El consumo de estupefacientes continúa teniendo unas tasas mayores en los hombres que en las mujeres. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019). Ver anexo.

Una de cada 100 personas entre 15 y 64 años, informaron en 2017 haber consumido nuevas sustancias ilícitas. Una gran mayoría de estos consumidores eran jóvenes varones que mostraban un patrón de policonsumo de sustancias de tipo psicoactivo tanto ilegales como legales (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019).

La drogadicción es un problema muy complejo, que se puede abordar desde múltiples enfoques en función de cómo sea concebido por parte del terapeuta. Actualmente, el modelo más predominante sobre el consumo de drogas es el modelo de enfermedad, que considera el uso de drogas como una enfermedad persistente. La teoría del apego analiza el uso indebido de drogas desde una lente diferente, viéndolo como un problema subyacente de autorregulación, como consecuencia de apegos inseguros experimentados durante la infancia y la primera infancia (Cihan, Winstead, Laulis y Feit, 2014).

Según la teoría del apego, los bebés y niños que experimentan apegos inseguros y traumas tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de conducta y trastornos por consumo de sustancias que pueden continuar hasta la adolescencia y la edad adulta (Godinet, Li y Berg, 2014, citado en Fridman, 2019).

El psiquiatra inglés John Bowlby introdujo el término de apego para referirse al sesgo afectivo que un niño desarrolla hacia una figura de apego, su cuidador. Su función es la de mantener una proximidad a esta figura, modulando el comportamiento del sujeto para adecuarlo al entorno, especialmente ante eventos estresantes. Estos cuidadores son figuras de apego elegidas especialmente por su fuerza y / o inteligencia, aspectos fundamentales que aseguran la supervivencia del bebé durante la historia evolutiva humana (Dalbem y Dell'Aglio, 2005).

Para establecer su teoría del apego, Bowlby define en 1995 el modelo operante interno, este se explica como la representación que hace una persona sobre sí misma, y sobre su sí mismo en interacción con sus figuras de apego dentro de una situación cargada emocionalmente. Estas representaciones tienen un impacto sobre la forma en la que uno se siente en referencia a los demás y a sí mismo y la forma en la que tratará a los demás o esperará ser tratado. Las conductas de apego están mediatizadas por la mente y concretamente, tras los primeros 7 meses de vida las figuras de apego ya están identificadas por el niño y han quedado plasmadas en su mundo interno mediante representaciones. A estos esquemas internos Bowlby los denominó como “modelos representativos u operantes” (Pinedo y Santelices, 2006).

La función del apego en la infancia es garantizar la proximidad física entre el bebé y el cuidador, lo que contribuye a la seguridad del bebé y al aprendizaje de una forma de desarrollar relaciones, un modelo de funcionamiento interno. Este modelo se refiere a una representación cognitiva de cómo un individuo desarrolla relaciones con otras personas a lo largo de la vida, tanto en términos de interacción social como en términos de relaciones íntimas (Bowlby, 2002 citado en Teixeira, Ferreira y Howat-Rodrigues 2019).

La conducta de base segura se definiría como un punto medio entre las conductas de exploración y las de búsqueda de una proximidad con el objeto de apego, es decir en qué medida el niño es capaz de utilizar a este objeto como una base de seguridad para hacer una exploración del medio y poder regresar cuando se sienta amenazado o estresado (Bowlby, 1988 citado en Nóbrega, et al., 2019).

Partiendo de este modelo de apego, el vínculo seguro estaría definido como un equilibrio entre ambas conductas, por lo tanto la tendencia hacia alguno de los extremos supondría el establecimiento de un patrón inseguro. Concretamente el apego de tipo evitativo estaría más relacionado con un desequilibrio en el polo de la exploración; y el de tipo ambivalente con una descompensación en cuanto a la búsqueda de proximidad (Cassidy, 2016).

La teoría de la regulación del afecto habla sobre la forma en que las experiencias tempranas de apego cargadas de emociones afectan y alteran de manera indeleble el hemisferio derecho del cerebro en su desarrollo temprano. Este hemisferio es dominante el resto de la vida para el procesamiento holístico, no verbal y espontáneo (inconsciente) de las interacciones sociales y la información emocional, para permitir que el organismo regule el afecto y haga frente a las tensiones y los desafíos y, por consiguiente, para la resistencia emocional y el bienestar emocional en las etapas posteriores de la vida. El modelo más completo, la teoría de la regulación ofrece un modelo neurobiológico interpersonal global del desarrollo, la psicopatogénesis y el tratamiento del sistema del yo subjetivo de formación temprana. La construcción de la neurobiología interpersonal y la función de la mente y el cerebro están conformadas por las experiencias sociales, especialmente las que implican relaciones emocionales. La autoorganización del cerebro en desarrollo se produce en el contexto de una relación con otro yo, otro cerebro. (Schore, 2014).

La teoría del apego se desarrolló inicialmente para explicar la formación y la importancia continua de los vínculos emocionales entre los bebés humanos y sus cuidadores principales (generalmente los padres). En la década de 1980, la teoría se amplió para proporcionar un marco para estudiar las relaciones cercanas entre adultos, como las relaciones de pareja. En su forma original, la teoría del apego se orientó en torno al vínculo emocional que un bebé generalmente establece con uno o más cuidadores especiales durante el primer y segundo año de vida. El cuidador proporciona al bebé un "refugio seguro" en tiempos de amenaza o dolor, y una "base segura" desde la cual explorar el mundo y desarrollar habilidades. Cuando surgen amenazas o problemas, el bebé señala o se acerca al cuidador para buscar protección, comodidad y asistencia con la regulación de las emociones. En el caso de las relaciones cercanas entre adultos, se forma un vínculo emocional similar cuando una persona se apoya en la otra como un refugio seguro y una base segura (Alonso-Arbiol, Balluerka y Shaver, 2007).

La escolarización aumenta el número de personas con las que los niños hacen vínculos y, en la adolescencia, la relación comienza a ser más simbólica, incluyendo las fantasías. Los adolescentes comienzan a dirigir el comportamiento de apego hacia otros adultos y lo alejan de los padres, estableciendo relaciones marcadas por la atracción sexual. Con el tiempo, esos adultos jóvenes desarrollan un apego adulto, definido como el uso del modelo funcional interno para establecer vínculos con otras personas importantes, algo necesario ante el miedo y el estrés (Dalbem y Dell'Aglio, 2005).

El estilo de apego adulto no es una simple continuación del apego infantil, sino que se desarrolla a lo largo de la historia de vida del sujeto, sufriendo cambios psicológicos y hormonales. Hay puntos de cambio en el desarrollo antes de la edad adulta, uno importante es en la infancia media, donde puede ocurrir una reorganización específica del sexo, con niñas inseguras que cambian hacia la ambivalencia y niños inseguros hacia la evitación y, debido a cambios en los andrógenos suprarrenales. Este cambio es parte del sistema de respuesta al estrés, que se ve afectado por situaciones estresantes y contribuye a las diferencias individuales. El apego está relacionado con este sistema, y cada estilo desarrolla una activación diferente del sistema de respuesta al estrés (Del Giudice, Ellis y Shirtcliff, 2011)

Analizando de una forma más pormenorizada los estilos de apego adulto, las personas con apego seguro-autónomo se caracterizarían por compartir y expresar de una manera abierta lo que sienten, le dan valor a las relaciones de apego y las basan en la confianza y el apoyo, además hacen una evaluación de sus experiencias tempranas que refleja agradecimiento y validación de sus figuras significativas. En el caso del patrón evitativo-devaluante, las personas tienen una tendencia a desvalorizar los vínculos de apego, no basan sus relaciones en la confianza, afirman no recordar gran parte de sus experiencias pasadas y recuerdan a sus figuras de apego de una forma idealizada o relacionada con el rechazo o la indiferencia; muestran un patrón de autosuficiencia e independencia y tratan de controlar sus emociones. Dentro del patrón ambivalente-preocupado, los sujetos tienden a sentir una excesiva preocupación por las personas con las que establecen relaciones significativas, poseen un gran miedo al abandono y muestran poca autonomía; lo que recuerdan de sus relaciones tempranas está relacionado con experiencias rechazantes por parte de sus progenitores y se muestran resentidos con respecto a estas situaciones. El último estilo de apego sería el no resuelto o desorganizado en el cual encontramos a personas que no son capaces de establecer un

patrón de apego coherente (Balluerk, Lacasa, Gorostiaga, Muela Y Pierrehumbert, 2011).

En relación a los estilos de apego y sus emociones asociadas, en el patrón seguro aparecen en mayor medida emociones como la alegría, la calma, la confianza, el placer o la tranquilidad, en el evitativo prevalecen sentimientos como el miedo, la ansiedad, la hostilidad, la rabia o la desconfianza y, en el ambivalente se encuentran más habitualmente emociones como la rabia, el miedo, la preocupación, la ansiedad o el estrés (Garrido-Rojas, 2006).

En cuanto a las estrategias para la regulación emocional, en el patrón seguro aparecen estrategias en las cuales el sujeto busca la proximidad, explora y tiene sentimientos de afiliación, además expresa sus emociones en gran medida y busca apoyo social. En el patrón evitativo, los sujetos se muestran inhibidos emocionalmente, tienden a distanciarse de sus emociones y afectos, rechazan pensamientos o recuerdos que les generen dolor, se muestran reacios a la proximidad, suprimen emociones de tipo negativo y se distancian de las situaciones de apego. Por último en patrón ambivalente suele utilizar estrategias para aproximarse a sus figuras de apego, son sujetos, hipervigilantes, que presentan mucha rumiación y su organismo suele estar sobreactivado, también están inhibidos emocionalmente y centran su atención en el estrés y en situaciones negativas, su sistema de apego está activado de forma crónica lo cual es disfuncional para el sujeto (Garrido-Rojas, 2006).

Esta teoría afirma que existe una relación entre el nivel de seguridad del vínculo establecido y la autovaloración del sujeto. Las personas con representaciones seguras de apego poseen una percepción de ellos mismos más positiva que aquellos que han establecido un patrón representacional inseguro. Como ya establecieron Sullivan en 1953 y Bowlby en 1993 el vínculo que se establece con el apego es la base para el futuro desarrollo de la autoestima y del propio self. Si en esta relación el niño se ha sentido valioso y ha recibido afecto, tendrá una percepción de sí como alguien querible y digno de ser valorado. Sin embargo si ha experimentado rechazo o abandono sentirá que no es alguien que merezca que le quieran ni le valoren (Portu, 2010).

En este punto cabe hablar sobre la variable de autoestima. A la hora de definir la autoestima es importante hablar sobre el auto concepto, el cual se refiere al área más cognitiva o relacionada con los conocimientos o la percepciones que la persona posee sobre su propio ser en los múltiples aspectos que le conforman como individuo (psicológico, corporal, social, emocional, etc.). Dentro de esta descripción se incluyen

atributos objetivos y/o subjetivos que la persona utiliza para diferenciarse. Estos atributos están jerarquizados en función de la importancia que les dé la persona y su orden varía según el contexto, los sentimientos o la experiencia que esté viviendo. Por lo tanto elige los atributos centrales según la importancia que tengan para ella o en función de criterios externos como por ejemplo la valoración social. Este proceso de selección y autodescripción está mediatizado por variables de tipo emocional y evaluativas (González, 1999).

Concretamente esta función de evaluación es la que cumpliría lo que es denominado como «autoestima». La autoestima integra los juicios de valor sobre las competencias de la persona y las emociones relacionadas con esta evaluación. Se identificaría como la actitud frente a la cual un sujeto se enfrenta a sí mismo y a lo que es, esta puede ser positiva (aprobación), o negativa (desaprobación) de lo cual se deriva una alta o baja autoestima (González, 1999).

La autoestima se refiere a la evaluación subjetiva que de un individuo hace de su valía como persona. Es importante destacar que la autoestima no refleja necesariamente las habilidades y los talentos y objetivos de una persona, ni siquiera cómo una persona es evaluada por otros. Además, la autoestima es conceptualizada comúnmente como la "vivencia de que uno es suficientemente bueno" y, en consecuencia, las personas con alta autoestima no necesariamente creen que son superiores a los demás. Por lo tanto, la autoestima estaría más relacionada con sentimientos de autoaceptación (Rosenberg, 1965 citado en Orth y Robins, 2014).

Aunque los individuos pueden variar en la trayectoria particular que siguen, la nueva evidencia longitudinal sugiere que la autoestima tiende a aumentar desde la adolescencia hasta la edad adulta media, alcanza su punto máximo entre los 50 y 60 años, y luego disminuye a un ritmo acelerado hacia la vejez (Orth y Robins, 2014).

En el periodo tardío de la adolescencia (16-17 años), se encuentran niveles más bajos de autoestima tanto a nivel familiar, como emocional, como física; y estos datos coinciden con unos porcentajes más altos de consumo de sustancias (cannabis, tabaco, alcohol y drogas de diseño) (Riquelme, García y Serra, 2018).

Se encontró una asociación significativa entre los resultados de la prueba de autoestima de Rosenberg y el tabaquismo, y el abuso de drogas ilegales como heroína, alcohol y otras sustancias. Por lo tanto, el aumento la autoestima es crucial para prevenir los trastornos conductuales y emocionales de los adolescentes. Esto significa que si lo que se pretende es prevenir el abuso de sustancias en adolescentes con educación en

salud y brindando información adecuada, la prevención al aumentar su autoestima podría ser más efectiva. La alta autoestima es una de las herramientas más fuertes que pueden ayudar a los adolescentes, por lo tanto, los miembros de sus familias deben mantener un entorno familiar que contribuya a aumentar su autoestima. Esto puede ser posible estableciendo una relación cálida y continua entre los miembros de la familia el su adolescente, reduciendo el nivel de presión emocional y favoreciendo su salud mental y emocional. De esta manera, la familia puede ayudar al adolescente a ganar autoconfianza, aumentar su autoestima, desarrollarse y potenciar su asertividad, lo cual tiene un impacto significativo en la reducción del consumo de drogas ilegales en adolescentes y adultos jóvenes (Khajehdaluae, Zavar, Alidoust y Pourandi, 2013).

Es interesante que tanto los adolescentes que caracterizan a sus padres como autoritativos o aquellos que los caracterizaron como indulgentes tienen puntuaciones más bajas en consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, y muestran una mayor autoestima y rendimiento escolar que los adolescentes de familias autoritarias y negligentes. Además, las familias indulgentes obtienen puntuaciones un poco más altas en autoestima y rendimiento escolar que las familias autoritativas, pero estas obtienen un mejor rendimiento en las puntuaciones de uso de sustancias (Calafat, García, Juan, Becoña y Fernández-Hermida, 2014).

Existe una relación entre el consumo de sustancias y el tipo de apego que se haya establecido en la infancia, mostrándose el patrón de apego seguro como un factor de protección. En este caso se estarían satisfaciendo las necesidades psicológicas del niño a través del cuidado del adulto. Los distintos tipos de estructuras familiares inciden sobre el abuso y la percepción de afecto que recibe el niño, lo cual supone un elemento de protección ante la presión del grupo de pares para consumir (Olivares, Charro, Úrsua y Meneses, 2018).

El abuso de sustancias estupefacientes mantiene una correlación negativa con la variable de seguridad la cual está relacionada con el establecimiento de un apego seguro. Por otra parte el consumo de alcohol correlaciona de forma positiva con la permisividad de los progenitores, que a su vez está estrechamente relacionada con la falta de límites o guía por parte de los padres en etapas infantiles. Existe un alto nivel de correlación entre el consumo de drogas y el de alcohol. En función del patrón de apego que haya establecido un sujeto, su nivel de dependencia emocional podría estar mediando en el abuso que el sujeto haga de sustancias estupefacientes o de alcohol.

Añadiendo también la función predictora que la dependencia emocional realiza sobre el abuso de sustancias o alcohol (Barbarias, Gutiérrez y Bilbao, 2019).

Los sujetos con un patrón de apego seguro están caracterizados por la exposición a lo largo de su vida a emociones de tipo positivo, esto facilita el desarrollo de su bienestar; sin embargo en los patrones ambivalentes o evitativos las emociones predominantes son de tipo negativo. Este hecho está relacionado con la ausencia de destrezas adaptativas, lo cual genera una vulnerabilidad al abuso de sustancias cuando se exponen a situaciones con alto nivel de estrés (Barbarias, Gutiérrez y Bilbao, 2019).

Los adolescentes que tienen un alto nivel de participación en la comunidad y fuertes vínculos de apego (incluidos los vínculos con los miembros de la comunidad y la familia) tendrían menos probabilidades de adoptar comportamientos de riesgo, por temor a desestabilizar las relaciones y actividades valoradas. El apego familiar junto con el apoyo social forman la raíz de los lazos sociales de los sujetos, los cuales inciden directamente en el uso de sustancias. La autoestima también funciona como una variable mediadora entre el uso de sustancias y los factores protectores. Las personas con niveles más altos de participación comunitaria, un fuerte apoyo social de la comunidad y fuertes apegos a la familia, tienen niveles más altos de autoestima y, en consecuencia, niveles más bajos de uso de sustancias (Peterson, Buser y Westburg, 2010).

Con respecto a los tratamientos clínicos se realizó un estudio para ver en qué medida cambiaban los pacientes drogodependientes de una comunidad terapéutica a los seis meses de tratamiento. Se analizó cómo se encontraban los pacientes en el primer mes y qué cambios se produjeron al medio año de tratamiento en relación a las variables registradas. Se analizaron las diferencias existentes en procesos de cambio, sin cambiar de escenario, se midió y comparó el balance decisional de consumir sustancias psicoactivas, las expectativas de autoeficacia, la variable agresión y se aplicó un cuestionario de evaluación de la etapa de cambio. La participación de las figuras de apego (tanto familiares como amigos), en la terapia tiene un efecto claro sobre los resultados puesto que de este modo los pacientes valoran más las consecuencias que supone el consumo tanto para sí mismo como para las personas que les rodean y las relaciones interpersonales que establecen. Además se encuentra que a partir de los seis meses se produce una clara mejora en la variable de autoeficacia, que está relacionada en gran medida con la autoestima (Pérez, 2011).

Se estudió a personas drogodependientes de heroína registrando medidas a la entrada de una comunidad terapéutica, durante su estancia y a los 15 meses de tratamiento. Se encontró una mejora significativa en el incremento del locus de control y la mejora de la autoestima (Dekel, Benbenishty y Amram, 2004).

Con respecto a las diferencias de género, se realizó una revisión metodológica que tenía como objetivo el conocimiento de la metodología en los estudios sobre comunidades terapéuticas, para conocer sus consecuencias y hacer un seguimiento a corto plazo. Se encontró que las mujeres puntuaban significativamente mejor en el 33% en las escalas psicológicas que los hombres, sin embargo los varones destacaban con respecto a la dependencia y dominancia, y las mujeres puntuaban peor en autoestima. Respecto al ámbito social, en este caso las mujeres obtenían un mayor nivel de autoestima, lo cual puede explicar la gran variación psicológica que se detectó con respecto a los hombres (Lopez, Roman, Castello y Garcia, 2012).

En otra revisión teórica se analizaron los diferentes elementos que podían caracterizar a las mujeres con drogodependencia, y de este modo determinar conclusiones para realizar intervenciones con ellas partiendo de lo investigado. Se concluyó que un aspecto que se debía tomar en consideración eran los bajos niveles en el auto-concepto y en la autoestima que presentaban las mujeres con drogodependencia, además de sentimientos de culpabilidad (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

En esta misma revisión de Ruiz-Olivares y Chulkova, también se demuestra la necesidad de trabajar la drogodependencia de forma diferente entre hombres y mujeres. Afirman que existen diferencias con respecto al tipo de consumo y que sería conveniente establecer intervenciones psicológicas diferenciadas, puesto que el patrón tradicional no tiene en cuenta tratamientos específicos para las mujeres (Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016).

Partiendo del marco teórico descrito anteriormente se proponen los siguientes objetivos:

El objetivo general de esta investigación es estudiar si existen diferencias en el patrón de apego, el nivel de seguridad y el nivel de autoestima de los pacientes drogodependientes según el tiempo que llevan en tratamiento.

Entre los objetivos secundarios se encuentran:

- Analizar en qué medida influyen el sexo y la edad sobre el tipo de apego establecido, los niveles de autoestima y el tipo de sustancia consumida.

- Evaluar si existen variables que interfieran en la práctica clínica con estos pacientes con el fin de averiguar ciertas claves para mejorar los tratamientos.

Por lo tanto, de acuerdo la revisión de la literatura y con los objetivos descritos, se sugieren las siguientes hipótesis:

- Existe una correlación entre el tiempo que los participantes llevan en un tratamiento por consumo y el grado de autoestima, a mayor tiempo en tratamiento mayor nivel de autoestima.
- Existe una correlación entre el tiempo que los participantes llevan en un tratamiento por consumo y el grado de seguridad (apoyo y disponibilidad percibida), a mayor tiempo en tratamiento mayor nivel de seguridad.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de patrón de apego en función del tiempo que llevan en tratamiento por consumo los participantes.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función del sexo.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función de la edad.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, alcohol+ cocaína, alcohol+ benzodiazepinas y policonsumo) y su sexo.
- Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, alcohol+ cocaína, alcohol+ benzodiazepinas y policonsumo) y su edad.

Método

Participantes

La muestra empleada para el estudio son pacientes de una fundación para el tratamiento de adicciones de Madrid (España). El tratamiento es de tipo ambulatorio, se realizan terapias grupales con una orientación cognitivo conductual y se ofrece ayuda profesional tanto a los pacientes como a sus familias.

Los criterios de inclusión son estar en tratamiento por drogodependencia y ser mayor de 18 años. Los criterios de exclusión son la minoría de edad.

La muestra está constituida por 36 participantes mayores de 18 años, con edades comprendidas entre los 22 y los 61 años ($M= 47$, $DT=7,1$), el 66,7% de ellos hombres y el 33.3% mujeres.

Instrumentos

- Cuestionario de diseño propio. Para valorar los datos generales se incluyó en primer lugar un apartado en el que se preguntaba sobre la edad, el sexo, su tipo de consumo (sustancia/s que han consumido), el tiempo que llevan en tratamiento psicológico y por último el tiempo que han estado consumiendo. Estos datos se preguntaron de forma anónima y a cada persona se le asignó un número de forma aleatoria para realizar los análisis estadísticos.
- CaMir-R. Para la evaluación del estilo de apego se utilizó CaMir-R (Balluerka et al, 2011), este cuestionario es una versión reducida del original de Pierrehumbert, Karmaiola y Sieye (1996). Está fundamentado en la evaluación que hace el sujeto sobre sus experiencias pasadas y presentes de apego y sobre el tipo de funcionamiento familiar percibido.

El cuestionario evalúa las representaciones de apego y el tipo de concepción que tienen los sujetos sobre su funcionamiento familiar en la adultez y adolescencia. Para ello se sirve de 32 ítems tipo Likert de cinco puntos (1=En total desacuerdo, 2=En desacuerdo, 3=Neutro, ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo, 5=Totalmente de acuerdo). El tiempo para cumplimentarlo es de 15-20 minutos aproximadamente.

Con respecto a su estructura interna está compuesta por siete dimensiones, cinco de las cuales están referidas a las representaciones del apego (Traumatismo infantil, Rencor contra los padres y autosuficiencia, Interferencia parental, Preocupación familiar y Seguridad) y el resto se refieren a la representación de la estructura familiar (Permisividad de los padres y valor de la autoridad parental).

Todos los ítems del CaMir-R son directos, por lo tanto, cuanto mayor es la puntuación que se obtiene, mayor es la seguridad, trauma, preocupación etc. Permite categorizar al sujeto en tres patrones de apego: evitativo, preocupado y seguro.

En referencia a sus propiedades psicométricas el CaMir-R muestra buenos índices de consistencia interna los cuales oscilan entre 0.6 y 0.85, además de mostrar una buena validez convergente y factorial.

A continuación, se describen los factores que componen el CaMir-R:

- Seguridad. Se refiere al apoyo y disponibilidad percibida por parte de las figuras de referencia. Es decir, a la vivencia de ser querido por las figuras de apego y a la seguridad de que estarán cuando se les necesite. Está compuesto por siete ítems.
- Preocupación familiar. Se refiere a la vivencia de ansiedad ante la separación de las figuras de apego lo cual genera sensación de malestar y de preocupación cuando estas figuras están lejos. Se relaciona con el apego preocupado. Está compuesto por seis ítems.
- Interferencia de los padres. Se refiere a la vivencia de sobreprotección por parte de los referentes lo cual da lugar a sensación de miedo o temor especialmente a ser abandonado. En general la ambivalencia y la autonomía personal se ven disminuida. Se relaciona con el apego preocupado. Está compuesto por cuatro ítems.
- Autosuficiencia y rencor contra los padres. Se refiere a la actitud de rechazo ante la dependencia, además de la sensación de rencor dirigida a las figuras de apego. Está compuesto por cuatro ítems.
- Traumatismo infantil. Se refiere a la existencia de recuerdos/experiencias violentas o amenazantes, o a situaciones en la que se ha necesitado a la figura de apego cuando esta estaba ausente. Está compuesto por cinco ítems.
- Valor de la autoridad de los padres. Es una dimensión de la estructura familiar que se refiere a que el sujeto perciba de una manera positiva o negativa la autoridad o la jerarquía en el sistema familiar. El respetar la autoridad se relaciona con un apego seguro. Está compuesto por tres ítems.
- Permisividad parental. Se relaciona con recuerdos de carencia de límites y presencia de normas difusas en la infancia. Está compuesto por tres ítems.

- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR). El instrumento que se pretende utilizar para la medida de la variable independiente autoestima es la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) traducida al castellano por Rosemberg (1973), y creada por el mismo autor en 1965 (citado en Vázquez, Jimenez y Vázquez, 2004). Esta escala es una de las más utilizadas para medir a nivel global la autoestima personal, la cual se entiende como el sentimiento de valía personal y de respeto a uno mismo.

Tal y como se refiere en Vázquez et al., (2004), la consistencia interna según el Alpha de Cronbach es de 0,87. Esta escala es unidimensional de tipo Likert y consta de diez ítems, cinco enunciados de forma positiva y cinco de forma negativa. Este instrumento permite responder señalando la opción con la que cada sujeto se identifica de entre cuatro posibles respuestas (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4=totalmente en desacuerdo). Los resultados que se obtienen permiten obtener un perfil sintomatológico además de tres índices globales de malestar.

Procedimiento

Los cuestionarios se pasaron de forma presencial en el centro y en formato papel durante varios días en los que se pudo coincidir con el mayor número de pacientes. La duración estimada de los instrumentos fue de 15 minutos el CaMir-R y 10 el Rosemberg.

Los cuestionarios se realizaron de forma voluntaria, se informó a los sujetos sobre los objetivos de la investigación y se les dio a firmar el documento de confidencialidad, garantizando su anonimato en todo momento. También se les ofreció leer el trabajo una vez realizado y expuesto en la Universidad Pontificia Comillas.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) en su versión 23 (IBM Corp., Amonk, NY). Una vez cargados los datos se procedió a realizar el análisis exploratorio de los datos para comprobar el cumplimiento del supuesto de Normalidad mediante la prueba

de Kolmogorov-Smirnov. No se cumplieron los supuestos de normalidad en ninguno de los factores de los cuestionarios que se administraron ($p < 0.05$). En consecuencia, los análisis se realizaron utilizando estadísticos No paramétricos.

En el caso del CaMir-R todos los ítems son directos, por lo tanto no hizo falta modificarlos. La Escala de Autoestima de Rosenberg consta de 10 ítems, 5 enunciados de forma positiva y 5 de forma negativa por lo tanto se modificaron los negativos invirtiéndolos para obtener todos los valores en positivo. Por otro lado para realizar la corrección del CaMir-R se han utilizado los datos de media y desviación típica de la población de referencia establecida en el estudio de Balluerka et al. (2011).

En primer lugar se calculó la normalidad de las diferentes variables con las que se realizaron las pruebas estadísticas mediante el estadístico kolmogorov-smirnov. En él se vio que ninguna de las variables tiene una cifra superior a 0,5 en su significación, por lo tanto no se cumple el supuesto de normalidad. Con estos datos se procedió a utilizar estadística no paramétrica.

En consecuencia, para evaluar las correlaciones entre el tiempo que los participantes llevan en el tratamiento por consumo y el grado de autoestima, y el tiempo que llevan en tratamiento por consumo los participantes y el grado, se de seguridad utilizó el estadístico de correlación de tau-b de kendall. Para valorar el tamaño del efecto de esta relación se utilizó $R^2_{\text{Tau-b}}$, el cual indica el porcentaje de varianza común entre las dos variables. A partir de 0.30 el nivel es moderado y a partir de 0.5 es alto.

Para explorar si existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de patrón de apego en función del tiempo en tratamiento por consumo, se utilizó la prueba de kruskal wallis para 3 muestras independientes.

Para evaluar las hipótesis de “Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función del sexo” y “Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función de la edad”, se utilizó la prueba de Mann Whitney. Para valorar el tamaño del efecto de estas diferencias se utilizó la r de Rosenthal, la cual indica como pequeño el tamaño del efecto si es igual o mayor que 0,10, moderado si es igual o mayor que 0,30 y grande si es igual o mayor que 0,50.

Por último para evaluar las hipótesis de “Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su sexo” y “Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su edad”, se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Para valorar el tamaño del

efecto de esta relación se utilizó el coeficiente de contingencia (CC), el cual a partir de 0.45 indica una buena asociación entre las variables.

Resultados

Para la primera hipótesis “Existe una correlación entre el tiempo que los participantes llevan en un tratamiento por consumo y el grado de autoestima, a mayor tiempo en tratamiento mayor nivel de autoestima”, no se obtuvo una correlación significativa entre el nivel de autoestima de los sujetos y el tiempo en tratamiento por drogodependencia (RTau-b=0,08, p=0,02, R2Tau-b= 0,6).

Respecto a la segunda hipótesis “existe una correlación entre el tiempo en tratamiento por consumo y el grado de seguridad, a mayor tiempo de tratamiento mayor nivel de seguridad”, tampoco se obtuvo una correlación significativa entre el nivel de seguridad de los sujetos y el tiempo en tratamiento por drogodependencia de cada uno (RTau-b=0,016, p=0,891, R2Tau-b= 0,025).

Para la hipótesis “Existen diferencias estadísticamente significativas en el tipo de patrón de apego en función del tiempo que llevan en tratamiento por consumo los participantes”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de patrón de apego de los sujetos en función del tiempo en tratamiento de cada uno ($X_2=0,389$, p=0.823).

En cuanto a la hipótesis “Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función del sexo”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función del sexo (U de Mann-Whitney=131,5, p=0,674, r=0,0007).

Para la hipótesis “Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función de la edad”, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función de la edad (U de Mann-Whitney=124,5, p=0,234, r=0,0019).

Con respecto a la hipótesis “Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su sexo”, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su sexo ($X_2=7,428$, p=0,191, CC=0,414).

Por último para la hipótesis “Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su edad”, no se encontró una

relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos y su edad ($X_2=7,436$, $p=0,190$, $CC=0,414$).

Discusión

La presente investigación se realizó con el objetivo de estudiar si existen diferencias en el patrón de apego, la seguridad y el nivel de autoestima de los pacientes drogodependientes según el tiempo que llevan en tratamiento. También se pretendía analizar si hay influencia del sexo y la edad sobre el tipo de apego establecido, los niveles de autoestima y el tipo de sustancia consumida.

Respecto a la primera hipótesis, no se encontró una correlación significativa entre el tiempo que los participantes llevan en tratamiento por consumo y el grado de autoestima. Esto contradice los estudios presentados en el marco teórico (Pérez, 2011; Dekel, Benbenishty y Amram, 2004).

En un estudio en personas con adicción a diferentes sustancias (PCB, alcohol, cocaína y cannabis), en el que se tomó una medida pre y una post (6 meses después del tratamiento) en la muestra, se obtuvieron mejoras significativas en abuso de drogas. No obstante, los sujetos presentaron bajos niveles de autoestima, que se analizaron en el pre test retrospectivo (Johnson, Pan, Young, Vanderhoff, Shamblen, Browne y Suresh, 2008). Por lo tanto, en este estudio de (Johnson, et al., 2008) tampoco se pudo ver una mejora significativa en la autoestima tras recibir tratamiento psicológico, al igual que en el presente estudio.

Por otro lado, quizá la terapia de tipo grupal sea adecuada para trabajar la autoestima, hasta un cierto punto en el que los pacientes alcancen un nivel estable y puedan lidiar de una forma mejor con la drogodependencia. Sin embargo, es probable que para alcanzar un cambio más significativo en la autoestima sea necesaria una terapia individual en la que se trabaje específicamente con cada paciente sobre su personalidad y se pueda llegar a una comprensión más profunda de su "self".

En la segunda hipótesis, no se encontró una correlación significativa entre el tiempo que los participantes llevan en tratamiento por consumo y el grado de seguridad (apoyo y disponibilidad percibida).

En una investigación de la universidad de Oviedo (Fernández, 2016) se pretendía encontrar una relación entre la inseguridad en el apego y la alianza terapéutica centrada en el vínculo afectivo entre el paciente y el terapeuta. Sin embargo, la variable

apego, no presentó apenas relación con la escala que mide la seguridad, a partir de la cual se puede exponer la propia intimidad en terapia, ni con la escala que mide la conexión emocional con el terapeuta. Una posible explicación sería que la inseguridad en el apego repercute de manera directa sobre la disposición de los sujetos a buscar y recibir ayuda, lo cual indirectamente supone que se puedan beneficiar en menor medida de la psicoterapia (Fernández, 2016).

Siguiendo esta investigación, puede que el hecho de poseer un patrón de apego inseguro haya interferido de algún modo en el establecimiento de la alianza terapéutica y por lo tanto eso haya podido tener cierta repercusión en la terapia.

En cuanto a la tercera hipótesis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de patrón de apego en función del tiempo que llevan en tratamiento por consumo los participantes.

Se ha demostrado la estabilidad de los patrones de apego a través de estudios longitudinales a niños a los que se les evaluó mediante la “Situación extraña”, y posteriormente se les hizo un seguimiento durante la adolescencia y la adultez temprana con la “Entrevista de apego adulto” (George, Kaplan y Main, 1996).

Posteriormente se han realizado tres estudios longitudinales a mayor escala que han demostrado una concordancia de entre el 68 y el 75% dentro de los patrones de apego en la infancia en comparación con los de la edad adulta. Esto implica un alto nivel en la consistencia de los estilos de apego a lo largo de la vida (Fonagy, P., 1999).

Partiendo de estos estudios se puede observar el gran nivel de estabilidad de los patrones apego y por lo tanto la complejidad de modificarlos. Esta característica ha podido ser un determinante a la hora de que no se encuentren diferencias significativas tras el tratamiento psicológico. Quizá con un tratamiento centrado en la reestructuración del apego se podrían lograr mejores resultados puesto que se abordaría este tema de manera más específica.

En la cuarta hipótesis, tampoco se encontraron diferencias significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función del sexo. Estos resultados no concuerdan con las investigaciones expuestas en el marco teórico (Lopez, Roman, Castello y Garcia, 2012; Ruiz-Olivaresy Chulkova, 2016).

(López, García y Dresch, 2006) analizaron las diferencias en cuanto a tres variables psicológicas (autoestima, ansiedad y satisfacción) entre hombres y mujeres. La muestra estaba compuesta por 500 participantes de los 25 a los 65 años. En este estudio,

coincidiendo con nuestros resultados, tampoco se encontraron diferencias significativas en función de sexo en la variable de autoestima.

Respecto a la quinta hipótesis, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de autoestima de los sujetos en función de la edad. (Kuster y Orth, 2013) estudiaron el desarrollo de los niveles de autoestima a lo largo de los años y se llegó a la conclusión de que la autoestima presenta una gran estabilidad a lo largo de la vida y nunca cae por completo, inclusive durante periodos muy largos de tiempo. Es decir, las personas que presentan altos niveles de autoestima en un momento determinado probablemente presenten un alto nivel de autoestima un año después e incluso probablemente tras 5,10 o 30 años. Sin embargo, teniendo en cuenta que la autoestima a pesar de ser una característica, se comporta de manera similar a un rasgo, existe la posibilidad de que las personas sean capaces de mejorarla de forma significativa y sostenida en el tiempo, especialmente a través de intervenciones psicológicas.

Esto podría explicar el que no haya habido un cambio significativo de la autoestima con respecto a la edad comparada entre unos sujetos y otros. Es decir, la autoestima, al comportarse de una manera parecida a un rasgo, no varía mucho a lo largo de los años, por lo que es algo que requiere un trabajo muy prolongado en el tiempo y un abordaje individual.

En la sexta hipótesis, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, alcohol+ cocaína, alcohol+ benzodiazepinas y policonsumo) y su sexo. En una investigación realizada en Norteamérica en 2010 se encuentra que los hombres presentan un mayor porcentaje en el trastorno por consumo de alcohol (3:1), una mayor tasa en cuanto al abuso de drogas (2,2 veces) y una mayor prevalencia en drogodependencia (1,9 veces) (Greenfield et al., 2010).

Sin embargo, a nivel de España cada vez se encuentra una menor diferencia entre mujeres y hombres, siendo solamente destacable el consumo de psicofármacos por parte de las mujeres. Los datos a nivel epidemiológico con respecto al tratamiento y la intervención son menores de forma proporcional, en 2010 en España simplemente el 14,9% de las mujeres realizó un tratamiento por dependencia o abuso de drogas (Punto Focal Nacional Reitox, 2012).

Analizando un estudio en el que se realiza un seguimiento en cuanto al cambio grupal e individual de los pacientes de algunas comunidades terapéuticas, se encuentran los mismos problemas metodológicos que en el presente estudio. En concreto con la

configuración de la muestra, pues el número de mujeres incluidas es muy inferior al de hombres. Hay que tener en cuenta que la gran mayoría de estudios sobre drogodependencia presentan esta limitación, pero es un aspecto que hay que valorar a la hora de generalizar los hallazgos obtenidos. La heterogeneidad en cuanto al tipo de consumo que presentan los pacientes, es otra limitación que debe ser considerada (López, Fernández-Montalvo, Menéndez, Yudego, García y Esarte, 2010).

En España, la realidad en las comunidades terapéuticas de Proyecto Hombre también es muy similar, se encuentra una predominancia del número de varones y un consumo de sustancias muy heterogéneo. (Fernández-Hermida et al., 2002; Fernández-Montalvo et al., 2008).

Por último en la séptima hipótesis, tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tipo de sustancia consumida por los sujetos (alcohol, cocaína, benzodiazepinas, alcohol+ cocaína, alcohol+ benzodiazepinas y policonsumo) y su edad.

En referencia al consumo de alcohol, el consumo es estable entre la franja de edad de los 15 a los 64 años. El consumo de cannabis y la cocaína se ha incrementado de forma significativa en los últimos 10 años, este aumento se puede observar en todas las franjas de población, pero es más evidente entre jóvenes y adolescentes. Además ha aumentado la disponibilidad percibida de estas sustancias, alrededor de un 70% de jóvenes entre 15 y 34 años percibe esta facilidad para conseguirlas. Por último el consumo de alucinógenos, éxtasis y anfetaminas se ha mantenido estable y no muestra una tendencia definida. En general la prevalencia es baja pero los jóvenes de entre 15 y 34 años la consumen entre 4 y 8 veces más que los adultos de entre 35 y 64 (Gálligo, 2007).

Con estos datos se podría afirmar que no existe una tendencia clara como para clasificar a los sujetos según su edad y el tipo de sustancia consumida, lo cual podría explicar los resultados obtenidos en el presente estudio.

En esta investigación nos hemos encontrado con algunas limitaciones. Una de ellas, en relación a la muestra, el estudio solo contó con 36 sujetos, lo que ha podido ser uno de los factores que han influido en la no obtención de resultados significativos. Además, dado que el número de mujeres era un tercio del total de la muestra, y por tanto era muy inferior al de hombres, este factor ha podido interferir especialmente en las hipótesis en las que se relacionaba el sexo con otras variables.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el tratamiento que recibieron los pacientes no era específico para trabajar autoestima, ni apego. Es cierto que se trabajaban de manera indirecta ,pero la terapia está centrada principalmente en el tratamiento de las adicciones.

Hubiese sido de gran utilidad poder recoger una medida previa al tratamiento y otra posterior. De este modo se hubiesen podido observar mejor si las puntuaciones correspondían más a factores individuales o a la terapia, puesto que de esta forma se hubiese observado el estado inicial de los pacientes.

También hubiese sido interesante el disponer de un grupo control con el que poder comparar con sujetos que no hubiesen recibido tratamiento y de este modo analizar la efectividad de la terapia.

Con respecto a los instrumentos, para medir el apego se ha utilizado el CaMir-r, este instrumento ha resultado muy práctico puesto que es corto y fácil de responder. Sin embargo, también se podría haber utilizado una entrevista semiestructurada puesto que nos hubiese aportado mucha más información a nivel cualitativo que hubiese complementado el estudio y quizá se hubiesen obtenido resultados diferentes. Otra medida interesante hubiese sido utilizar algún tipo de técnica proyectiva para evaluar el patrón de apego.

En cuanto a la escala de autoestima Rosemberg, a pesar de ser un buen instrumento, quizá no profundice mucho y sus respuestas sean un poco predecibles, lo cual puede producir cierta deseabilidad social en los sujetos. También hubiese sido interesante analizar la autoestima a través de entrevistas semiestructuradas.

Otra de las limitaciones es que el estudio se centra en personas con escasos recursos económicos, lo cual implica una población muy específica. Hubiese sido interesante analizar en qué medida influye el nivel socioeconómico en la eficacia de la terapia. Este factor podría conllevar mayores dificultades para estos pacientes a la hora de lograr buenos resultados en terapia, puesto que es probable que vivan realidades externas complicadas que puedan interferir en avance terapéutico.

Entre las futuras líneas de investigación, sería interesante repetir esta investigación analizando la eficacia de terapias enfocadas en otras corrientes como la sistémica, puesto que la corriente que se ha seguido en esta intervención es de tipo cognitivo conductual y está muy centrada en la recuperación de la drogodependencia. Además se podría valorar también la mejora de la autoestima y el apego en intervenciones individuales.

Con respecto al patrón de apego, principalmente se trabaja con la relación terapéutica entre el paciente y el terapeuta, sin embargo al ser una terapia grupal, se podría analizar en qué medida influyen los demás miembros del grupo en la mejora del nivel de seguridad.

Los resultados obtenidos en esta investigación sostienen que sería interesante introducir un trabajo más específico con respecto a la autoestima y al apego puesto que como se ha expuesto a lo largo del trabajo, son factores que inciden en la mejora terapéutica y en la prevención de recaídas.

Bibliografía

Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., y Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, 14, 45–63.

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. Y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*. Vol. 23, nº 3, pp. 486-494

Barbarias, O., Gutiérrez, A. E., y Bilbao, P. J. (2019). La dependencia emocional como factor mediador en la relación entre apego y el abuso de drogas y alcohol en jóvenes. *Revista española de drogodependencias*, (44), 44-58.

Calafat, A., García, F., Juan, M., Becoña, E., y Fernández-Hermida, J. R. (2014). Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 185–192.

Cassidy (2016). The nature of the child's ties. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3ª ed.) (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.

Cihan, A., Winstead, D. A., Laulis, J., y Feit, M. D. (2014). Attachment theory and substance abuse: De Lucas, M.T. y Montañés, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, Vol.18, Núm. 4, Págs.377-386.

Dalbem, J. X. & Dell'Aglío, D. D. (2005). Teoria do apego: Bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 57(1), 12-24.

Dekel, R., Benbenishty, R., & Amram, Y. (2004). Therapeutic communities for drug addicts: Prediction of long-term outcomes. *Addictive Behaviors*, 29(9), 1833-1837.

Del Giudice, M. (2016). Sex differences in romantic attachment: A facet-level analysis. *Personality and Individual Differences*, 88, 125-128.

Etiological links. *Journal Of Human Behavior In The Social Environment*, 24(5), 531–537.

Fernández, J. (2016). Apego y disfunciones psíquicas: relación de los vínculos afectivos con el estado clínico de los consultantes y la efectividad de la psicoterapia. Universidad de Oviedo, Oviedo.

Fernandez-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Fernandez-Ludena, J. J., & Marina-Gonzalez, P. A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research*, 8, 22-29.

Fernández-Montalvo, J., Landa, N., López-Goñi, J. J., & Lorea, I. (2006). Personality disorders in alcoholics: A comparative pilot study between the IPDE and the MCMI-II. *Addictive Behaviors*, 31, 1442-1448.

Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*, 3, 1-17.

Fridman, E. (2019). Insecure Attachment and Drug Misuse among Women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 19:3, 223-237.

Gálligo, F. (2007). Drogas: Conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. *Barc Sn*.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(3), 493-507.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). The Adult Attachment Interview . Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California at Berkeley.

González, M. T. (1999). Algo sobre autoestima: qué es y cómo se expresa. *Aula: Revista de Pedagogía de la Universidad de Salamanca*, 11, 217-232.

Greenfield, S., Back., S., Lawson, K. y Brady, K. (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics of North America*, 33, 339–355.

Guardiola, M., y Pérez, F. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta. *Papeles Del Psicólogo*, 34(2), 144–149.

Johnson, K., Pan, Z., Young, L., Vanderhoff, J., Shamblen, S., Browne, T. y Suresh, G. (2008). Therapeutic community drug treatment success in Peru: a follow-up outcome study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 3(1), 26.

Khajehdaluee, M., Zavar, A., Alidoust, M., & Pourandi, R. (2013). The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(11).

Kuster, F. y Orth, U. (2013). The long-term stability of self-esteem: Its time-dependent decay and nonzero asymptote. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(5), 677-690.

López, J. J., Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., García, A. R., y Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: A

follow-up study in therapeutic communities. *The Spanish journal of psychology*, 13(2), 906-913.

López, M., García, M. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.

Lopez, O., Roman, E., Castello, N. y Garcia, M. (2012). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para las drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo. *Trastornos Adictivos*, 14(4), 118-125.

Nóbrega, M., Conde, G., Nuñez del Prado, J., Bárrig, P., Marinelli, F., Alcántara, N., y Cárcamo, R. (2019). Evidencias de validez de constructo y de criterio de la Escala Massie-Campbell de Apego Durante Estrés (ADS). *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 129-151.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019), Informe sobre drogas 2019: España, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND).

Olivares, J., Charro, B., Úrsua, M. y Meneses, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health and Addictions*, 18(1), 107-118.

Orth, U., y Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 381-387.

Pérez, F. (2011). En qué cambian los pacientes drogodependientes a los seis meses de tratamiento en la comunidad terapéutica. *Adicción y Ciencia*, 1(4), 2-13.

Peterson, C.H., Buser, T. J., & Westburg, N. G. (2010). Effects of familial attachment, social support, involvement, and self-esteem on youth substance use and sexual risk taking. *The Family Journal*, 18(4), 369-376.

Pinedo, J. & Santelices, M. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia Psicológica*, 24 (2), 201-209.

Portu, N. (2010). El apego con el padre y la madre en la segunda infancia y su relación con la autoestima. Universidad del País Vasco.

Punto Focal Nacional Reitox (2012). Informe Nacional 2012 (datos de 2011) Al OEDT. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Riquelme, M.; García, O.F. y Serra, E. (2018). Desajuste psicosocial en la adolescencia: Socialización parental, autoestima y uso de sustancias. *An. Psicol*, 34, 536–544.

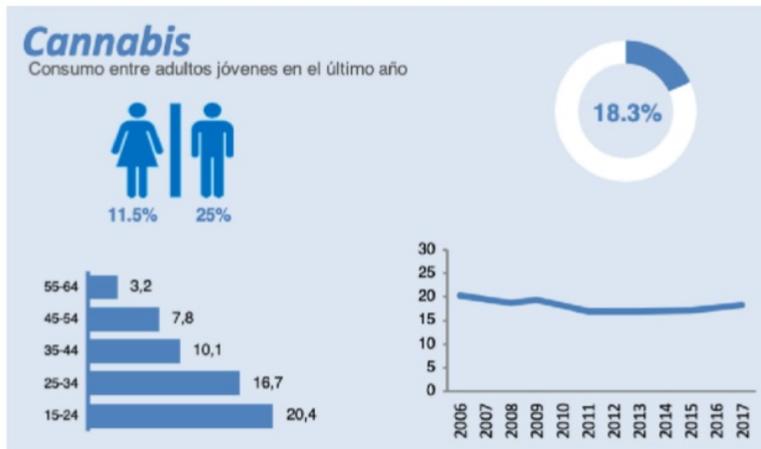
Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 27(1), 1-6.

Schore, A. N. (2014). Early interpersonal neurobiological assessment of attachment and autistic spectrum disorders. *Frontiers in Psychology*, 5, 1049.

Teixeira, R., Ferreira, J.H. y Howat-Rodrigues, A.B. (2019). "Collins and Read Revised Adult Attachment Scale (RAAS) validity evidences". *Psico*, 50(2), pp 1-11.

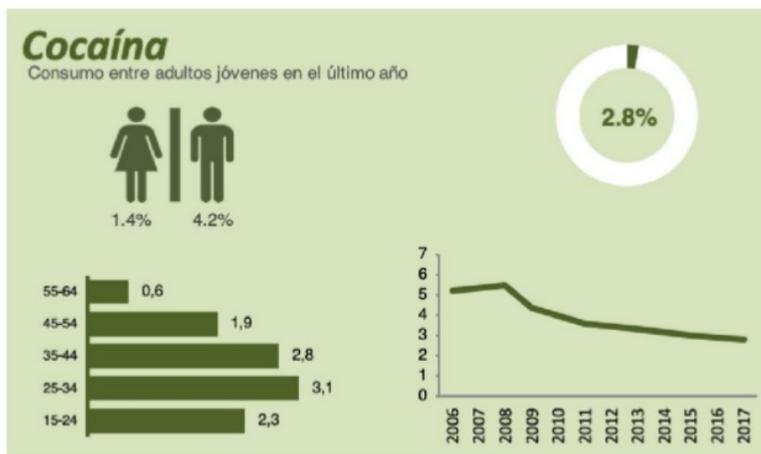
Anexo

Cannabis: consumo entre adultos jóvenes en el último año.



(Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019)

Cocaína: consumo entre adultos jóvenes en el último año.



(Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2019)