



**“ESTILOS DE APEGO ADULTO Y SU RELACIÓN CON LA DEPENDENCIA  
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y/O ALCOHOL, EN USUARIOS DE  
COMUNIDADES TERAPEUTICAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA”**

“Investigación conducente al grado académico “Licenciado en Psicología”.

Elaborado por:

Claudia Bunster Prieto

Paola Burgos Pardo

Mauricio Herrera Riquelme

Mauricio Momberg Rogers

Valentina Russell Godoy

Profesora Guía:

Ps. Tania Stegmann Salazar

Santiago, mayo 2016

---

## RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir los estilos de apego de personas dependientes a sustancias psicoactivas y/o alcohol, internos en comunidades terapéuticas de la región Metropolitana de Santiago.

La muestra estuvo compuesta por 81 adultos, con 57 hombres y 24 mujeres, con edades comprendidas entre 20 y 68 años. Para medir el estilo de apego adulto se utilizó el cuestionario Experiences in Close Relationships (ECR), el cual utiliza un modelo bidimensional del apego adulto basado en escalas de ansiedad (acerca de las relaciones) y evitación (en las relaciones).

Los resultados mostraron que existe una alta presencia de apego adulto inseguro (95.1%), con un alto porcentaje de apego temeroso (56,8%). La escala ansiedad (acerca de las relaciones) mostró una diferencia significativa, entre las medias de hombres (75,37, DE=19,45) y mujeres (87,92, DE=17,63).

*Palabras clave:* apego adulto, dependencia de sustancias psicoactivas, dependencia de alcohol.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to describe the attachment styles among dependents on psychoactive substances and/or alcohol, inpatient on therapeutic communities in the Región Metropolitana de Santiago.

The used sample was made up of 81 adults, 57 men, and 24 women, with ages located between 20 and 68 years old. To measure the adult attachment style, it was used the questionnaire Experiences in Close Relationships (ECR), which considers a two dimensional model of attachment, based on anxiety (about relationships) and avoidance (in relationships) scales.

Results showed that there is a high presence of insecure adult attachment (95.1%), with a high percentage of fearful adult attachment (56.8%). Anxiety scale (about relationships) showed a significant difference among means of men (75,37, DE=19,45) and women (87,92, DE=17,63).

*Keywords:* adult attachment, psychoactive substances dependence, alcohol dependence.

## INTRODUCCIÓN

Según el Informe Mundial sobre Drogas 2015 de la ONUDC<sup>1</sup>, más de 246 millones de personas en el mundo consumieron algún tipo de droga durante el 2013, dentro de ellos, cerca de 27 millones de personas presentaron dependencia de sustancias ilícitas. (ONUDC, 2015)

En Chile, las últimas estadísticas a nivel nacional entregadas por el SENDA<sup>2</sup> 2014, revelaron que más de 25.493 personas (adulto e infanto-juvenil) fueron atendidas por algún tipo de dependencia. Es importante destacar que los resultados obtenidos corresponden a información recogida desde los centros de atención con convenio vigente del SENDA (SENDA, 2014).

En relación a estudios anteriores se observa un alza sostenida a nivel de consumo y de dependencia, de lo cual se desprende un aumento

porcentual de ambas variables, destacando el consumo de marihuana y alcohol en los últimos años, especialmente en la Región Metropolitana (SENDA, 2015).

Esta situación ha generado la búsqueda de nuevas líneas de entendimiento y abordaje en relación a la dependencia a sustancias psicoactivas y/o alcohol, relacionadas más bien con aspectos terapéuticos vinculares (Crittenden, 2002). A la base de estas nuevas comprensiones subyace la teoría del apego, entendida como un modelo explicativo más integral, donde las competencias emocionales reguladoras se adquieren en las relaciones interpersonales tempranas, gracias a la interacción con las figuras de cuidado (Barroso, 2011). Por su parte, García del Castillo (2015), plantea que el tipo apego en conjunto con otras variables, pueden constituir un factor que aumenta la vulnerabilidad psicosocial desde el ámbito de la salud

---

<sup>1</sup> Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

<sup>2</sup> Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol

y en particular, desde lo relacionado con las conductas adictivas.

Distintas investigaciones postulan que, a mayor apego entre padres e hijos, mayor protección ante el consumo de sustancia, lo que reduciría la vulnerabilidad frente a problemas de salud, al consumo y otras adicciones (Becoña, Fernández del Río, Calafat, y Fernández-Hermida, 2014). Asimismo, las eventuales relaciones entre la teoría del apego y la dependencia de sustancias psicoactivas, permiten considerar y comprender las probabilidades de que el paciente se implique y cumpla las prescripciones terapéuticas, como también, posibilitan que el profesional pueda individualizar el tipo de tratamiento de acuerdo a los requerimientos de cada paciente (Lorea, Fernández-Montalvo, Lopez-Goñi, Landa, 2009).

Pese a estos antecedentes, si bien la teoría del apego cuenta con un amplio desarrollo teórico e investigativo respecto a su relación

con diversos problemas de salud mental, no ocurre lo mismo en relación a la investigación sobre apego y dependencia de sustancias (de Lucas y Montañéz, 2005).

Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, (2009) plantean que no existiría una tradición en investigación del apego en adultos y que la literatura nacional en este tema sería escasa.

Finalmente, el aumento en las cifras sobre dependencia a sustancias psicoactivas y/o alcohol a nivel nacional y en particular en la Región Metropolitana (SENDA, 2015), junto con el moderado desarrollo investigativo de la teoría del apego como modo de enfrentamiento terapéutico, sobre todo a nivel de realidad nacional (Garrido y otros, 2009), generan la relevancia para el presente estudio, con el objetivo de determinar el tipo de relación existente entre los estilos de apego adulto y la dependencia a sustancias psicoactivas y/o alcohol.

## MARCO TEÓRICO

### 1. Consumo y Dependencia de Sustancias a Nivel Nacional

Acorde al Décimo Primer Estudio sobre Drogas a Nivel de Población en General, realizado el año 2014 por el SENDA, los niveles de consumo indican un 34,7 % en tabaco, 48,9 % de alcohol, 11,3 % de marihuana, 1,4% cocaína y 0,5 % de pasta base, tomando en cuenta el consumo realizando en los últimos 12 meses. (SENDA, 2015) Estos resultados entregan un aumento en la prevalencia respecto al estudio anterior correspondiente al año 2012, mostrando un incremento significativo en el caso de la marihuana (7,1% a 11,3%), independiente del género, edad y nivel socio económico. La misma situación se observa respecto al alcohol donde se evidencia un alza de 8 puntos (40,8% a 48,9%), mostrando un crecimiento importante en la población de mujeres y adultos jóvenes, donde presenta su registro histórico más alto. En el caso de la

cocaína el consumo declarado aumenta moderadamente en los hombres pasando desde 1,3% a un 2,2 %, sobre todo en niveles socio económicos medios. La pasta base no registra variaciones en su consumo manteniéndose en los rangos del 0,5% de la población. Respecto a la incidencia en el consumo de los últimos 12 meses, los resultados dan cuenta también de aumentos en el caso de la marihuana (1,6% a 2,8%) con marcado crecimiento en adolescentes (3,3% a 5,5%) y sobre todo en jóvenes de hasta 25 años (2,7% a 7,5%). En cuanto al alcohol los casos nuevos muestran un aumento desde el 19% al 21,7%, donde pese a que los hombres siguen registrando las mayores tasas, las mujeres experimentan un importante crecimiento desde el 15% al 18,1% (SENDA, 2015)

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

Mentales (2002), DSM-IV-TR<sup>3</sup>, la dependencia de sustancias psicoactivas tiene relación con un patrón de consumo desadaptativo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo durante un período de 12 meses consecutivos. Se cataloga como dependiente a todo consumidor de sustancias psicoactivas y/o alcohol que cumpla con al menos 3 criterios de conducta relacionada con la tolerancia, abstinencia, deseos infructuosos de controlar el consumo, gasto de tiempo en torno al consumo, reducción de actividades sociales y laborales y consumo consciente pese a la noción del daño.

De acuerdo a Carvajal, Florenzano y Weil (2012), los criterios diagnósticos del DSM-IV son casi idénticos a los del CIE-10 para el diagnóstico de dependencia a sustancias. La diferencia radica en que el CIE-10 sintetiza los 7 puntos del

DSM-IV en 5 puntos y agrega el criterio referido al “craving” o impulso por consumir una determinada sustancia durante la abstinencia.

Al momento de comparar los resultados con estudios anteriores en población con dependencia, según los criterios diagnósticos del DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades (2008), CIE 10<sup>4</sup>, los resultados presentan cierta estabilidad. Sin embargo, al compararlos con la población normal, la prevalencia aumenta tanto a nivel de marihuana (1,8% a 2,5%) y alcohol (51% a 61%), lo que grafica una tendencia al alza tanto en el consumo como en la dependencia en dichas sustancias. (SENDA, 2015).

El estudio además indica que los niveles de consumo relacionados con variables sociodemográficas como el nivel socio económico se mantienen sin cambios significativos. En el caso de las ubicaciones geográficas se

---

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

<sup>4</sup> Clasificación Internacional de Enfermedades

muestra, al igual que a nivel nacional un aumento en el consumo a nivel general, pero con un marcado aumento regional en el caso de las Regiones de Tarapacá y la Región Metropolitana. En esta última se registran aumentos significativos en el consumo de alcohol (38,7% a 53,3%), marihuana (8,3% a 13,4%) y cocaína (15% a 22%), contribuyendo en buena medida al alza experimentada a nivel nacional. (SENDA, 2015).

## **2. Teoría del Apego.**

En el marco de la Teoría del Apego de Bowlby, es esencial establecer que la necesidad de relacionarse con los demás es innata en el hombre, cuya experiencia relacional determinará la forma a través de la cual se expresarán esas necesidades en el futuro (Weegmann y Cohen, 2002)

Los vínculos afectivos constituyen una necesidad original, no dependiente de otras. Bowlby (2012),

inaugura su teoría del apego, hablándonos de un vínculo afectivo como una tendencia estable e innata a buscar la cercanía, la proximidad de otro sujeto, con el fin de mantener la supervivencia de la especie. La hipótesis que propone que existen una serie sistemas de conducta debidos al vínculo que une al niño con su madre, constituidos por pautas de conducta innata (succión, aferramiento, seguimiento, balbuceos, llanto, sonrisas y llamados), que manejarían la conducta instintiva y que, al avanzar en el desarrollo, se constituyen en sistemas más complejos, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre y mantener esa cercanía. Ahora, estos sistemas de conducta instintiva poseedora de un claro valor adaptativo, van más allá de patrones fijos que se reproducen siempre de la misma forma bajo ciertas circunstancias, sino que, nos propone un plan programado con metas prefijadas y corrección de objetivos en razón de la retroalimentación, que se adapta



cambiando de acuerdo a las condiciones ambientales. Esta es para Bowlby (2012), una conducta que acompaña al individuo hasta la vejez, evolucionando desde la búsqueda activa y constante desde el nacimiento, fortaleciéndose entre los seis y ocho meses, hasta los tres años, luego de lo cual siempre se activarán estos sistemas ante la vivencia de amenaza por parte del sujeto (Holmes, 2011). En la adolescencia el apego se dirige hacia otros adultos que comienzan a tener importancia para el joven y en la adultez la conducta de apego prolonga la de la infancia activándose frente a situaciones de enfermedad y catástrofe, donde se reeditan la búsqueda de la proximidad de figuras de confianza. Según Bowlby, esta conducta innata se da “desde la cuna hasta la sepultura” (Bowlby, 2012, p.284)

La función del apego está descrita como una función primariamente biológica en la medida que el comportamiento es incorporado

al repertorio biológico de la especie, pues ha significado ventajas evolutivas que han permitido la sobrevivencia. En este sentido, John Bowlby refiere que la conducta de apego permite la protección frente a los depredadores y el aprendizaje de actividades de supervivencia desde el contacto con la figura de apego. De esta manera es el estrés provocado por la fatiga, el frío, el hambre, el dolor, la ansiedad surgida del temor frente a la distancia de la figura de apego (por ausencia, marcha o evitación de proximidad), o la percepción de señales leídas como amenaza (rechazo de otros, hechos alarmantes), las que activarían las conductas de apego, que se expresarían con diversidad de intensidades y manifestaciones, de acuerdo a factores contextuales e individuales (Bowlby, 2012)

Por otra parte, Mary Ainsworth amplió el repertorio de conductas de apego del bebé, presentado por Bowlby, a 13 patrones de conducta (Ainsworth M. , 1964). Estos patrones

se pueden subdividir en conductas de discriminación hacia la madre, respuestas frente al alejamiento de la madre y utilización de la madre como una base segura desde la cual explorar el ambiente. Ainsworth (1964) investigó la conducta de apego en niños de Uganda, enfatizando que el bebé no es un simple receptor de estímulos por parte de sus cuidadores, sino, un agente activo, que toma la iniciativa a través de estos patrones de conducta en la formación del apego. A la conducta innata del bebé para asegurar la cercanía de la madre, Ainsworth adiciona una conducta exploratoria del niño que también sería parte de la carga genética que trae consigo, en cuanto a la necesidad de explorar las propiedades físicas de su ambiente social cercano, para lo cual utiliza a su madre como una base segura, para iniciar la exploración y volver cada cierto tiempo. A medida que el bebé crece gradualmente utiliza

mayor tiempo en el ambiente “fuera de la madre” alejándose cada vez mas de ella, para ello la madre es cada vez más permisiva de esta lejanía. Sin embargo, ante una situación de amenaza, como ante la separación de la madre, el bebé vuelve a mostrar los patrones de conducta de apego, intensificándolos (Ainsworth, 1964)

La autora señala que el apego no es necesariamente contacto físico cercano, pudiendo ser mantenido a través de una distancia media. Asimismo, confirma que el apego no es solo hacia la figura de la madre, sino que a medida que afianza el vínculo con ella, se extiende hacia otros cercanos, quienes interactúan y juegan con el niño (Ainsworth, 1964)

Ainsworth (1964) encontró diferencias individuales en la experiencia de la Situación Extraña<sup>5</sup> (Ainsworth y Bell, 1970, Bowlby, 2012), dando origen a tres pautas

---

<sup>5</sup> La Situación Extraña es un experimento desarrollado en el marco de un estudio longitudinal del proceso de apego, diseñado por Mary Ainsworth en 1970, para analizar la calidad del

vínculo a través de la observación de las reacciones del niño al separarlo de la madre y al reunirse con ella. Examina el equilibrio entre las conductas de apego y exploración, bajo condiciones de alto estrés.

principales que corresponden a apego seguro (pauta B), apego ansioso a la madre y esquivo (pauta A) y apego ansioso a la madre y rechazante (pauta C).

El apego seguro se encontró en la mayoría de los casos, siendo característico de niños activos en el juego y que buscan el contacto e incluso cuando se han angustiados tras la separación, encuentran consuelo en la madre y vuelven al juego. Los niños con apego ansioso y esquivo (evitativos), rehúyen de la madre cuando esta vuelve, pudiendo tratar al extraño de modo más amistoso que a la propia madre. El apego ansioso y rechazante, oscila entre la proximidad física y la oposición al contacto e interacción con la madre (Ainsworth y Bell, 1970).

En relación con lo anterior, Holmes (2011) plantea que una base segura se funda en la confianza del niño de contar con el cuidador a su lado, sin olvidos ni interferencias, lo que permite que sus pensamientos y

juegos estén exentos de la ansiedad, ansiedad que subyace a la base de apegos inseguros, inhibiendo el desarrollo de la intimidad y la autonomía. El apego inseguro presenta estas dificultades, por cuanto la persona evitativa anhela más que nada la intimidad, y la persona ambivalente anhela la autonomía, sin embargo, ambos temen el riesgo de lograr lo que desean.

Main y Solomon (1990), estudiaron la respuesta de los infantes en la experiencia de la situación extraña, clasificando a los niños en las pautas A, B y C propuestas por Ainsworth y Bell (1970). Durante este trabajo tuvieron dificultades, debido a la emergencia de infantes que compartían muchas de las características de las pautas evitativa y rechazante, considerados en un principio del desarrollo de la teoría del apego como inclasificables. Por ello, estos autores proponen una cuarta pauta de apego, la pauta D, la cual corresponde a un tipo denominado apego inseguro desorganizado-

desorientado, que muestra diferentes índices de desorganización, como desorden en las secuencias temporales esperadas, estereotipias, posturas rígidas y extrañas, despliegue de patrones conductuales contradictorios, índices de confusión y aprehensión, etc. De acuerdo a Oliva (2004), estos niños son los que muestran mayor inseguridad, y conductas contradictorias como mirar hacia otro lado mientras son sostenidos por su madre, o aproximarse hacia ellas con expresión monótona y triste.

Concluyendo, desde la formulación inicial de la teoría del apego de Bowlby (2012), se advirtió de la necesidad universal de los hombres de formar vínculos afectivos íntimos y significativos a los cuales se recurre en situaciones de estrés y dolor, como medida de protección y sobrevivencia. Luego, en investigaciones posteriores se llegó a la conclusión de que el comportamiento adulto en las relaciones íntimas y cercanas está modelado por representaciones

mentales que se originan en las relaciones tempranas del niño y su figura de apego (Guzmán y Contreras, 2012).

Sin embargo, existen diferencias entre el apego infantil y el apego adulto por cuanto la naturaleza de las relaciones adultas es recíproca, transfiriendo las necesidades afectivas satisfechas por los cuidadores, hacia las relaciones significativas en la adultez, manifestándose el apego adulto en la calidad de las relaciones y en la regulación del afecto frente a situaciones de conflicto o amenaza (Guzmán y Contreras, 2012).

Todo ello nos permite presentar de acuerdo a Bowlby (2012) “un cuadro bastante coherente en el cual se reconoce al niño desde el nacimiento, como un activo buscador de los miembros de su especie, hacia los que está original y preferencialmente orientado cognitivamente y afectivamente”, internalizando estos modelos de acercamiento con las

figuras de apego, los cuales servirán de base para la configuración del sí mismo, su autoconcepto, autoestima, identidad y la capacidad de establecer relaciones con otros. Bowlby (2012) se refiere a estos modelos activos de representación interna (*internal working model*), como una representación de sí mismo y de las relaciones con los otros, los cuales darían cuenta de lo que cabe esperar de una interacción con otro, donde se encontrarían las figuras de apego y quienes son ellas, nociones que incluyen componentes cognitivos y afectivos.

Rubenstein y Shaver (1982), Shaver y Hazan (1987) y Weiss (1973), plantean que las relaciones de cercanía e intimidad de los adultos se podrían conceptualizar según los mismos patrones afectivos adquiridos en la primera infancia:

1. Las dinámicas emocionales y conductuales de relaciones entre lactante-cuidador y adulto-

relaciones íntimas, están basadas bajo el mismo sistema biológico.

2. Las diferencias individuales observadas en las relaciones lactante-cuidador son similares a los observados en las relaciones de cercanía e intimidad en el adulto.
3. Estas diferencias individuales son reflejo de las expectativas y creencias respecto de sí mismos y sus relaciones cercanas, basados en los modelos operativos internos (Fraley y Shaver, 2000).

Finalmente, Bowlby (2012) considera el proceso terapéutico como una instancia nueva de relación de objeto, donde se manifiesta la capacidad del paciente para establecer una relación con el terapeuta y que, frente a la tarea de vincularse, se ponen en marcha sus modelos operativos internos (relacionales-afectivos), dando cuenta de los esquemas relacionales del paciente, que manifiestan las representaciones del self y de los otros (Bowlby, 2012).

*“La teoría del apego propuesta por Bowlby se centra fundamentalmente en los vínculos formados tempranamente entre los niños y sus cuidadores, trabajos posteriores han hecho ver la relevancia de estos principios basados en la biología, en relaciones posteriores de proximidad en la adultez. Los postulados de Bowlby establecen que el comportamiento de apego desempeña un papel en las relaciones posteriores en todo el ciclo vital, incluyendo la relación terapéutica”, (Moneta, 2009, p.58).*

### **3. Apego y Adicciones**

En los adictos a sustancias psicoactivas y/o alcohol se puede observar una propensión a presentar antecedentes de historias de dificultad en el establecimiento de relaciones y relaciones desordenadas, donde el uso de la droga permite asegurarle, de forma directa o indirecta, la satisfacción de necesidades de compañía, las que se activarían en

momentos de tensión excesiva y amenaza (Weegmann y Cohen 2002).

De acuerdo a Holmes (2011), la droga tiene la capacidad de reducir el dolor fisiológico, proporcionar una sensación de contención, de calma y el despojo de responsabilidad, parecido a aquello que se busca en la activación de la necesidad de apego. En consecuencia, la comprensión de los procesos adictivos desde la Teoría del Apego propone la adicción como una relación que existe entre el usuario de drogas y la droga, asociándola a una experiencia de seguridad y satisfacción de necesidades, como consecuencia de los efectos químicos y simbólicos que esta provee, de la misma forma en que el bebé experimenta el sentido de seguridad y fuente de gratificación placentera, en la proximidad de su figura de apego, lo que se constituye en una base segura en momentos de dificultad (Weegmann y Cohen 2002).

Desde la Teoría del Apego, se incluye la atribución al consumo de

sustancias por parte de la persona, como un aumento en el sentido de eficacia, debido a que el adicto ha internalizado la experiencia del uso de la droga como aquello que le proporciona una base segura (anticipación de efectos que proveen mayor competencia), especialmente en momentos de mayor ansiedad. De esta forma, la droga se convierte en una relación que posee un valor intrínseco (significado simbólico y efectos como la capacidad para regular sensaciones, emociones y la ansiedad), al igual que la relación del bebé y su cuidador, del cual depende para sobrevivir, para su bienestar y para regular la ansiedad (Weegmann y Cohen 2002).

Crittenden (2002) por su parte plantea que el uso y abuso de drogas está relacionado con la senda evolutiva de la persona, suponiendo primero que, en la mayoría de los casos, la existencia de la adicción no deviene de un riesgo de inadaptación al azar, y segundo, que tanto el abuso de drogas como de las personas

(violencia relacional), serían estrategias para resolver problemas, así como las condiciones estresantes de vida (precursores familiares, individuales y eventos vitales) y la presencia de trastornos de personalidad o psiquiátricos de la persona afectada, pareja o cuidadores, son centrales en la adicción. Asimismo, plantea que el consumo se asocia con la búsqueda de sensaciones, al pobre control de impulsos y pocas habilidades para resolver problemas, produciendo efectos secundarios como la modificación de la percepción, reducción del procesamiento cortical de información e interfiere en la capacidad de organizar estratégicamente la conducta y en general, funcionar estratégicamente (Crittenden, 2002).

Por otra parte, Holmes (2011) postula que la adicción a las drogas, entre otras, simbolizarían actividades compensatorias de auto-apaciguamiento, cuando fallan las relaciones interpersonales, nociones

que dan cuenta de la necesidad continua de base segura en la vida del adulto.

Crittenden (2002) plantea que el efecto más complejo del abuso de sustancias radica en que estas logran los efectos deseados, pero no alivian el problema subyacente.

En este sentido, Holmes (2011) explica que el establecimiento de una base no segura de regulación emocional durante las primeras experiencias de cuidado del sujeto, se traduciría en ausencia de funciones reflexivas, impidiendo el procesamiento e integración de las experiencias pasadas y presentes, lo que generaría conductas impulsivas como formas de relacionarse con el mundo, sobre todo ante la adversidad. En consecuencia, conocer el estilo de apego en el adulto se presentaría como algo inseparable de la terapia, por cuanto permitiría desarrollar un vínculo a través de la relación terapéutica que provea de una base segura al paciente, restableciendo la

capacidad de explorar y las capacidades mediadoras del Yo, lo que no solo funcionaría como factor protector ante las vulnerabilidades ambientales, sino que, además permitiría generar una sintonía entre el terapeuta y el paciente (Holmes, 2011).

## **MARCO METODOLÓGICO.**

### **1. Tipo y Diseño de investigación.**

La investigación se abordó desde un enfoque cuantitativo, a través de un diseño no experimental, de corte temporal transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El presente estudio es de tipo exploratorio-descriptivo, buscando describir en la muestra de usuarios de comunidades terapéuticas, sus estilos de apego característicos. Se analizaron en adición, factores de carácter socio- demográficos del grupo de estudio.



## 2. Instrumento.

Para medir los estilos de apego en el adulto, se utilizó el cuestionario de evaluación del apego: Experiences in Close Relationship (ECR) de Brennan, Clark y Shaver (1998). Este instrumento resulta ser el más utilizado en estudios de apego adulto (Brennan, Clark y Shaver, 1998).

El ECR es un cuestionario de auto reporte que contiene 36 reactivos que evalúan dos dimensiones de apego en relaciones íntimas: Ansiedad (acerca de las relaciones) y Evitación (de la intimidad). Cada una de estas dimensiones consta de 18 reactivos de evaluación, considerando una escala de Likert de 7 opciones, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. (Barría, 2013).

A partir de estas dos dimensiones de apego, de acuerdo al modelo bidimensional de Bartholomew y Horowitz (1991), es

posible identificar los siguientes estilos de Apego:

1. Apego seguro: el cual tiene bajos niveles de ansiedad y evitación, alta autoestima, relaciones cercanas y confianza en otros.
2. Estilo de Apego Inseguro-Temeroso: el cual posee niveles altos de ansiedad y evitación. Se observa autoimagen negativa, falta de confianza en los demás y altos niveles de estrés en las relaciones.
3. Estilo de Apego Inseguro Preocupado: se caracteriza por bajo nivel de evitación y un alto nivel de ansiedad. Se observa autoestima dependiente de la opinión y aceptación de los demás.
4. Estilo de Apego Inseguro Rechazante: baja ansiedad y alta evitación. Visión de sí mismo idealizada, negación de sentimientos de estrés y descalificación de las relaciones íntimas. (Bartholomew y Horowitz ,1991).

Los autores no sugieren un puntaje global o general, en este test, solo las escalas dicotomizadas de Ansiedad y Evitación. La forma de asignar un valor subjetivo a estas escalas es utilizar el sistema de percentiles, cuyo punto de corte se establece en 54 para la escala de evitación y 68 puntos para la escala de ansiedad (Barría, 2013).

De acuerdo a Spencer, Guzmán, Fresno y Ramos (2013), los coeficientes de confiabilidad mediante el Alpha de Cronbach, fluctuaron entre 0.82 y 0.84 en la dimensión de ansiedad (acerca de las relaciones) y entre 0.81 y 0.84 en la dimensión de evitación (de la intimidad) los valores se consideran adecuados, aunque sean levemente inferiores a la versión original (Brennan, Clark y Shaver, 1998). De acuerdo a Spencer y otros (2013), para evaluar la validez de criterio del ECR, se examinó la relación entre las escalas de ansiedad

y evitación contra los puntajes de los tres prototipos del CaMir<sup>6</sup>. Los resultados demuestran la validez de criterio para población chilena.

El levantamiento de la información demográfica de la muestra, se realizó a través de una ficha sociodemográfica.

### **3. Procedimiento.**

Se tomó contacto con varios centros de atención de adictos de la Región Metropolitana, tras lo cual y luego de la revisión del cuestionario ECR, la ficha socio-demográfica y el consentimiento informado individual, se logró la autorización de 3 directorios de comunidades terapéuticas. La administración del instrumento en el caso de dos comunidades fue ejecutada por los investigadores y en la tercera se capacitó a personal de la comunidad

---

<sup>6</sup> CaMir: Test de apego en el adulto “Cartes: Modèles Individuels de Relation”, validado en Chile en 2008

para la aplicación de la batería de instrumentos, tras lo cual se procedió al procesamiento y análisis de los datos recogidos.

#### **4. Población**

Los participantes de este estudio, corresponden a 81 usuarios con diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas y/o alcohol, internos en comunidades terapéuticas de la región Metropolitana de Santiago.

De acuerdo con Vergara-Moragues, González-Saiz, Lozano-Rojas, Fernández, Verdejo, Betanzos, Bilbao y Pérez (2013), las Comunidades Terapéuticas son un tipo de tratamiento indicado cuando las intervenciones individuales se han tornado insuficientes en el tratamiento de personas adictas a sustancias. Las principales razones para la derivación se encuentran en la incapacidad de mantención de la abstinencia en el tratamiento ambulatorio y el

reconocimiento de los clínicos de la necesidad de la persona de un tratamiento más intensivo y continuo. Se caracterizan por una admisión voluntaria del usuario.

Se realizó un muestreo por oportunidad entre las siguientes instituciones:

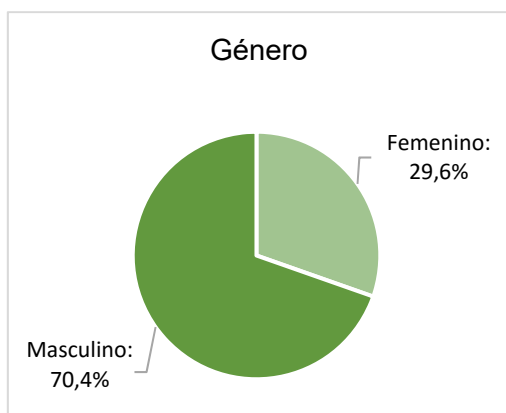
- Comunidad terapéutica Colina.
- Hogar CREA Chile.
- Comunidad terapéutica para mujeres CREM.

#### **RESULTADOS.**

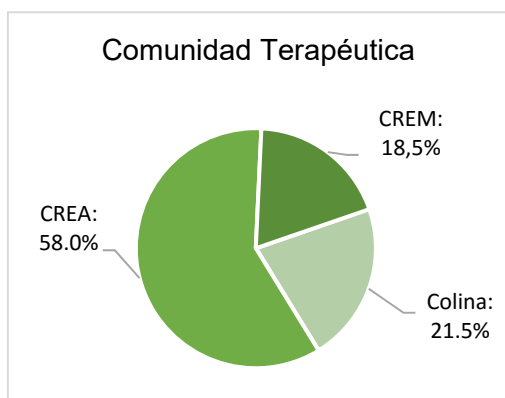
Los datos levantados en este estudio fueron procesados y analizados utilizando el programa SPSS versión 23, con el cual se realizaron los análisis descriptivos.

#### **1. Caracterización socio-demográfica de los Participantes.**

La muestra está compuesta por hombres (n=57) con una edad promedio de 35,88 años (DE=10,85), y mujeres (n=24) con una edad promedio de 38,46 años (DE=9,90).



El 58,0% de la muestra proviene desde Hogares Crea Chile, el 18,5% desde Comunidad Terapéutica para Mujeres CREM, y 21,5% desde la Comunidad Terapéutica Colina.



La muestra está compuesta por un 66,2% de adultos jóvenes (18 a 40 años) y un 33,8% de adultos maduros (sobre 40 años).

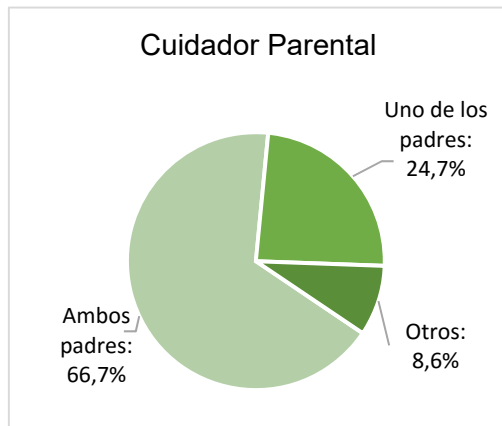
Respecto del nivel de educación de la muestra, un 12,3% tiene enseñanza básica, un 37,1% enseñanza media y un 50,6% enseñanza superior. Dentro de cada uno de estos niveles la muestra se distribuye de acuerdo a lo siguiente:

Tabla 1. *Distribución Nivel Educativa.*

Nivel Educativa	Frecuencia	Porcentaje
Básica	10	12,35%
Media incompleta	13	16,05%
Media completa	17	21,00%
Técnica incompleta	10	12,35%
Técnica completa	10	12,35%
Universitaria completa	13	16,05%
Universitaria completa	8	9,85%

Respecto de quién fue el cuidador durante la primera infancia, el 66,7% fue cuidado por ambos padres, el 24,7% por uno de los padres (22,2% sólo la madre, 2,5% sólo el padre), y el

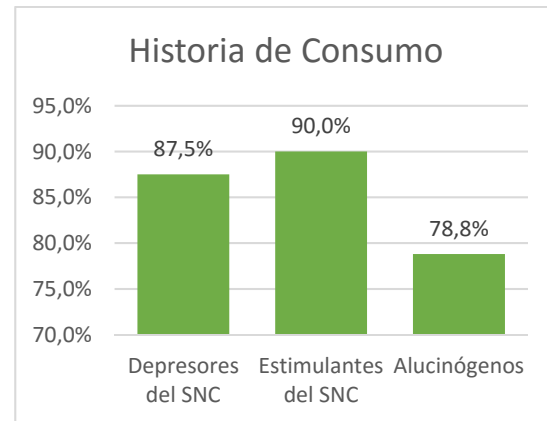
8,6% por otros familiares (tíos, hermanos, abuelos).



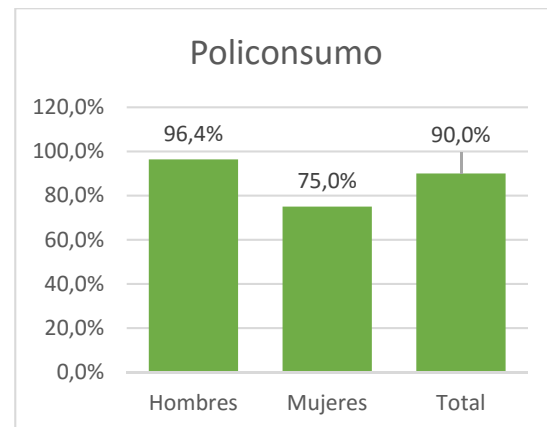
La edad de inicio de consumo en hombres fue en promedio a los 16,14 años (DE=4,82), y en mujeres en promedio a los 23,75 años (DE=11,91), siendo 11 años la menor edad de inicio de consumo en hombres y 12 años en mujeres. El 3,8% inició el consumo durante la niñez, el 73,8% durante la adolescencia y el 22,5% en la vida adulta.

En la historia de consumo el 87,5 % de la muestra ha consumido depresores del sistema nervioso central, el 90,0% ha consumido estimulantes del sistema nervioso

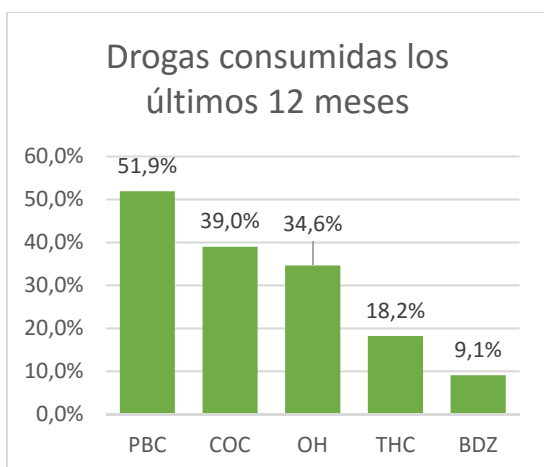
central y un 78,8% ha consumido alucinógenos.



Considerando al policonsumo de sustancias como la utilización de más de un tipo de sustancias, el 90,0% ha sido policonsumidor en su historia de consumo, habiendo sido policonsumidores el 96,4% de los hombres y el 75,0% de las mujeres.



Respecto de las cinco drogas más consumidas en los últimos 12 meses, corresponden en orden decreciente a pasta base de cocaína (PBC), cocaína (COC), alcohol (OH), marihuana (THC) y benzodiazepinas (BDZ). Considerando que una persona puede consumir con frecuencia más de una droga, el consumo de PBC está presente en el 51,9% de la muestra, la COC en el 39,0%, OH en el 34,64%, THC en el 18,2% y BDZ en el 9,1%.



La sustancia más consumida en la muestra es la PBC, con presencia del 54,5% en hombres y 47,8% en mujeres.

Los antecedentes que, motivan el inicio y mantención del consumo, de acuerdo a la percepción de los usuarios de las comunidades terapéuticas en estudio se agruparon en tres categorías, las cuales corresponden a factores intrapersonales, interpersonales y del contexto familiar. En el inicio del consumo estos factores se distribuyen en la muestra total de acuerdo a la Tabla 2, y por género en la Tabla 3.

Tabla 2. Factores de inicio del consumo.

Factores	Presencia (%)
Intrapersonales	46,9%
Interpersonales	76,5%
Del contexto familiar	58,0%

Los factores intrapersonales se refieren a las actitudes y comportamientos problemáticos de la persona; entre ellos, baja autoestima, bajo rendimiento académico, etc. En relación a los factores interpersonales, estos se asocian a interacciones favorables al consumo, búsqueda de sensaciones, baja percepción de riesgo al consumir, entre otros. Asimismo, los factores del contexto

familiar se refieren a pérdidas de algún familiar, conflictos familiares, historia familiar relacionada a conductas de consumo y actitudes favorables frente al consumo (López y Rodríguez, 2010)

Tabla 3. Factores de inicio del consumo. Hombres y mujeres.

Factores	Hombres	Mujeres
Intrapersonales	42,1%	58,3%
Interpersonales	78,9%	70,8%
Del contexto familiar	57,9%	58,3%

Para la mantención del consumo los factores intrapersonales, interpersonales y del contexto familiar se distribuyen en la muestra total, como se muestra en la Tabla 4, y por género en la Tabla 5.

Tabla 4. Factores de mantención del consumo.

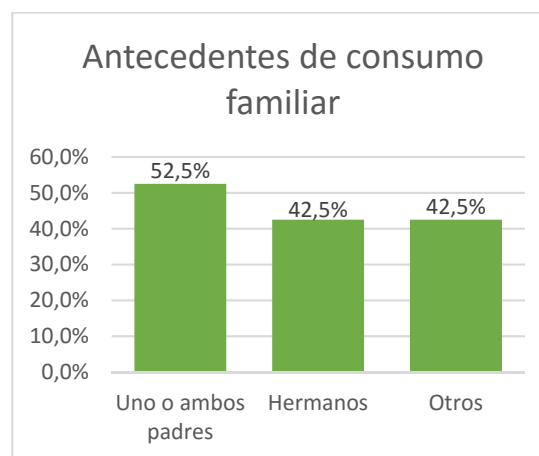
Factores	Presencia (%)
Intrapersonales	61,7%
Interpersonales	58,0%
Del contexto familiar	53,1%

Tabla 5. Factores de mantención del consumo. Hombres y mujeres.

Factores	Hombres	Mujeres
Intrapersonales	61,4%	62,5%

Interpersonales	57,9%	58,3%
Del contexto familiar	49,1%	62,5%

Respecto a los antecedentes familiares de consumo, en el 83,8% de los casos se menciona que existen antecedentes de consumo en sus familias. El 52,5% refiere consumo en uno o ambos padres, el 42,5% en hermanos y el 42,5% entre otros (abuelos, tíos, primos). El 89,3% de los hombres y el 70,8% de las mujeres refieren la existencia de consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol en su familia.



## 2. Análisis descriptivo.

En primer lugar, se analiza descriptivamente la variable apego

adulto (seguro e inseguro) en la muestra total.

Los resultados muestran que existe una mayor frecuencia de apegos inseguros, con un 95,1%, versus al 4,9% de apego seguro. Ver apego en Tabla 6.

Tabla 6. *Estadística descriptiva, apego adulto*

Apego	Frecuencia (%)
Seguro	4 (4,9%)
Inseguro	77 (95,1%)

Luego se analizan los estilos de apego adulto respecto de la muestra total y las variables socio-demográficas, a través del análisis de tablas de contingencia y la prueba Chi-cuadrado.

Las Tabla 7 y 8, presentan la frecuencia de los estilos de apego en el adulto en la muestra total y por género, observándose que no se encuentran apegos seguros en mujeres y que existe mayor porcentaje de mujeres con apego ansioso

(preocupado y temeroso) en comparación a los hombres, y que los hombres muestran mayor frecuencia de apego rechazante que las mujeres.

Tabla 7. *Estadística descriptiva, estilos de apego adulto*

Apego	Frecuencia (%)
Seguro	4 (4,9%)
Preocupado	10 (12,3%)
Rechazante	21 (25,9%)
Temeroso	46 (56,8%)

Tabla 8. *Estadística descriptiva, estilos de apego adulto por género.*

Apego	Hombres	Mujeres
Seguro	4 (7,0%)	0 (0,0%)
Preocupado	5 (8,8%)	5 (20,8%)
Rechazante	17 (29,8%)	4 (16,7%)
Temeroso	31 (54,4%)	15 (62,5%)

Respecto de la zona de residencia, si esta es rural o urbana, las frecuencias de los estilos de apego se muestran en la Tabla 9, observándose que no se encuentran apegos seguros, ni preocupados en los participantes que viven en zonas rurales.



Tabla 9. *Distribución de frecuencias de los estilos de apego en el adulto, por zona de residencia.*

Apego	Zona rural	Zona urbana
Seguro	0 (0,0%)	4 (7,5%)
Preocupado	0 (0,0%)	9 (17,0%)
Rechazante	9 (36,0%)	11 (20,8%)
Temeroso	16 (64,0%)	29 (54,7%)

La Tabla 10 muestra la frecuencia del estilo de apego en el adulto en relación a la droga de elección durante los últimos 12 meses, observándose una presencia mayor del apego temeroso en las tres drogas de mayor consumo en la muestra.

Tabla 10. *Distribución de frecuencias de los estilos de apego en el adulto, por droga de mayor consumo últimos 12 meses. (Frecuencias relativas por columna)*

Apego	PBC	COC	OH
Seguro	0 (0,0%)	2 (6,5%)	1 (3,7%)
Preocupado	7 (17,1%)	1 (3,2%)	4 (14,8%)
Rechazante	11 (26,8%)	9 (29,0%)	6 (22,2%)
Temeroso	23 (56,1%)	19 (61,3%)	16 (59,3%)

Las frecuencias de la variable cuidador parental versus estilo de apego, se muestran en la Tabla 11, al observar los resultados, tanto en internos que tuvieron crianza temprana por ambos padres, como los que fueron criados por sólo uno de ellos, como los que fueron criados por otros (abuelos, tíos, hermanos, etc.), presentan una mayor frecuencia de apego temeroso.

Tabla 11. *Distribución de frecuencias de los estilos de apego en el adulto, por cuidador en la infancia. (Frecuencias relativas por columna)*

Apego	Ambos Padres	Uno de los padres	Otros
Seguro	3 (5,6%)	1 (5,0%)	0 (0,0%)
Preocupado	6 (11,1%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)
Rechazante	13 (24,1%)	6 (30,0%)	2 (25,9%)
Temeroso	32 (59,3%)	9 (45,0%)	16 (71,4%)

La estadística descriptiva de las dimensiones ansiedad y evitación medidas con ECR, se muestran en la

Tabla 12, observándose una diferencia en la escala de ansiedad al realizar la comparación por género, las medias en dicha escala son mayores en el caso de las mujeres (87,92, DE=17,629), que en el caso de los hombres (75,37, DE=19,446).

Tabla 12. *Estadística descriptiva de las dimensiones ansiedad y evitación.*

Género	Ansiedad Media (DE)	Evitación Media (DE)
Hombres	75,37 (19,446)	70,60 (14,739)
Mujeres	87,92 (17,629)	70,46 (13,689)
Muestra	79,09 (19,680)	70,56 (14,350)

Finalmente se evaluaron las escalas ansiedad y evitación respecto de las variables socio-demográficas mediante la prueba t para muestras independientes en el caso de las variables socio-demográficas de respuesta dicotómica, y análisis de varianza (ANOVA) en el caso de variables politómicas, previa prueba de normalidad.

Al revisar la diferencia entre los estilos de apego evaluados en relación a las variables socio-demográficas, se obtiene que existe una asociación estadísticamente significativa de acuerdo a la zona de residencia ( $p=0,048$ ).

En el análisis del resto de las variables socio-demográficas, no se encuentran asociaciones estadísticamente significativas. No se observan según género ( $p=,172$ ). Tampoco se observan estas diferencias en relación al cuidador parental ( $p=,771$ ), ni de acuerdo a la etapa de inicio de consumo ( $p=,713$ ).

Respecto de la droga de elección, tampoco se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en contraste con el estilo de apego ( $p=,273$ ). Ni en la presencia de antecedentes familiares de consumo respecto del estilo de apego ( $p=,722$ ).

Con respecto a la dimensión Ansiedad y las variables socio-demográficas, se hallaron diferencias

estadísticamente significativas respecto de la variable género  $t=2,723$ ,  $gl=79$ ,  $p=,008$ . En el resto de las variables socio-demográficas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

La dimensión evitación, no mostró diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las variables socio-demográficas.

## DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en el presente estudio podemos observar que las personas dependientes a sustancias psicoactivas y/o alcohol evidencian dificultades relacionales, que se manifiestan en la presencia de ansiedad en las relaciones y en la evitación a la intimidad, donde la droga representa una forma de resolución del conflicto interrelacional, lo que el adicto experimenta como un espacio de contención y acogida, vivencia que

se internaliza y se constituye como un patrón relacional.

Debido a lo anterior, consideramos que los estilos de apego pueden constituirse en un factor de protección o de riesgo frente al desarrollo de la adicción a sustancias psicoactivas y/o alcohol, en concordancia con lo señalado por García del Castillo (2015), quien considera al apego como parte de los factores de riesgo en el desarrollo de adicciones en la población

Dada la presencia de apego inseguro en personas dependientes a sustancias psicoactivas y/o alcohol, sugerimos, en coincidencia con diversos autores (McNally, Palfai, Levine y Moore, 2003, Finzi-Dottan y otros, 2009, Holmes, 2011, Crespo, Girón, Martínez y O'Ferral, 2014), que este debiese ser parte de las estrategias de tratamiento al interior de las comunidades terapéuticas, en la línea de la mantención de la estabilidad de la diada terapeuta-paciente, el prestar atención a las

variables inespecíficas de la relación terapéutica, y ofrecer un espacio seguro en la comunidad, donde la persona pueda desarrollar relaciones interpersonales cercanas y confiadas.

En el transcurso de esta investigación se encontraron instrumentos validados como CaMir y ECR, los cuales no están estandarizados, con la dificultad consecuente respecto de la comparación con otros estudios que utilizan estos mismos instrumentos para la evaluación de apego adulto a nivel nacional.

Una limitación de esta investigación fue el tiempo para la realización del mismo, en conjunto con las restricciones puestas por las propias comunidades terapéuticas en cuanto al cuestionamiento de los instrumentos a utilizar durante la investigación en sus internos, debido al resguardo de las dinámicas al interior de los tratamientos, tanto de internación como ambulatorios.

Debido a las limitaciones ya señaladas no se incluyen en este estudio variables como trastornos de personalidad, nivel socioeconómico, comorbilidades con el Eje I, las cuales sugerimos incluir en futuras investigaciones.

## **CONCLUSIÓN**

En coherencia con los objetivos propuestos, este estudio logra identificar y describir el estilo apego adulto en personas con dependencia a sustancias psicoactivas y/o alcohol, en tratamiento en comunidades terapéuticas de la Región Metropolitana.

Se evidencia un alto porcentaje de apego inseguro (95,1%), lo que es consistente con los planteamientos de Bowlby (2012) y Crittenden (2002) en relación a que el apego inseguro no cumple la función protectora frente a condiciones estresantes, lo cual está en la misma línea de las conclusiones del estudio de Lucas y Montañés

(2005), quienes afirman que las dependencias a sustancias psicoactivas se asocian consistentemente con el apego inseguro y del estudio de Thorberg y Lyvers (2006), quienes encontraron altos niveles de apego inseguro y de temor a la intimidad, en pacientes en tratamiento por adicciones (heroína, anfetaminas, cocaína y cannabis). Del mismo modo Schindler, Thomasius, Petersen y Sack (2009), encontraron principalmente apego inseguro en consumidores con abuso de sustancias (heroína, éxtasis y cannabis).

De acuerdo con los resultados expuestos se describen los estilos de apego adulto de esta muestra, donde el apego temeroso es el predominante con un 56,96% de los casos, seguido por el apego rechazante con un 25,32%, es decir, existe una mayor frecuencia de apego adulto asociado a la dimensión evitación (rechazantes y temerosos), lo cual coincide con investigaciones que dan cuenta de la existencia de apegos

predominantemente evitativos en esta población (de Lucas y Montañés, 2005, Crespo y otros, 2014). Asimismo, Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir y Weizmann (2009), encontraron que el apego inseguro del tipo evitativo es predominante en una muestra de adictos con policonsumo.

Dentro de los estilos de apego adulto encontrados, el 12,66% corresponde al apego preocupado. Al respecto, Crespo, y otros (2014) hallaron mayor presencia de apego temeroso en pacientes alcohólicos, por sobre los otros estilos.

Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir y Weizmann (2009), encontraron apego seguro en un 26,8%, a diferencia de la baja frecuencia de este apego en nuestro estudio, con un 4,9%, en la misma línea de Thorberg y Lyvers (2006), quienes describen bajos niveles de apego seguro en pacientes en tratamiento por adicciones (heroína, anfetaminas, cocaína y cannabis)

En relación a los antecedentes familiares de halló una alta frecuencia de padres consumidores. Al respecto Vungkhanching, Sher, Jackson y Parra (2003), estudiaron la asociación entre la historia familiar de alcoholismo, estilos de apego y trastornos por uso de alcohol, cuyos resultados indicaron que la presencia de alcoholismo paterno está relacionada con el apego inseguro, caracterizado por apego temeroso y evitativo. En la misma línea, López y Rodríguez-Arias (2010) afirman que uno de los factores más relacionados con el consumo de sustancias adictivas son las actitudes familiares favorables al consumo. Ospina, Patiño y Botero (2015) muestran una relación de influencia entre el consumo de alcohol y sustancias ilícitas en adolescentes, y el consumo en el entorno familiar, debido a que estos proyectan actitudes de aprobación o reprobación en relación al consumo de sustancias.

Respecto a los antecedentes sociodemográficos, no se hallaron

diferencias significativas entre estilos de apego y género, lo cual es coincidente con los resultados encontrados en la investigación de Crespo y otros (2014). En relación a la zona de residencia Aguilar y Andia (2009), encontraron un 100% de apego seguro en una muestra de bebés que recibieron cuidados de sus madres en zona rural, por lo cual esperábamos encontrar en nuestra muestra, una mayor presencia de apego seguro en esta zona. Sin embargo, fueron hallados estilos de apego rechazantes y temerosos.

## REFERENCIAS

Aguilar, P., Andia, R. (2009). Relación entre los tipos de apego según Escala Massie-Campbell y el perfil socio-demográfico de las madres pertenecientes al centro de salud familiar rural niebla. (Tesis de grado).

- Universidad Austral de Chile.  
 Valdivia. Chile.
- Ainsworth, M. (1964). Patterns of attachment behavior shown by infants in interaction with his mother. *Merrill-palmer Quarterly of Behavior and Development*, 10(1), 51–58.
- Ainsworth, M., Bell, S. (1970). Attachment, exploration, and separation illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.
- American Psychiatric Association, APA (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.
- Barría, J. (2013). Aproximación a un modelo teórico de tipologías de hombres maltratadores. (Tesis Doctoral). Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Barroso, O. (2011). El Apego Adulto: La Relación de los Estilos de Apego Desarrollados en la Infancia en la Elección y Las Dinámicas de Pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Consultado el 5 de abril en [http://www.psicociencias.com/pdf\\_noticias/Apego\\_Adulto.pdf](http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Apego_Adulto.pdf)
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a 4 category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Becoña, E., Fernández del Río, E., Calafat, A., y Fernández-Hermida, J. (2014). Apego y consumo de sustancias en la adolescencia: Una revisión de aspectos conceptuales y metodológicos. Recuperado el 5 de marzo de 2016 en <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/137>
- Bowlby, J. (2012). El apego y la pérdida. Buenos Aires: Paidós.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., y Shaver, P. R. (1998). Self-report

- measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Carvajal, C., Florenzano, R. y Weil, K. (2012). *Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Crittenden, P. (2002). *Nuevas Implicaciones Clínicas de la Teoría del Apego*. Valencia: Promolibro.
- Crespo, M., Girón, S., Martínez, J., O'Ferral, C. (2014). *Apego adulto y comorbilidad psiquiátrica en pacientes alcohólicos. A propósito de un estudio exploratorio*. Consultado en [https://www.researchgate.net/profile/Sebastian\\_Giron2/publication/280493761\\_Apego\\_adulto\\_y\\_comorbilidad\\_psiquitrica\\_en\\_pacientes\\_alcoholicos/links/5b6811f08aec0e5f437f2e3.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Sebastian_Giron2/publication/280493761_Apego_adulto_y_comorbilidad_psiquitrica_en_pacientes_alcoholicos/links/5b6811f08aec0e5f437f2e3.pdf) el 27 de diciembre de 2016.
- de Lucas, M., Montañés, F. (2005). *Estilos y Representaciones de Apego en Consumidores de Drogas*. *Revista Adicciones*. Consultado el 18 de marzo del 2016 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122815008>
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O, Iwaniec, D., Sapir, Y., Weizmann, A. (2009). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance Use & Misuse*, 38(2), 271-292.
- Fraley, C., Shaver, P. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, 4(2), 132-154.
- García del Castillo, J. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and addictions*. 15(1), 5-14.



- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B. Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de autoevaluación de apego en el adulto CAMIR. *Revista latinoamericana de Psicología*, 41, 81-88.
- Guzmán, M. y Contreras, P. (2012) Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psyche*, 21(1), 69-82.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México D. F.: McGraw Hill
- Holmes, J. (2011). Teoría del Apego y Psicoterapia. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- López, S., Rodríguez-Arias, J. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según la edad y el sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., Lopez-Goñi, J., Landa, N. (2009). Adicción a la cocaína y trastornos de personalidad. *Adicciones*, 21(1), 57-64.
- McNally, A., Palfai, T., Levine, R., Moore, B. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. The mediational role of coping motives. *Addictive Behavior*, 28, 1115-1127.
- Main, M. y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti y M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Moneta, M. (2009). El apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada Madre-Hijo. P58. Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

- ONUDC, (2015). Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Consultado el 1 de abril en <https://www.unodc.org/mexicoandcentral>
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Ospina, A., Patiño, G., Botero, D. (2015). Relaciones entre el consumo de sustancias psicoactivas y los lazos parentales percibidos por los adolescentes. (Tesis de grado). Universidad de Antioquía. Colombia.
- Rubinstein, C., Shaver, P. R. (1982) In Search of intimacy. New York: Delacorte.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., Sack, P. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development*, 11(3), 307-330.
- SENDA. (2015). Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General. Consultado el 18 de marzo de 2016 en [www.senda.gob.cl](http://www.senda.gob.cl)
- Shaver, P., y Hazan, C. (1987). Being Lonely, Falling in Love: Perspectives from attachment theory. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 105–124.
- Spencer, R., Guzman, M., Fresno, A. y Ramos, N. (2013). Validación chilena del cuestionario de evaluación del apego romántico Experiences in Close Relationships (ECR): Análisis de la validez de criterio. *Terapia Psicológica*, 31(3), 313-324.
- Thorberg, F., Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities.

- Addictive Behaviors*, 31, 732-737.
- Vergara-Moragues, E., González-Saiz, F., Lozano-Rojas, O., Fernández, F., Verdejo, A., Betanzos, P., Bilbao, I., y Pérez, N. (2013). Relación entre la comorbilidad psicopatológica y las variables de resultados en dependientes de cocaína tratados en comunidad terapéutica. *Revista Adicciones*, 25(2), 128-136.
- Vungkhanching, M., Sher, K., Jackson, K., Parra, G. (2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and Alcohol Dependences*, 75, 47-53.
- Weegmann, M., Cohen, R. (2002). *The Psychodynamics of addiction*. Londres: Whurr Publishers.
- Weis, R.S. (1973). *Loneliness: The Experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.