



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Relación entre la adicción a sustancias y el apego.

Posible tratamiento desde la Teoría del Apego

Autora: Elena de Blas González

Directora: María Arantzazu Yubero Fernández

Madrid

Abril, 2019

RESÚMEN

La palabra *adicción* hace referencia al consumo de sustancias o a la realización de ciertos comportamientos que crean dependencia, tolerancia y pérdida de control. Independientemente de si las sustancias son consideradas como legales o ilegales, éstas suponen un problema para la vida personal y social del consumidor y para la salud pública. La Teoría del Apego es una teoría evolutiva que explica mediante distintos estilos de apego las relaciones entre los niños y sus cuidadores según estos primeros sientan sus necesidades básicas y de seguridad cubiertas. Las repercusiones de estas relaciones, van a estar presentes a lo largo de toda la vida de la persona y dependerán de las acciones o respuestas del cuidador hacia las demandas del niño. Poniendo en relación la Teoría del Apego y la adicción a sustancias, se ha comprobado que las personas que presentan adicciones tienen estilos de apego inseguros. A su vez, se han relacionado estilos determinados de apego con sustancias concretas. De esta manera, se propone una línea de tratamiento que incorpore la Teoría del Apego para tratar a personas con adicciones a sustancias.

PALABRAS CLAVE: adicción, consumo de sustancias, drogas, Teoría del Apego, estilos de apego, tratamiento.

ABSTRACT

The term *addiction* refers to substance use or the performance of certain behaviors that create dependence, tolerance and loss of control. Independent of whether the substances are considered legal or illegal, they entail problems in the personal and social life of the consumer and they are also a public health issue. Attachment Theory is a developmental theory that explains with different attachment styles the relationship between children and their caregivers according to the sense of fulfillment of the children towards their basic and security needs. The result of these relationships is present throughout the person's life, and will depend on the actions and responses of the caregiver towards their demands when they were a child. When relating the Attachment Theory with the addiction to substances, it has been proven that the people with addiction have insecure attachment styles. Moreover, different attachment styles have been related to certain kinds of substances. Thus, the use of the Attachment Theory is suggested as a line of treatment to implement with people with substance addiction.

KEY WORDS: addiction, substance use, drugs, Attachment Theory, attachment styles, treatment.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Aproximación conceptual	4
1.2 Adicción y consumo de sustancias en España	5
1.3 Relevancia actual de este trabajo	7
2. METODOLOGÍA	8
2.1 Estrategias de búsqueda	8
2.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	8
2.3 Extracción de datos	9
3. TEORÍA DEL APEGO	9
3.1 Estilos de apego	10
3.2 Instrumentos para la valoración del apego	12
4. RELACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS Y EL APEGO	14
5. TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS DESDE LA TEORÍA DEL APEGO	21
6. DISCUSIÓN.....	26
7. REFERENCIAS	28

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Aproximación conceptual

La RAE (Real Academia Española) define la palabra *adicción* como la *dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico* (Real Academia Española, 2014). Etimológicamente, esta palabra proviene del término latino *addicere*, que significa añadir o sumar. De esta manera, la expresión *addictus* era utilizada en la Roma antigua para referirse a una persona que no había saldado una deuda adquirida y, por lo tanto, acababa convirtiéndose en el esclavo de su acreedor (Gil-Verona et al., 2003). No fue hasta principios del siglo XX que la palabra adicción comenzó a usarse para referirse al consumo de sustancias, en concreto, haciendo referencia a la morfina. Hoy en día se usa en relación al consumo de sustancias o a ciertos comportamientos que cumplen con los requisitos de crear dependencia, tolerancia y pérdida de control (Brugal et al., 2006).

En cuanto a las adicciones con sustancia, tanto el tabaco como el alcohol, que son legales en España, como otras drogas ilegales, tienen implicaciones en distintos ámbitos de la vida del consumidor. No sólo suponen un problema para ámbitos de carácter más personal, sino también para la salud pública (De la Fuente et al., 2006). Debido a esto, son muchos los países que han incorporado estrategias a nivel nacional para abordar los distintos problemas relacionados con el consumo de sustancias y conductas adictivas. Así, las administraciones de los distintos países europeos intentan planificar una serie de respuestas a los problemas causados en las dimensiones sanitarias, sociales y de seguridad. Estas estrategias suelen estar enfocadas, por un lado, hacia la prevención y, por otro lado hacia la intervención o tratamiento. La prevención puede tener diferentes alcances: ambiental y universal hacia toda la población, selectiva hacia los grupos más vulnerables, y específica o indicada, hacia las personas que ya se encuentran en una situación de riesgo. Por otro lado, las intervenciones son muy variadas. A nivel europeo, la mayoría de tratamientos se llevan a cabo en régimen ambulatorio en centros especializados, aunque también se llevan a cabo en centros de atención primaria o centros de salud mental, así como en comunidades terapéuticas o centros de tratamiento residenciales. En cualquiera de los casos, en Europa suele garantizarse el acceso a unos servicios adecuados para tratar la adicción a sustancias,

ascendiendo la cifra de personas que recibieron tratamiento por consumo de drogas en la Unión Europea en el año 2016 a 1,3 millones (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2018).

Por otro lado, las adicciones a sustancias son de tal relevancia en la actualidad, que se consideran como trastornos psiquiátricos y son recogidas como tal en varios manuales, como el DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2013) o el CIE-11 (*Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*) de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2018).

De acuerdo a esta realidad, en las últimas décadas, se han llevado a cabo estudios para conocer mejor el funcionamiento y las repercusiones de estas sustancias en el cerebro, y así poder entender mejor la razón por la cual resultan tan adictivas. Actualmente, se conoce que estas sustancias pueden mimetizar o incrementar el efecto de un neurotransmisor (actuando así como agonista) o pueden bloquear su efecto (actuando entonces como antagonista). En consecuencia, la adicción se produce debido a los sistemas cerebrales de aumento de las respuestas de gratificación y/o disminución del castigo, que a su vez parecen estar basados en la existencia de tres sistemas de neurotransmisores: el sistema dopaminérgico, los péptidos opioides y el sistema gabérgico. En primer lugar, el consumo de ciertas sustancias como la cocaína, las anfetaminas o el etanol, facilita la transmisión de dopamina (son sustancias agonistas de dopamina), que actúa sobre el sistema dopaminérgico de recompensa, reforzando la búsqueda de más sustancia. Los péptidos opioides (como, por ejemplo, la heroína) actúan de una manera similar, ya que tienen efectos estimulantes en los sistemas de recompensa que van ligados a la dopamina. Por último, el sistema gabérgico es un sistema inhibitorio que disminuye el castigo, teniendo efectos ansiolíticos (Gil-Verona et al., 2003).

1.2 Adicción y consumo de sustancias en España

En España, el consumo de sustancias ilegales por grupos amplios de población es un fenómeno bastante reciente. A pesar de que el consumo de estas sustancias y la

dependencia a las mismas es bastante anterior, no es hasta finales de los años sesenta que se empieza a tomar conciencia de las repercusiones sanitarias y sociales del consumo. Sin embargo, es en los años ochenta y principios de los noventa cuando se genera una gran alarma social, derivada del consumo y adicción a la heroína, que trae consigo una serie de sucesos: en primer lugar, se da un gran aumento en la mortalidad juvenil, que llegó entre los años 1991 y 1992 a más de 1.700 muertes por sobredosis. A su vez, se dio un incremento en la demanda de atención sanitaria, muy ligada al consumo de sustancias por vía parenteral, que contribuyó a la expansión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o a distintas hepatopatías crónicas graves al infectarse del virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC). Por último, se produjo un aumento en la delincuencia, especialmente en aquella dirigida en contra de la propiedad (de la Fuente et al., 2006).

Al consumo y adicción a la heroína, se le fueron sumando otras sustancias como la cocaína, el cannabis o los psicoestimulantes sintéticos como el éxtasis o las anfetaminas, creciendo su consumo y dependencia en los años noventa. En la actualidad, existe un número muy elevado de sustancias adictivas e ilegales, y cada año la lista va en aumento con el descubrimiento de nuevas sustancias. Con el fin de estructurar una red de atención a los problemas de consumo y adicción a sustancias, en el año 1985 se creó el Plan Nacional sobre Drogas. En años posteriores, nacieron los Planes Autonómicos de Drogas, la Fiscalía Especial Antidroga, los distintos departamentos y órganos ministeriales y los Cuerpos de Seguridad del Estado especializados en este ámbito (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2018).

Las últimas estadísticas del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017) sobre el consumo de sustancias adictivas en España señalan que la sustancia con más prevalencia entre la población de 15 a 64 años es el alcohol, manifestando el 93,5% de la población que lo ha consumido en algún momento de su vida. De este modo, el consumo de esta sustancia no ha bajado del 90% desde el año 2009. En segundo lugar, el 72,5% de la población dice haber fumado tabaco en algún momento de su vida, aunque este porcentaje sí que ha mostrado una disminución en los últimos años. En cuanto a las sustancias consideradas como ilegales, el cannabis y la cocaína son las más consumidas (cerca del 30% y 10% respectivamente), quedando la heroína y los

inhalantes volátiles en un consumo residual entre la población. Por su parte, el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos son consumidos por un 5% de la población.

La edad media de inicio en el consumo de la población española también depende del tipo de sustancias, siendo históricamente el alcohol y el tabaco los que se consumen a una edad más temprana (aproximadamente a los 16 años). El cannabis suele ser la primera sustancia ilegal en consumirse (aproximadamente entre los 18 y 19 años), seguida de la cocaína (entre los 20 y 21 años). Por otro lado, a excepción de las sustancias hipnosedantes, el consumo de cualquier sustancia es mayor en hombres que en mujeres, manteniéndose esta diferencia estable a lo largo de los años. Asimismo, resulta interesante comprobar que la mayoría de la población considera muy importante (36,3%) o algo importante (37,7%) el problema de la dependencia y el consumo de sustancias. De este modo, un 83,8% apoya que se proporcione un tratamiento voluntario a los consumidores para superar la adicción o evitar que esta se dé (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017).

Por último, en cuanto a las estadísticas del número de admisiones en tratamientos por abuso o dependencia de sustancias ilegales, no se aprecia en los últimos años un patrón que vaya en una dirección determinada desde que se contabilizó por primera vez en 1998. Lo que sí que muestran las últimas estadísticas es que la cocaína es la sustancia que causa un mayor número de admisiones en tratamiento (36,6% del total), seguida por el cannabis (33,1%). Asimismo, el 45,1% de las personas que fueron admitidas en tratamiento ya habían realizado otros tratamientos previos por su dependencia a la misma o a otra sustancia.

1.3 Relevancia actual de este trabajo

Teniendo en cuenta todo lo expuesto con anterioridad sobre la problemática de la adicción a sustancias, las estadísticas en nuestro país y las medidas tanto a nivel nacional como europeo para abordar su prevención y su tratamiento, el presente trabajo se va a apoyar en la Teoría del Apego para explorar una línea de trabajo que permita tratar a las personas con adicción a sustancias. De este modo, también se profundizará en los estudios ya existentes que muestran el tipo de relación que hay entre los diferentes estilos de apego y la adicción a distintas sustancias.

2. METODOLOGÍA

2.1 Estrategias de búsqueda

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos, documentos estadísticos y libros. Estos pertenecen a sociedades científicas y a organismos oficiales tanto españoles como europeos, y han permitido la obtención de toda la información necesaria que guardase relación con los temas de interés que se tratan en el trabajo. Las bases de datos más utilizadas han sido PsycINFO, Dialnet, Google Scholar y páginas web oficiales de organismos gubernamentales, las cuales han permitido la búsqueda de documentos científicos y artículos que han sido publicados por profesionales en libros o revistas científicas tanto españolas como internacionales. Estas fuentes se han consultado tanto en español como en inglés, y no se ha recurrido a ningún filtro temporal, aunque se ha procurado que la información fuese lo más reciente posible, por lo que los libros, documentos y artículos anteriores al año 1990 (a excepción de las fuentes original sobre la Teoría del Apego y los instrumentos de medición, que son bastante anteriores) fueron desechados por encontrar otros más recientes que hacían referencia a la misma temática.

Los temas principales de las búsquedas han sido las adicciones con sustancia, sus tratamientos y la Teoría del Apego. Una vez se seleccionaron las fuentes, se analizaron las referencias bibliográficas de las mismas para recuperar otros posibles artículos o documentos que pudieran también ser revisados, así como los nombres de distintos autores especializados en la materia de interés para revisar también su obra con el fin de evaluar si también podría ser de utilidad para el trabajo.

2.2 Criterios de inclusión y exclusión

En la búsqueda bibliográfica se incluyeron artículos y documentos realizados por distintos profesionales, asociaciones científicas y órganos oficiales que guardan relación sobre las estadísticas de adicciones con sustancia, procedimientos o tratamientos, la Teoría del apego y estudios que relacionaban los distintos estilos de apego con las adicciones. Así, se recurrió a las principales palabras clave como:

adicciones, apego, tratamiento y estadísticas de adicciones (así como a sus correspondientes términos en inglés). Una vez obtenida la información, se incluyeron aquellas fuentes que tratasen las adicciones y la Teoría del Apego. El criterio de exclusión se aplicaba principalmente a las fuentes que resultasen poco fiables, obsoletas por la antigüedad de su publicación o a aquellas que no proporcionaban información válida para la revisión bibliográfica.

2.3 Extracción de datos

Una vez realizada la búsqueda de las fuentes, se obtuvieron 62 artículos, de los cuales 43 fueron incluidos y utilizados en la revisión bibliográfica, puesto que recogían la información necesaria para la consecución de los objetivos de la investigación. En un principio, para saber si el contenido de los artículos o documentos era de interés, se llevó a cabo una lectura de los resúmenes o abstracts, para después proceder a una lectura completa de la fuente en el caso de que fuese de interés. En el caso de los libros, se recurrió a los índices de los mismos para conocer en qué páginas se podía encontrar la información más relevante y éstas fueron leídas.

3. TEORÍA DEL APEGO

La Teoría del Apego fue creada y desarrollada principalmente por Bowlby (1969), aunque también se considera a Ainsworth (1967) una figura muy importante por sus aportaciones e investigaciones en este ámbito. El apego es la relación que establece el recién nacido con un cuidador principal, que cubre sus necesidades y ayuda a su desarrollo. Esta relación es biológica y evolutivamente necesaria para la supervivencia del bebé. Bowlby (1973) denominó a la necesidad de proximidad con el cuidador como el *sistema conductual del apego*, formado por una serie de respuestas por parte del bebé que son innatas e instintivas y se manifiestan en tres tipos de conductas: en primer lugar, está la búsqueda, seguimiento y mantenimiento de la proximidad a una figura de apego que cumpla una función protectora. Esta figura suele ser un familiar, especialmente la madre o padre y es establecida por su responsividad (respuesta inmediata y adaptada ante las distintas llamadas de atención y de cuidado que hace el bebé). En segundo lugar, el uso de la figura de apego como una base segura desde la

que el bebé puede explorar el entorno no familiar. Por último, el establecimiento de la figura de apego como un refugio al que poder recurrir en situaciones que supongan un peligro o en momentos de alarma del bebé (Wallin, 2007).

Esta concepción de la necesidad de proximidad física por parte de la figura de apego ha ido desarrollándose con el paso del tiempo, para acabar considerándose que también se necesita por parte de la figura de apego una receptividad y apoyo de carácter emocional. Asimismo, Bowlby (1973) propuso que las personas tenemos unos *modelos operativos internos* (*internal working models*) tanto de nosotros mismos como del resto de personas. De esta manera, si desde que el bebé es pequeño, recibe cuidado, seguridad y cariño por parte de su figura de apego, se considerará como alguien digno de ello y bueno, desarrollando un modelo operativo interno positivo de él mismo. Del mismo modo, al ver que su entorno y figura de apego le cuida y proporciona experiencias e interacciones positivas con el entorno, desarrollará un modelo operativo interno positivo de los demás. No obstante, cuando el bebé no recibe cuidados, seguridad ni cariño, o no recibe cosas positivas respecto al entorno, desarrollará un modelo operativo interno negativo tanto de sí mismo como de los demás (Pietromonaco y Feldman Barrett, 2000).

3.1 Estilos de apego

Ainsworth (1967) investigó sobre la relación de apego, llegando a la conclusión de que el impulso biológico del sistema de apego es flexible, y partiendo de las conductas y responsividad de la figura de apego, se darán diferencias cualitativas en la conducta del niño. De este modo, la clave de la seguridad del apego se encuentra en el tipo de comunicación que se da entre el niño y el cuidador, por lo que mediante las interacciones entre ambos, se desarrolla un tipo de apego u otro.

Así, desarrolló el experimento llamado “la situación extraña” (1963), donde siguió el crecimiento de 26 niños estadounidenses desde su nacimiento, documentando meticulosamente sus interacciones con la madre (figura de apego). Ainsworth se dio cuenta de que las interacciones de estos niños con sus madres no guardaban relación con las observaciones que había hecho durante una investigación en Uganda unos años antes. Las diferencias se encontraban a la hora de alejarse la madre del niño mientras éste realizaba alguna exploración. De esta manera, diseñó un ensayo estructurado en el

laboratorio, transformado en una estancia agradable con juguetes para los niños. Después seguían una serie de episodios temporales donde al niño se le daba la oportunidad de explorar libremente en presencia de la madre, luego se daba una separación en la que la madre se ausentaba de la sala dejando al niño sólo y un reencuentro. Posteriormente, se introducía a un desconocido y se repetía el mismo proceso, dejando la madre al niño a solas con el desconocido y regresando al poso tiempo. Partiendo de las reacciones de los menores, se pudieron diferenciar tres estilos de apego distintos en la infancia.

En primer lugar, el estilo de apego seguro se caracteriza porque los niños tienen el impulso de explorar cuando se sienten seguros, y regresan a la figura de apego cuando se sienten amenazados. De esta manera, los niños que se sometieron a la situación extraña, exploraron la sala libremente y lloraban cuando la madre abandonaba la sala. Sin embargo, cuando ésta regresaba y le cogía cariñosamente, el niño se calmaba rápido y podía volver a iniciar la exploración. Lo mismo ocurrió cuando el extraño fue introducido en la sala, ya que en presencia de la madre, el niño no tenía problemas de explorar e interactuar con la persona extraña, pero en ausencia de la figura de apego, el niño lloraba y no era calmado hasta la vuelta de ésta.

En segundo lugar, el estilo de apego evasivo se caracteriza por una falta de alarma ante la ausencia de la madre y una total indiferencia al regreso de ésta. Con el extraño presente, el niño actuaba de la misma manera. De este modo, se concluye que esta conducta supone una acomodación defensiva ante la falta de atención, responsividad y seguridad proporcionada por la figura de apego, que constantemente había rechazado los intentos de conexión del niño en sus primeros meses de vida.

En tercer lugar, el estilo de apego ambivalente hace referencia a dos tipos de niños: los que se enfadaban y los que se mostraban pasivos. Ambos tipos de niños estaban demasiado centrados en la madre como para explorar la sala, reaccionando de manera angustiada ante la ausencia de la figura de apego. Ante el regreso de la madre, estos niños reaccionaban de dos maneras distintas: los niños que se enfadaban oscilaban entre el rechazo y la búsqueda de la madre, y los niños pasivos no conseguían ser calmados, mostrando impotencia y sufrimiento a pesar de que la figura de apego estaba con ellos. Al final, para ambos tipos de niños, el retorno de la madre no conseguía reducir su ansiedad. Así, se concluye que las figuras de apego de estos niños son

inconsistentes, estando disponibles para sus hijos de forma impredecible. Estas madres no rechazaban los intentos de conexión del niño pero sí que lo atendían ocasionalmente. Además, se observó que las madres obstaculizaban de manera inconsciente la exploración del niño, lo que explicaba su inhibición exploratoria al entrar en la sala.

No fue hasta unas décadas después que Main, colaboradora de Ainsworth, descubriese la existencia de un cuarto estilo de apego, el estilo desorganizado (Main y Solomon, 1990). Este estilo de apego pasó inadvertido durante tantos años porque se aprecia en pequeños gestos o conductas extrañas que no encajaban con el resto de la conducta del niño. De este modo, a aquellos niños con un estilo de apego desorganizado, también se les daba una clasificación alternativa que describía cómo era su conducta en general. La explicación al desarrollo de este estilo de apego tiene que ver con que el niño ve a la figura de apego como una base segura a la vez que como a una fuente de peligros o maltrato. Así, el niño se debate entre el acercamiento y la elusión de la madre cuando necesita de la figura de apego. No resulta extraño que el niño muestre conductas desorganizadas ya que se encuentra en una situación paradójica en la que aun pudiendo ser dañado por la figura de apego, sigue necesiéndola para sobrevivir.

A raíz de las investigaciones de Ainsworth (1963), replicadas en numerosas ocasiones, se han ido estudiando los efectos a largo plazo de los distintos estilos de apego infantil. Los niños que muestran un historial de apego seguro manifiestan una alta autoestima, resiliencia del ego, competencia social, concentración, capacidad de iniciativa y afecto positivo. Asimismo, las relaciones que establecen con otras personas suelen tener un carácter más sano y cordial, mientras que los ambivalentes son considerados como inmaduros y dependientes, y los evasivos como arrogantes o conflictivos. Además, el apego desorganizado en la infancia guarda una relación con la presencia de psicopatología en las etapas posteriores (Wallin, 2007).

3.2 Instrumentos para la valoración del apego

Han sido varios los autores que han diseñado distintos instrumentos para valorar o medir los estilos de apego. Podemos encontrar la escala de apego adulto o AAS (Collins y Read, 1990) o la escala de experiencias en relaciones cercanas o ECR (Brennan et al. 1998) entre otras. Sin embargo, según De Lucas Taracena y Montañés Rada (2006), los

instrumentos más contrastados y utilizados son el cuestionario autoaplicado de Hazan y Shaver o HSSR (Hazan y Shaver, 1987), la entrevista del apego adulto o AAI (Main y Goldwyn, 1985) o el instrumento auto-aplicado de Bartholomew (Bartholomew y Horowitz, 1991).

El HSSR (Hazan y Shaver, 1987) consiste en descripciones breves respecto a situaciones en las relaciones amorosas en la que se debe elegir una opción entre tres posibles. Cada respuesta está relacionada con un estilo distinto de apego que corresponde a la clasificación original hecha por Ainsworth (1963). Posteriormente, se puntúa en una escala Likert del 1 al 7 el grado de acuerdo o desacuerdo de cada uno de los estilos.

La AAI (Main y Goldwyn, 1985) es una entrevista semiestructurada y extensa, que sirve para compartir los recuerdos que tiene la persona sobre sus padres en la infancia y evaluar así la representación del estilo de apego de esta persona en su adultez. Su codificación se basa en la claridad y coherencia del discurso, la estructura de lo que relata y la capacidad de colaboración con el entrevistador. Este instrumento evalúa cuatro representaciones de los estilos de apego: seguro-autónomo, preocupado, devaluador y no resuelto.

Por último, el instrumento auto-aplicado de Bartholomew (Bartholomew y Horowitz, 1991) es quizás el modelo más complejo, ya que está basado en los modelos operativos internos. Asimismo, este instrumento adopta los estilos de apego seguro y preocupado/ambivalente (en el AAI y el HSSR respectivamente), pero distingue entre dos tipos de estilos de apego evasivo/devaluador (en el HSSR y el AAI respectivamente). Así, se diferencia entre el estilo de apego devaluador y el temeroso (ver *Tabla 1*).

Las principales diferencias entre estos dos estilos son las siguientes: las personas con un estilo de apego devaluador tienen un adecuado funcionamiento de las estrategias de desactivación e inhibición en las situaciones amenazantes o estresantes en las que se necesite el apoyo de una figura de apego. Por el contrario, las personas con un estilo de apego temeroso carecen de un buen funcionamiento de las estrategias, por lo que en momentos amenazantes o estresantes éstas se colapsan. A la hora de traducir estas diferencias al comportamiento de las personas, se puede observar como aquellos que muestran un estilo de apego preocupado buscan el acercamiento hacia los otros, pero a

su vez sienten que no pueden llegar a confiar en ellos. Debido a esto, su sistema de apego se mantiene activado mientras que sus estrategias conductuales se desactivan. En cuanto a las personas con un estilo de apego devaluador, éstas no ven como una opción el acercamiento a los otros y no adoptan por una hiperactivación como reacción a la situación estresante o amenazante (Bartholomew, 1990).

Tabla 1. Comparación entre los nombres de los estilos de apego según los instrumentos más usados

Clasificación original (Ainsworth, 1963)	Apego seguro	Apego ambivalente- ansioso	Apego evasivo	Desorganizado (Main y Solomon, 1990)
HSSR (Hazan y Shaver, 1987)	Apego seguro	Apego ambivalente- ansioso	Apego evasivo	-
AAI (Main y Goldwyn, 1985)	Apego seguro- autónomo	Apego preocupado	Apego devaluador	No resuelto/irresuelto
Instrumento auto-aplicado de Bartholomew (Bartholomew y Horowitz, 1991)	Apego seguro	Apego preocupado	Apego devaluador o apego temeroso	No resuelto/irresuelto

4. RELACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS Y EL APEGO

En las últimas décadas, se han llevado a cabo numerosos estudios con el fin de mostrar si existe una relación entre la adicción a sustancias y el tipo de apego que tiene la persona adicta. La idea de que haya una relación entre ambas variables nace de la propia experiencia de los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones, en especial, cuando se dan problemas a la hora establecer una alianza terapéutica con estos pacientes. A todo esto se le suman los múltiples estudios que muestran la existente relación entre distintas psicopatologías y el estilo de apego que muestra la persona para que se empiece a plantear la posibilidad de que el apego guarde algún tipo de conexión con las adicciones a sustancias.

De este modo, se han llevado a cabo varios estudios, tanto con adolescentes como con adultos adictos a sustancias. Todos los estudios llevados a cabo se muestran consistentes con las observaciones de los profesionales que trabajan en ámbito de las adicciones, ya que muestran la existencia de una relación entre la adicción a sustancias y el estilo de apego inseguro. No obstante, tal y como indican Becoña Iglesias et al. (2014), estos estudios no han utilizado el concepto de apego de la misma manera, por lo que las conclusiones deben tomarse con cierta cautela. Asimismo, pese a que todos los estudios concluyan en la existencia de esta relación, el tipo de apego inseguro en concreto (ansioso/ambivalente/preocupado, evasivo/devaluador/temeroso o desorganizado/no resuelto) va a variar según el estudio y el tipo de cuestionario utilizado para valorar o evaluar el estilo de apego de la persona.

Asimismo, estos autores se hacen eco de la importancia del tipo de evaluación que se hace para considerar que las personas tienen realmente una adicción a una sustancia en concreto, o por el contrario no existe tal adicción y se trata de un consumo o abuso. Esto es importante, sobre todo en los estudios que se han llevado a cabo con adolescentes o jóvenes, ya que en esas edades, es muy normal el uso experimental de drogas, lo que no quiere decir que haya una verdadera adicción. Además, De Lucas Taracena (2006) señala que también es importante cómo se haya valorado la gravedad del consumo o de la adicción a sustancias de las personas que participan en los estudios, ya que muchos están basados en autoinformes, donde los participantes tienden a subestimar su problemática relacionada con las sustancias o incluso llegar a mentir o maquillar la realidad en el caso de que sea el investigador el que entreviste al participante con el fin de estimar la gravedad del consumo o de la adicción.

Por otro lado, no se debe obviar la posible existencia de terceras variables que también influyan en la relación entre la adicción a sustancias y los estilos de apego. En este sentido, Kassel et al. (2007) hablan de la importancia de la autoestima como variable individual (como se mencionará más adelante). Por su parte, Crawford y Novak (2002) resaltan la importancia de la supervisión parental como condicionante de los estilos de apego y del consumo de sustancias. Book et al. (2000) destacan la importancia de la personalidad de los padres o figuras de apego como tercera variable. Además, otros investigadores han considerado que el hecho de que los padres hayan sido consumidores o adictos a sustancias, o el tipo de relación que se tenga con el grupo de amigos también influye en la relación entre estas dos variables. De esta manera, el

estudio de Drapela y Mosher (2007) demuestra que el hecho de que los padres sean consumidores de sustancias tiene un efecto significativo en el establecimiento de un apego inseguro, lo que aumenta el riesgo de que los propios hijos también consuman sustancias. Apoyando a estos autores, Scragg et al. (2008) confirmaron que un estilo de apego inseguro está relacionado con un mayor riesgo de adicción a la nicotina en la adolescencia, independientemente de si los padres son o no fumadores. Por otro lado, autores como McArdle et al. (2002) y Bahr et al. (2005) hablan de la importancia que tiene la influencia de los iguales en el consumo de sustancias, llegando incluso a ser más importante que las variables de carácter familiar, incluido el estilo de apego.

Antes de abordar los distintos estudios que directamente relacionan un estilo de apego inseguro con la adicción a sustancias, se debe volver a hacer referencia a la inconsistencia de los estilos de apego concretos, ya que éstos van a depender del cuestionario utilizado por los investigadores para evaluarlo o valorarlo. Asimismo, como indican Schindler et al. (2005), hay que diferenciar entre los estudios que usan entrevistas o escalas que evalúan la representación que tiene la persona sobre su estilo de apego y las que evalúan el estilo de apego. Por ello, las más usadas son los anteriormente mencionados HSSR, AAI y modelo de Bartholomew. En líneas generales, se podría considerar que los estudios con el HSSR indican la existencia de una relación entre el estilo de apego evasivo y la adicción a sustancias. Por su parte, tanto las investigaciones que utilizaron el AAI como el modelo de Bartholomew indicaron que la relación se daba tanto con el estilo de apego preocupado como con el devaluador (De Lucas Taracena et al., 2006).

Anteriormente se han mencionado las investigaciones de Kassel et al. (2007), que consideran que el estilo de apego de la persona adicta a la sustancia guarda más relación con el tipo de droga a la que son adictos que con las cantidades de sustancia que se consuman. Estos autores llevaron a cabo un estudio con alumnos universitarios donde llegaron a la conclusión de que existía una correlación positiva entre el estilo de apego ansioso y la adicción a la nicotina. Asimismo, relacionaban el este estilo de apego en concreto con la ansiedad que les producía un posible abandono, lo que correlacionaba con una percepción negativa y un sentimiento de inseguridad hacia ellos mismos. De este modo, estos autores señalan una posible relación entre el estilo de apego ansioso, manifestado en forma de miedo al abandono con el desarrollo de inseguridades y actitudes disfuncionales respecto a uno mismo, que se traduce en una baja autoestima.

Así, la baja autoestima aumentaba la probabilidad de que los estudiantes recurriesen al consumo de las sustancias examinadas en el estudio (tabaco, alcohol y marihuana).

Las conclusiones del estudio llevado a cabo por Schindler et al. (2005), utilizando el modelo de Bartholomew con adolescentes, muestran que el estilo de apego temeroso es el que predominaba entre los participantes, lo que indica la existencia de una relación entre este estilo de apego y la adicción a sustancias. Estos autores destacan que los resultados obtenidos son consistentes con la distinción que hizo Bartholomew sobre los dos estilos de apego de carácter más evitativo (el devaluador y el temeroso). De este modo, interpretan que el hecho de que se encuentre una relación entre la adicción a sustancias y el estilo de apego temeroso tiene un sentido, ya que aquellas personas que muestren un estilo de apego devaluador, tendrán más mecanismos que las personas con un estilo temeroso para hacer frente a la angustia que les generan las relaciones con los otros sin recurrir al consumo de sustancias (facilitando una posterior adicción a las mismas). Asimismo, estos autores encontraron cierta relación entre el estilo de apego temeroso y la presencia de un trastorno psiquiátrico. Esta comorbilidad podría estar indicando que el estilo de apego temeroso no guarda relación únicamente con la adicción a sustancias sino, de manera más general, con problemas psiquiátricos de distinta índole.

Estos autores también explican por qué sus conclusiones no son iguales que las de otros estudios que han usado el AAI. En su opinión, esto se debe a que la distinción que hace el modelo de Bartholomew entre los estilos temeroso y devaluador es esencial, ya que en otros estudios que utilicen el AAI, aquellos participantes que serían considerados como temerosos por el modelo de Batholomew, habrían sido considerados como devaluadores o preocupados.

Mickelson et al. (1997) evaluaron la relación entre distintas variables y los estilos de apego de las personas, considerando los problemas psiquiátricos y la dependencia a sustancias como unas variables a tener en cuenta. Los resultados de su estudio utilizando el HSSR mostraron que tanto el consumo de alcohol como la dependencia a otras drogas eran característicos de las personas con estilo de apego evasivo. Estos autores explican esta relación basándose en que las personas con un estilo de apego evasivo tienen grandes dificultades para expresar sus sentimientos de angustia o

ansiedad a los otros, por lo que recurren a distintas sustancias para alterar esos sentimientos.

Riggs y Jacobvitz (2002) utilizaron el AAI con una muestra de futuros padres y madres, relacionando el estilo de apego de estos con distintas variables de salud mental (entre ellas la adicción a sustancias) y de la propia historia familiar. Los resultados se mostraron inconsistentes con lo que estos autores esperaban basándose en estudios previos, y no mostraron una relación entre el estilo de apego devaluador y la adicción a sustancias, sino que la relación se estableció con el apego irresuelto. Los investigadores tratan de explicar estos resultados partiendo de la posibilidad de que la adicción a sustancias proporcione a la persona de un estado mental que funcione como mecanismo defensivo que evite que la persona evalúe o vuelva a experimentar algún trauma de su pasado que sea demasiado confuso o doloroso.

Por su parte, Schindler y Bröning (2015) realizaron una revisión bibliográfica de los principales estudios que relacionaban la adicción a sustancias y el estilo de apego, especialmente en adolescentes, aunque también mencionan algunos estudios cuyos participantes fueron adultos (la mayoría de los cuales han sido citados con anterioridad en este trabajo). Lo que estos autores encontraron fue que todos los estudios relacionaban la adicción a sustancias con estilos de apego inseguros. Ahora bien, la mayoría de los estudios clínicos con adolescentes y adultos señalan la relación entre la adicción y el estilo de apego temeroso, aunque hay algunos que defendían una mayor relación con el estilo de apego irresuelto. Los autores explican que, para estos grupos, la adicción a sustancias se puede entender como una manera de lidiar con la falta de estrategias para sobrellevar distintas situaciones, es decir, como un intento de auto-medicarse para hacer frente a la angustia que sienten. Por otro lado, encontraron estudios que relacionaban el estilo de apego devaluador con la adicción a sustancias. De este modo, la adicción se entiende como una forma de externalización, especialmente en adolescentes, tal y como hacen otros patrones de comportamientos problemáticos como la impulsividad o la asociación con otros jóvenes desviados, cuya finalidad es distraer a los adolescentes de las necesidades de apego no cubiertas.

En cuanto a los estudios que relacionan el estilo de apego de la persona adicta con el tipo de sustancia que consume en concreto, encontramos las investigaciones de Schindler et al. (2009). Estos autores defienden que todas las sustancias psicoactivas

comparten algunos efectos, ya que estimulan los sistemas cerebrales de gratificación o castigo, influyen en los estados afectivos y en los niveles de activación psicológica de la persona y son potencialmente adictivas. Sin embargo, las distintas sustancias que se consumen también tienen efectos específicos, lo que permite que las personas “elijan” o se “decanten” por una u otra droga. De este modo, la elección de una sustancia puede verse como un intento para lidiar con los distintos sentimientos de angustia o estrés emocional que experimenta la persona.

Desde el punto de vista del apego, estos autores consideran que las dos dimensiones más relevantes para clasificar a las distintas sustancias son según su efecto emocional en la persona (pudiendo ser un efecto activador o desactivador) y la cercanía o proximidad (pudiendo haber una búsqueda hacia ello o una evitación). De esta manera, las sustancias psicoactivas pueden ser consideradas como sedantes o estimulantes. Las sustancias sedantes, como el alcohol, los opioides, el cannabis o las benzodiazepinas, ayudan a experimentar una desactivación fisiológica y emocional, inhibiendo los procesos cognitivos y derivando en el distanciamiento hacia las otras personas. Por otro lado, los estimulantes, como la cocaína, las anfetaminas o el éxtasis, activan los procesos fisiológicos, afectivos y cognitivos. Además, pueden ser sustancias muy atractivas para las personas que buscan la proximidad hacia otros o la hiperactivación. Los consumidores de este tipo de sustancias perciben subjetivamente una facilitación del contacto social, pero con el tiempo y el consumo prolongado, esta facilitación acaba derivando en alteraciones en las relaciones y en la alienación social (Hawkins et al., 1992).

Finalmente, Schindler et al. (2009) utilizaron el modelo de Bartholomew para concluir que las personas adictas a los opioides mostraban un estilo de apego temeroso, lo que consideran que confirma la teoría de esta sustancia actúa como un sustituto emocional para el apego en las relaciones sociales, y como una estrategia artificial para el distanciamiento y la desactivación tanto fisiológica como emocional. A su vez, los autores resaltan que los adictos a opioides son el grupo cuyos resultados han sido los más inquietantes. En la investigación puntúan como el grupo con un funcionamiento psicosocial más bajo y mostraban las probabilidades más altas de abandonar los estudios o el trabajo. No obstante, a la hora de comparar su entorno socioeconómico, éste apenas variaba del que mostraba el grupo control (sin adicción ni consumo de sustancias).

Por otro lado, las personas que tenían adicción al éxtasis mostraban tanto apego devaluador y temeroso como preocupado, por lo que la diferencia se encuentra en que todos los participantes del estudio mostraban un tipo de apego inseguro, pero sin quedar muy claro cuál es el predominante. El que la adicción al éxtasis guarde relación con los estilos devaluador o temeroso tiene más sentido debido a las características de esta sustancia (hiperactivación y búsqueda de proximidad). Sin embargo, los autores quedaron bastante contrariados al descubrir que el estilo de apego preocupado también guardaba relación. Las principales razones por las cuales este hecho podría explicarse son que el grupo de adictos a esta sustancia sea muy heterogéneo, por lo que dentro del mismo pueda haber otros subgrupos con características personales distintas. Asimismo, otra posible explicación es que esté influyendo en la adicción a estas sustancias otras variables motivacionales o comportamentales que resulten más relevantes que el estilo de apego.

En cuanto a la adicción al cannabis, estos autores encontraron que la mayoría de los sujetos mostraban un estilo de apego devaluador o seguro. En este grupo, ninguna persona mostró un estilo de apego temeroso, dato que los investigadores utilizan para comparar con el grupo de adictos a los opioides y resaltar la importancia que tiene la diferenciación que se hace en el modelo de Bartholomew sobre los dos tipos de apego de carácter más evitativo. Las personas con un estilo de apego devaluador tienen algunas estrategias que, aunque inseguras, permiten hacer frente a distintas situaciones que pueden ser angustiosas o estresantes para la persona a nivel emocional, mientras que las personas con un estilo de apego temeroso, carecen de esas estrategias. Asimismo, estos autores contemplan la posibilidad de que el cannabis no funcione como un sustituto a estrategias relacionadas con el sistema de apego, sino que sirva como un apoyo para las estrategias ya existentes.

En la revisión bibliográfica mencionada con anterioridad y realizada por Schindler y Bröning (2015), respecto a los estudios que relacionan los estilos de apego con la adicción a sustancias en concreto, estos autores encontraron que los resultados son bastante heterogéneos en cuanto a los distintos tipos de drogas. No obstante, la heroína parece ser la única excepción, al estar relacionada de manera muy consistente con el estilo de apego temeroso.

Por último, vale la pena mencionar la investigación llevada a cabo por Caspers et al. (2006), que introducen una variable muy interesante para este trabajo y que se tratará en el siguiente apartado, como es la disposición a iniciar un tratamiento para la adicción a sustancias según el estilo de apego de la persona adicta. De este modo, los autores utilizan el AAI para valorar el estilo de apego del participante. Los resultados muestran que las probabilidades de recibir un diagnóstico de adicción a una sustancia ilegal aumentaba hasta tres veces cuando las personas mostraban un estilo de apego devaluador o preocupado. Asimismo, los resultados mostraron que las personas con un estilo de apego devaluador eran menos propensas a iniciar un tratamiento para su adicción por iniciativa propia.

5. TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A SUSTANCIAS DESDE LA TEORÍA DEL APEGO

El estilo de apego del sujeto puede ser un factor fundamental para un terapeuta a la hora de establecer una alianza terapéutica con un paciente. Tal y como describen De Lucas Taracena y Montañés Rada (2006), ésta es una relación interpersonal más en la vida del paciente y, por ello, debe tener características parecidas a las que la persona establece con amigos, familiares y otros miembros de su entorno. Debido a ello, esta relación es esencial para el tratamiento y debe estar basada en elementos claves como son la confianza o la comunicación, con el fin de que se transmitan de la mejor manera posible las distintas necesidades que tiene el paciente a nivel afectivo, emocional, etc.

Antes de abordar cómo se lleva a cabo el tratamiento psicoterapéutico basado en el apego con personas adictas a sustancias, se deben mencionar brevemente las características generales que muestran los pacientes según los distintos estilos de apego inseguro y qué acciones debe llevar a cabo el terapeuta en cada caso. En cuanto a los pacientes con un estilo de apego devaluador, éstos hacen una sobreestimación defensiva de su propia valía, por lo que van a apartar cualquier tipo de sentimiento, pensamiento o deseo que suponga una búsqueda de apoyo, vinculación o cariño del resto de personas. No obstante, estas personas también necesitan de una relación de apego aunque no lo vayan a admitir y consideren que están bien como están. El terapeuta en estos casos debe buscar la consonancia con el paciente y conectar con su parte afectiva para romper las resistencias e iniciar una alianza terapéutica convirtiéndose en una figura de apego

seguro para el paciente. Los pacientes con un estilo de apego preocupado buscan constantemente un acercamiento a los demás, temiendo ser independientes y necesitando de ayuda constante para afrontar aquello que les pasa. En este caso, el terapeuta tiene que reforzar la autoestima, confianza y gestión emocional del paciente, convirtiéndose en una base que poco a poco consiga que los pacientes dejen de tener que recurrir a su estrategia hiperactivadora. Finalmente, los pacientes que muestran un estilo de apego irresuelto son los más difíciles de tratar, ya que suelen ser personas con trastornos graves, como estrés post-traumático, límite o disociativo. Es por ello que la actuación del terapeuta en estos casos va a ser muy distinta y debe adaptarse al paciente. No obstante, se debe considerar que la finalidad de la intervención sea conseguir la máxima integración de la persona (Wallin, 2007).

Schindler et al. (2005) se hacen eco de la enorme dificultad que supone el tratamiento terapéutico a personas con adicción a sustancias. Estos autores, al haber encontrado relaciones consistentes entre el estilo de apego temeroso y la adicción a sustancias, consideran que el perfil de estas personas no favorece las relaciones terapéuticas. De esta manera, el terapeuta puede encontrar grandes dificultades a la hora de establecer y mantener la alianza terapéutica. Sin embargo, para estos investigadores, esta alianza puede llegar a ser un factor crucial en el tratamiento, teniendo en cuenta la perspectiva de la Teoría del Apego.

Por su parte, Schindler y Bröning (2015) concluyen que el estilo de apego seguro supone un factor de protección frente al consumo y adicción a sustancias. Estos autores consideran que el tratamiento terapéutico podría beneficiarse de estos hallazgos al establecer una alianza terapéutica que corrija las experiencias de apego previas, ayudando a que la persona comience a desarrollar una mayor seguridad. Asimismo, defienden la terapia familiar como un modo de terapia de gran relevancia, debido a que en la familia es donde se originan y desarrollan las relaciones de apego, y donde más fácilmente éstas se pueden reparar o cambiar.

De este modo, tal y como señalan Caspers et al. (2006), toda la información recogida en las distintas investigaciones, las teorías explicativas del apego y la práctica clínica en el tratamiento de la adicción a sustancias sirve para que se vayan desarrollando nuevas líneas de tratamiento tan válidas y útiles como las que se están llevando a cabo en la actualidad. En este ámbito, destaca la incorporación de Flores

(2001) de la Teoría del Apego en el tratamiento para la adicción a sustancias. Como se ha indicado con anterioridad, este autor describe la adicción como una “enfermedad del apego” y recalca la importancia de conseguir un equilibrio para que la persona adicta deje atrás el consumo de la sustancia y adopte nuevos métodos de regulación emocional.

Desde la perspectiva de la Teoría del Apego, se puede entender la adicción como un intento de carácter erróneo por el que la persona pretende reparar por sí misma los déficits que tiene a nivel psíquico desde su infancia, que derivaron en estilos de apego inseguros (Flores, 2001). Diamond y Liddle (1999) apoyan esta idea con su investigación, en la que afirman que en las familias con hijos jóvenes que muestran algún tipo de trastorno de conducta y/o adicción a sustancias, la relación de apego de los hijos es insegura y está dañada. De esta manera, el estilo de apego inseguro de los jóvenes es una fuente de hostilidad e ira que se canaliza a través de las desviaciones y del consumo. Esto mantenido en el tiempo puede llevar a la persona a tener una adicción a sustancias como medio, ya no de canalización, sino de reparación del estilo de apego desarrollado en la infancia.

Ball y Legow (1996) dejan a un lado la posible existencia de una relación entre el estilo de apego y la adicción a sustancias y prefieren centrarse su experiencia profesional que les indica que, independientemente de las razones que han impulsado a la persona hacia el consumo y la adicción, las funciones de cuidado que realiza el terapeuta mediante el vínculo emocional son necesarias para mejorar el funcionamiento social y emocional del paciente y conseguir una abstinencia prolongada en el tiempo o permanente.

De este modo, para estos autores, es importante que el terapeuta sea percibido como una base segura por parte del paciente desde el inicio del tratamiento. En su experiencia, aquellas personas que acuden al tratamiento con adicciones muy severas (o comórbidas con trastornos psiquiátricos) suelen mostrar bastantes deficiencias en el funcionamiento cognitivo, emocional y social, debido a la desregulación por el consumo de drogas. En un principio, a estos pacientes se les debe asegurar un programa donde puedan desintoxicarse, se les ajuste la medicación necesaria, se les reduzca la estimulación ambiental y se les impongan unos límites para comenzar a recuperar cierto control y funcionamiento adaptativo. Los pacientes que inician el tratamiento presentando adicciones menos severas mantienen una mejor conexión con la realidad y el entorno,

por lo que también suelen mostrar algún signo de confianza en ellos mismos y en otras personas y tienen la capacidad, con ayuda del terapeuta, de entender y de fijar metas razonables en el tratamiento. Estos investigadores afirman que en su experiencia como terapeutas, han encontrado grandes consistencias en el hecho de que los pacientes con adicción a sustancias muestran dificultades a la hora de relacionarse socialmente.

Estos autores también explican que, una vez superada la primera parte del tratamiento en el que se ha llegado a la abstinencia, algunos pacientes no querrán continuar con la terapia y abandonarán el tratamiento. Sin embargo, otros estarán dispuestos a continuar y se podrá iniciar con ellos un tratamiento menos directivo al ir consiguiendo una relación de apego segura. Con esto, se pretende que la persona vaya poco a poco aprendiendo a resolver los problemas que vayan surgiendo y actúen con más confianza en sí mismos, necesitando cada vez menos la intervención del terapeuta pero sabiendo que puede recurrir a ella en cualquier momento de duda o de crisis. De esta manera, se pretende que el terapeuta cumpla la función de la figura de apego en la infancia, siendo la base segura a la que el paciente vuelve tras la exploración, cuando la intensidad de lo que experimenta se vuelve incontrolable. Además, esta relación con el terapeuta ayudará al paciente a saber qué quiere encontrar en aquellas relaciones o interacciones que empiece experimentar o buscar en otras personas.

Por otro lado, Flores (2006) no distingue entre los pacientes por la magnitud de su adicción, pero sí que diferencia el tratamiento según las distintas estrategias que se llevan a cabo al inicio del mismo y las que se llevan a cabo hacia el final. De esta manera, al iniciar el tratamiento, lo que se pretende es que la persona deje de consumir la sustancia, por lo que el foco debe estar en ayudar a la persona a que se desvincule del consumo y desarrolle ese vínculo de apego hacia el tratamiento, el terapeuta y su propia recuperación. En estos primeros momentos del tratamiento, donde probablemente la persona adicta todavía no sea capaz de ver las ventajas de tratar la adicción y mantenerse abstinente, es muy importante que se trabaje el establecimiento de un apego seguro en la alianza terapéutica, para así motivar a la persona para continuar con el tratamiento.

Cuando el tratamiento esté más avanzado, lo que se buscará es que la persona no recaiga en el consumo. De este modo, se pretende conseguir que el paciente aprenda a mantener ese vínculo de apego a pesar de que se den conflictos o interrupciones en las

relaciones. Estos conflictos son inevitables y forman parte de la relación. Flores (2006) hace una referencia especial hacia su práctica clínica con pacientes alcohólicos, donde describe como la mayoría de ellos son incapaces de resolver adecuadamente los conflictos que derivan de sus relaciones con otras personas, acabando por distanciarse o destruir la relación en vez de repararla. Asimismo, este autor explica que se debe hacer una clara distinción entre *llegar* a la abstinencia y *mantenerse* abstinente. Si se pretende que la persona se mantenga abstinente en el tiempo, se debe conseguir que ésta aprenda a gestionar sus relaciones de apego y vinculaciones interpersonales. Para ello, se deben adoptar nuevas conductas, valores y actitudes que son incompatibles con las que se tenía cuando se era adicto a una sustancia. Además, a medida que el tratamiento va avanzando, se debe aspirar a que el paciente establezca nuevos vínculos y relaciones consideradas más sanas desde la Teoría del Apego, así como que se acostumbren a sus nuevas experiencias en su *self* de carácter más emocional.

En resumen, la finalidad del tratamiento expuesto por Flores (2006) es que el paciente adicto no necesite recurrir a la sustancia y desarrolle la capacidad de establecer relaciones de apego sanas y regulables. A su vez, debe ser capaz de hacer frente de manera efectiva a los conflictos que puedan surgir (y que seguramente surgirán) de estas relaciones, evitando así la recaída. No obstante, todo esto no se consigue mediante explicaciones por parte del terapeuta o incluso mediante el *insight* o conocimiento propio o interno de la persona, sino mediante el poder de las relaciones de apego. Este autor no menosprecia el poder que tiene la palabra en el tratamiento, pero considera que las explicaciones por sí solas no son suficientes para impulsar un cambio en el sistema de apego de la persona.

De este modo, atendiendo a Shane et al. (1997), la Terapia Orientada en el Apego (Attachment-Oriented Therapy, AOT) se basa en las relaciones y el poder de transformación inherente que tienen las verdaderas relaciones de carácter íntimo. Una buena relación terapéutica es considerada por los diferentes enfoques psicoterapéuticos como un buen predictor de un resultado positivo en la terapia, por lo que se podría considerar a la AOT como un tratamiento válido para llevarlo a cabo desde cualquier modelo terapéutico (Flores, 2006).

6. DISCUSIÓN

Una vez se han analizado los distintos estudios que tratan de mostrar una relación entre determinados estilos de apego y la adicción a sustancias, parece que no se puede asegurar que haya un estilo en concreto que guarde una especial relación. Además, los estudios no pueden compararse o contrastarse entre ellos, ya que parece ser que el estilo de apego predominante en personas con una adicción va a variar dependiendo de diversos factores, como son el tipo de sustancia, el instrumento utilizado para valorar el estilo de apego de la persona o la evaluación que se haga de la gravedad del consumo, y los estudios varían en estos factores. Sin embargo, lo que sí parece ser consistente en todas las investigaciones y en la práctica profesional, es que las personas con adicción a sustancias suelen mostrar estilos de apego inseguros.

En relación con esto, tal y como defiende Kooyman (1993), cuando se repasa la historia pasada de un paciente con adicción a sustancias, es fácil encontrar traumas, separación y falta de cercanía y contacto físico en la infancia. Estos pacientes han desarrollado a lo largo de sus primeros años de vida un auto-concepto negativo, lo que les impide mantener relaciones emocionales estables. De este modo, en la práctica clínica, es fácil darse cuenta de que las personas con adicción a sustancias utilizan la sustancia como un sustituto. Así, Höfler y Kooyman (1996) postulan que los problemas de adicciones se pueden encontrar en personas cuyas necesidades de apego todavía no han sido cubiertas.

Teniendo esto en cuenta, parece sensato y beneficioso considerar la Teoría del Apego cuando se está llevando a cabo psicoterapia en adicciones (tanto a sustancias como sin sustancia). Independientemente de si la terapia está centrada por completo o no en el apego, éste parece ser un factor que el terapeuta debe tener en cuenta y que va a jugar a su favor a la hora de entender al paciente y de establecer un vínculo con él.

En primer lugar, trabajando desde el apego se puede comenzar a entender el presente del paciente: su tipo de relaciones, los comportamientos que lleva a cabo, las elecciones que hace, etc. Además, se pueden comprender las razones por las cuales ha recurrido al consumo de alguna sustancia para tratar de tapar o sustituir una serie de carencias que arrastra desde su infancia. Considero que, como terapeuta, una vez hayas conseguido entender al paciente y por qué hace lo que hace, te resulta más fácil tener

empatía hacia él y te ayuda a saber guiar mejor a esa persona por el camino hacia su recuperación.

En segundo lugar, como se ha mencionado anteriormente, trabajar la adicción a sustancias desde la Teoría del Apego es positivo para establecer una alianza terapéutica en donde haya confianza y donde el terapeuta actúe como esa figura de apego o base segura que el paciente no ha tenido. En esta línea, para Köfler y Kooyman (1996) el terapeuta ejerce de alguna manera de sustituto parental para el paciente. Además, el mejorar la relación entre paciente y terapeuta, la terapia se verá beneficiada y será más eficaz (Wallin, 2007).

En tercer lugar, el trabajar en las experiencias de apego de la persona adicta, va a contribuir en que ésta mejore sus relaciones sociales, es decir, en que cambie viejos patrones y aprenda nuevas maneras de relacionarse con la gente. De esta manera, no sólo comenzará a unirse a gente más sana, adecuada y ajustada a su nuevo estilo de vida, apartado del consumo y la adicción, sino que también podrá comenzar a romper aquellos viejos vínculos tóxicos que no quiera ni le beneficie mantener. En mi opinión, todo este cambio de entorno lleva a un cambio de vida, que puede ser positiva para la persona en muchos aspectos: resultando en un cambio del estado de ánimo, un aumento de la autoestima, o logrando una mayor motivación para continuar con el proceso terapéutico y mantenerse abstinente.

Höfler y Kooyman (1996) también mencionan lo beneficiosa que resulta la terapia de grupo para los pacientes con adicciones, ya que intensifica la reconexión con otras personas en un ambiente seguro. A su vez, este tipo de terapias permiten al paciente sentirse identificado con otras personas y recibir el apoyo y consejo de gente que se encuentra en situaciones parecidas a las que están viviendo o han vivido.

Por otro lado, distintos autores como Ball y Legow (1996) o Flores (2006) hablan de la importancia que tiene el saber cuándo comenzar con una terapia más centrada en la Teoría del Apego. De este modo, defienden que se deben tener distintas estrategias y metas según el momento del tratamiento en el que esté el paciente. Estos autores coinciden en que el primer paso es que la persona deje de consumir y se desintoxique. Después de ello, desde la abstinencia, ya se puede comenzar a trabajar en la alianza terapéutica, en mejorar las relaciones con las otras personas, y en profundizar sobre

otros posibles problemas que la persona tenga y que también hayan influido en el inicio del consumo de sustancias.

Por último, cabe destacar que el trabajo terapéutico desde la Teoría del Apego puede ser de gran utilidad para distintos tipos de pacientes, independientemente de las razones que les hayan llevado a buscar ayuda psicológica. Además, es compatible y se puede complementar con diversos tipos de terapias o de corrientes psicológicas. Asimismo, se debe tener en cuenta que, en la práctica profesional, el tratamiento se tiene que adaptar al paciente y a sus características personales, como son el género, la orientación sexual o la edad, entre otras.

7. REFERENCIAS

- Ainsworth, M.D.S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. En B.M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior*, Vol. 2, pp. 67-112. New York, NY: Wiley.
- Ainsworth, M.D.S. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Bahr, S.J., Hoffmann, J.P. & Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention*, 26(6), 529-551.
- Ball, S.A. & Legow, N.E. (1996). Attachment Theory as a working model for the therapist transitioning from early to later recovery substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(4), 533-547.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

- Becoña Iglesias, E., Fernández del Río, E., Calafat, A. & Fernández-Hermida, J.R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2. Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Brennan, K., Clark, C. & Shaver, P. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. En J. Simpson & W. Rholes, *Attachment Theory and Close Relationships*. New York, NY: Guilford Press.
- Brook, J.S., Richter, L. & Whiteman, M. (2000). Effects of parent personality, upbringing, and marijuana use on the parent-child attachment relationship. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(2), 240-248.
- Brugal, M.T., Rodríguez-Martos, A. & Villabí, J.R. (2006). Nuevas y viejas adicciones: implicaciones para la salud pública. *Gaceta sanitaria*, 20(1), 55-65.
- Caspers, K.M., Yucuis, R., Troutman, B. & Spinkis, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(32).
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Crawford, L.A. & Novak K.B. (2002). Parental and peer influence on adolescent drinking: the relative impact of attachment and opportunity. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(1), 1-26.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Bravo, M.J., Neira-León, M. & Barrio, G. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga

- historia con algunos consejos para el futuro. *Revista española de salud pública*, 80(5), 505-520.
- De Lucas Taracena, M.T. & Montañés Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 277-386.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017-2024*. Madrid.
- Diamond, G.S. & Liddle, H.A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: from impasse to dialogue. *Family Process*, 38(1), 5-26.
- Drapela, L.A. & Mosher, C. (2007). The conditional effect of parental drug use on parental attachment and adolescent drug use: social control and social development model perspectives. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 63-87.
- Flores, P.J. (2001). Addiction as an attachment disorder: implications for group therapy. *International Journal of Group Therapy*, 51(1), 63-81.
- Flores, P.J. (2006). Conflict and repair in addiction treatment: an attachment disorder perspective. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 1(1), 5-25.
- Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., de Paz, F., Barbosa, M., Macías-Fernández, J.A., Maniega, M.A., Rami-González, L. & Cañizares-Alejos, S. (2003). Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso. *Revista de neurología*, 36(4), 361-365.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Höfler, D.Z. & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding- an integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511-519.

- Kassel, J.D., Wardle, M. & Roberts, J.E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 1164-1176.
- Kooyman, M. (1993). *The therapeutic community for addicts: intimacy, parent involvement, and treatment success*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger Publishers.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1985). *Adult attachment scoring and classification system*. Manuscrito no publicado, Universidad de California, Berkeley.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Ed.), *Attachment during the preschool years: theory, research and intervention*, pp. 121-160. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A., Blom, M., Stoeckel, I., Pierolini, A., Michels, I., Johnson, R. & Quensel, S. (2002). European adolescent substance use: the roles of family structure function and gender. *Addiction*, 97, 329-336.
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C. & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), 1092-1106.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2018). *Informe europeo sobre drogas 2018: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.
- Pietromonaco, P.R. & Feldman Barrett, L. (2000). The Internal Working Models concept: what do we really know about the self in relation to others?. *Review of General Psychology*, 4(2), 155-175.
- Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española (23ª ed.)*. Madrid: Ed. Espasa.
- Riggs, S.A. & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 195-204.

- Scragg, R., Reeder, A.I., Wong, G., Glover, M. & Nosa, V. (2008). Attachment to parents, parental tobacco smoking and smoking among Year 10 students in the 2005 New Zealand national survey. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32(4), 348-353.
- Schindler, A. & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Substance Abuse*, 36, 304-313.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Küstner, U. & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228.
- Shane, M. Shane, E. & Gales, M. (1997). *Intimate attachments: toward a new self psychology*. New York, NY: Guilford Press.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Geneva, Switzerland: WHO.