

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

ADICCIONES Y VÍNCULOS  
AFECTIVOS. UN ANÁLISIS  
BIOGRÁFICO DE PERSONAS  
CON DROGODEPENDENCIAS

---

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Juan Castilla Puerta**

**AUTOR: Juan Castilla Puerta**

**TUTORA: María Yolanda Alonso Fernández**

## ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	4
<i>Apego infantil</i> .....	4
<i>Del apego infantil al apego adulto</i> .....	7
<i>MOI</i> .....	9
<i>Apego Adulto</i> .....	10
<i>Apego y Drogas</i> .....	13
<i>Planteamiento del estudio</i> .....	17
MÉTODO.....	17
<i>Participantes</i> .....	18
<i>Procedimiento</i> .....	19
<i>Instrumentos</i> .....	21
<i>Análisis de Datos</i> .....	22
RESULTADOS.....	24
<i>Escala de preferencias y expectativas en las relaciones interpersonales cercanas (EPERIC)</i> .....	25
<i>Cuestionario de Relación (CR)</i> .....	26
<i>Comparación de las escalas</i> .....	26
<i>Análisis cualitativo – Entrevista Semiestructurada</i> .....	27
DISCUSIÓN.....	42
REFERENCIAS.....	54
ANEXOS.....	60

## **RESUMEN**

La teoría del apego de John Bowlby trata de explicar cómo afectan las interacciones entre los cuidadores de una especie y sus crías. En el caso de los humanos, los patrones de crianza y las experiencias relacionales en la infancia definirán el estilo de apego de los niños y niñas, clasificándose en seguros o inseguros. En función de estos patrones, los niños adquirirán una serie de modelos mentales que definirán la manera en la que perciben sus relaciones y cómo reaccionan ante situaciones sociales e interpersonales a nivel emocional. En personas drogodependientes, se considera que estos sistemas de apego resultan disfuncionales y dificultan el establecimiento y mantenimiento de estas relaciones, tanto con sus figuras de apego principales como con otras personas. En el presente estudio, se analiza una muestra de diez toxicómanos del centro de Cruz Roja Almería con el fin de conocer sus estilos de apego y las situaciones que dan lugar a los periodos clave del consumo de sustancias (inicio, abstinencia y recaídas), utilizando un método cualitativo de análisis exploratorio. Los resultados muestran una prevalencia de estilo de apego inseguro y una importante influencia de las experiencias infantiles adversas en las conductas adictivas de consumo abusivo de sustancias. Del mismo modo, se refleja la importancia de los vínculos y conexiones emocionales con otras figuras de apego en los momentos críticos del consumo. Se recomiendan realizar terapias de tipo familiar en el abordaje de las conductas adictivas.

**PALABRAS CLAVE:** Apego, Experiencias infantiles adversas, Consumo de sustancias, Modelos operantes internos, Vínculos afectivos.

## **ABSTRACT**

John Bowlby's Attachment theory tries to explain how the interactions between caregivers of a species and its descents. In the case of humans, parenting styles and experiences with relationships in childhood will define the attachment style of children, being classified between secure and insecure. Depending on these parenting styles, children will acquire a series of mental models which defines the way they perceive their relationships and how they react to interpersonal and social situations at an emotional level. In drug addicts, it is considered that these attachment systems are dysfunctional and hinder the establishment and balance of these relationships, whether if it is with its main attachment figures or with other people. In the present study, a sample of ten drug addicts from the Cruz Roja Almería center was analyzed, so as to find out its attachment styles and the situations that lead to the key periods of substance abuse (first use, abstinence and relapse), using a qualitative exploratory method of analysis. Results show a prevalence of insecure attachment styles and an important influence of adverse childhood experiences in substance abuse behaviors. The importance of emotional ties with attachment figures in key periods of substance abuse is also shown. Recommendations to perform family therapies with these kind of problems are offered.

**KEY WORDS:** Attachment, Adverse childhood experiences, Substance abuse, Internal Working Models, Emotional ties.

## INTRODUCCIÓN TEÓRICA

### *Apego infantil*

La teoría del apego hace referencia a la tendencia del ser humano a crear fuertes vínculos afectivos hacia otros individuos (Bowlby, 1977). Bowlby sugiere que este sistema de apego surge en la naturaleza, pudiéndose apreciar en todas las especies animales que cuidan de la prole; mediante el proceso del desarrollo natural aparece la necesidad de los padres de proteger a sus crías de otros depredadores en el medio. El apego se define como un sistema motivacional, comportamental e interactivo que provee seguridad para los niños<sup>1</sup> en sus experiencias tempranas. Este sistema regula la distancia y la cercanía entre los padres (o principales figuras de apego) y sus hijos (Schindler y Bröning, 2015).

Los bebés nacen con un sistema de apego para responder a la necesidad universal y primaria de los seres humanos de formar vínculos afectivos intensos, estables y duraderos (Barroso Braojos, 2014). El establecimiento de este vínculo resulta adaptativo en cuanto a necesidades básicas tales como la alimentación. Pero el contar con la proximidad de otro ser humano que se percibe como figura de protección en momentos en los que se experimenta peligro o miedo cumple una función de mayor prioridad. Dependiendo de cómo se cubran esas necesidades y se responda a sus demandas por parte del cuidador principal, el bebé irá desarrollando un estilo de apego u otro. En palabras de Bowlby (1982) la forma en la que las figuras de apego satisfacen o no las necesidades y demandas del bebé (seguridad, afecto, atención y cuidados), así como la forma en la que se relacionan con él y reaccionan ante sus necesidades, conducen al desarrollo de estilos de apego que cuentan con una alta perdurabilidad a lo largo de la vida. La calidad de las

---

<sup>1</sup> Se utilizará el término “niños” a lo largo de todo el texto para referirse indistintamente a niños y niñas. En general, se ha optado por utilizar el masculino como genérico para evitar la reiteración de las fórmulas que incluyen ambos sexos (“niños y niñas”, “padres y madres”, etc.).

relaciones tempranas en el desarrollo del niño depende del grado en el que este considera a la figura principal de apego como una fuente de seguridad (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978).

Las investigaciones de Ainsworth (1979) sobre el apego infantil, conocidos como “la situación extraña”, dieron lugar a una clasificación de tres estilos de apego, acordes a los diferentes tipos de conducta que manifestaron los bebés en esos experimentos:

- **Apego Seguro.** Las figuras de apego son capaces de reconocer las demandas del bebé y responder a ellas de forma adecuada y sincera. Los niños se sentirán cómodos explorando ambientes desconocidos siempre y cuando haya cierta proximidad a la figura principal de apego. Así mismo, mostrarán malestar ante la separación de esa figura, pero encontrando consuelo y bienestar al reencontrarse con ella. La experiencia temprana de tener unos padres o cuidadores de carácter sensible y que proveen de apoyo en situaciones en las que hay búsqueda del cuidador o malestar, llevará a una mayor búsqueda de apoyo en la adultez (Caspers, Yucuis, Troutman y Spinks, 2006).
- **Apego inseguro – evitativo.** Las figuras de apego manifiestan rechazo ante las demandas y necesidades del bebé, las cuales cubren en un mínimo necesario considerado por ellas. En cuanto a las expresiones emocionales propias del bebé, las figuras de apego muestran desatención hacia ellas. Las consideran un tanto exageradas y les resultan desagradables. Por tanto, la atención no se facilita y la necesidad no queda cubierta. Los niños con este estilo de apego aprenden poco a poco a no expresar las emociones que sienten con respecto a sus figuras de apego. Las tienen como referencia, pero no muestran malestar cuando se distancian de ellas, porque han aprendido a prescindir de la intimidad.

- **Apego inseguro – ambivalente.** Los comportamientos de la figura de apego son inconsistentes. A veces responderán de forma sensible a las demandas afectivas del bebé, a veces mostrarán rechazo. El bebé no sabrá cómo reaccionar ante estos cambios. Cuando esto ocurre, el niño presentará hipervigilancia hacia su entorno, unido a una frecuente insatisfacción con el apoyo recibido por parte del mismo (Caspers et al., 2006). Los niños se convertirán en adultos que experimentarán dificultades en sus relaciones interpersonales. Sentirán a veces rechazo hacia personas que consideran queridas y experimentarán un abandono desproporcionado ante conductas de separación normales.

Las investigaciones de Ainsworth fueron continuadas por Mary Main y Judith Solomon. Tras revisar los vídeos grabados de la *situación extraña* (Ainsworth, 1979), encontraron que había algunos niños que no encajaban dentro de las tres categorías propuestas. Estos niños se categorizaron como *inclasificables*. Más adelante, Main y Solomon (1986) definieron este estilo de apego como **Apego desorganizado**. Los niños con apego desorganizado interactúan con la figura de apego de forma contradictoria, con aprensión y mostrando rechazo en su conducta. Los padres de estos niños suelen tener conductas violentas, entre sí o hacia ellos. Muestran poco afecto por sus hijos y son muy insensibles a sus necesidades. Esto crea en el niño una inseguridad no solo con quienes deberían ser sus figuras principales de apego, sino ante cualquier individuo. Viven experiencias traumáticas y reacciones impredecibles. No tienen sensación de control ante ellas y experimentan un miedo constante. Cuando esta situación se mantiene, un adulto que ha vivido en base a estas experiencias y conductas de sus figuras principales de apego, se mostrará rechazante y hostil hacia las relaciones interpersonales, al mismo tiempo que se considera a sí mismo inválido e indigno para estas.

Como podemos ver, los estilos de apego traen consigo una serie de reacciones y expresiones emocionales, que variarán en función de los estilos de crianza de las figuras de apego, funcionando así como reguladoras de las emociones. Thompson (1994) conceptualiza la regulación emocional como “el proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta” (p 27-28). Siguiendo esta línea, el apego mantiene una relación bidireccional con la emoción (Sroufe y Galindo, 2000). Los niños con apego seguro expresan sus emociones de manera directa. Sienten más curiosidad por las emociones de los demás, permitiéndose el placer de explorar el mundo emocional que les rodea. Tendrán menos problemas para controlar sus impulsos, adecuando su expresión al contexto. Por el contrario, los niños con apegos inseguros suelen tener dificultades para regular sus emociones; reaccionan de forma exagerada, impasible o contradictoria ante las conductas de la figura de apego, independientemente de cuáles sean estas.

### ***Del apego infantil al apego adulto***

Main (1999) traslada el foco de atención de las relaciones interpersonales hacia las representaciones mentales internas de la persona. Afirma que estas mentalizaciones son las encargadas de suscitar las conductas con las que las personas establecen sus relaciones interpersonales.

Benjamin (1999) define estas mentalizaciones como “intersubjetividad”. Esta intersubjetividad (en la cual influye los procesos de mentalización intrínseca) y el apego actuarían como sistemas motivacionales complementarios entre sí (Wallin, 2012). El apego regula nuestra necesidad de seguridad y proximidad para permitir la exploración y la intersubjetividad regula nuestra necesidad de conocernos y ser conocidos por otros.



Durante el desarrollo, un niño aprende a percibir a los demás como un sujeto por separado que existe fuera del campo de operaciones de su mente. Además, aprende a reaccionar ante las conductas de los demás mediante procesos de proyección e identificación. Cuando el niño demanda una necesidad, las figuras de apego le responden cubriendo esa necesidad, es decir, tienen en mente cuál es la necesidad a satisfacer; así, devuelven reflejado el estado mental del niño en ese momento, lo que se denomina “*mirroring*” (Fonagy, 1999). Esta combinación de las sensaciones de uno mismo y la reacción del cuidador dan la posibilidad al niño de comprenderse a sí mismo, comprender las muestras afectivas en los demás y saber reaccionar ante ellas (Pinedo Palacios y Santelices Álvarez, 2006). Un cuidador que tiene una buena disposición hacia el reconocimiento adecuado de las necesidades del niño, favorecerá que surjan en él sentimientos y creencias que le permitirán más adelante manejar con éxito sus propias emociones dentro de las relaciones interpersonales y afectivas. Gracias a esto, los niños serán capaces de averiguar con facilidad el significado de sus propias experiencias emocionales. Del mismo modo, tendrán más facilidad para responder de forma coherente a las demandas de afecto de sus principales figuras de apego, puesto que el proceso de mentalización derivado de la interacción cuidador-niño se ha desarrollado de forma adecuada (Fonagy, 1999). Es crucial que el niño desarrolle la capacidad de este reconocimiento mutuo, el cual no es un aprendizaje único sino que tiene su comienzo en la infancia y sigue desarrollándose a lo largo de la vida (Wallin, 2012).

El desarrollo de estos procesos mentales, habilitan al niño para comprender algunas de las motivaciones y planes de sus figuras principales de apego. Esta etapa suele darse entre los 3 y los 5 años de edad. La mejora que se produce en el lenguaje permite al niño comunicarse con los padres, de tal forma que las motivaciones, los gustos y planes de las figuras de apego se aproximen más a los suyos propios, expresándoles sus deseos y

sentimientos. La confianza y el entendimiento mutuo en esta etapa son muy importantes para la construcción de las representaciones mentales del niño, sobre todo de la relación con las figuras del padre y la madre, permitiéndole así tolerar mejor la separación de ambas figuras por más tiempo. Otra etapa de gran relevancia tiene su momento en la adolescencia. Los cambios que acontecen en esta etapa llevan a la persona a iniciar una búsqueda de relación más íntima, con alguien cercano a su edad y a su entorno próximo (Ainsworth, 1989).

Estos sistemas representacionales que el niño construye sobre sí mismo, los otros y la forma de acercarse a ellos fueron denominados por Bowlby (1982) *Modelos Operantes Internos*.

### ***MOI***

La teoría del apego sostiene que las experiencias con los cuidadores durante la infancia se transforman en “Modelos Operantes Internos” es decir, en la representación de uno mismo y de uno mismo interactuando con una figura de apego (Bowlby, 1982). Estas representaciones sobre la propia persona y los demás afectarán en el futuro al comportamiento y a las relaciones (Caspers y et al., 2006).

Bowlby (1982) considera que el apego se manifiesta mediante el comportamiento; en el caso de un niño, mediante conductas de proximidad y acercamiento, que serán hacia el cuidador principal o hacia uno u otros pocos cuidadores secundarios. Ainsworth (1989) señala además que este sistema comportamental incluye no solo estas manifestaciones externas, sino una organización interna sujeta a cambios en el desarrollo. A medida que esta organización interna cambia, también lo hace el número de manifestaciones conductuales y situaciones en las que se provocan. Durante el primer año de vida, el niño comienza a construir sus expectativas de lo que podría suceder mediante las conductas de

aproximación o acercamiento, pero de manera muy primitiva. Al llegar cierta etapa del desarrollo, aún no determinada con precisión, el niño comienza a organizar esas expectativas internamente. Estos modelos internos están en estrecha relación con las respuestas afectivas y conductuales con las que los adultos responden a las demandas de los niños (Pinedo Palacios y Santelices Álvarez, 2006), y forma parte del mismo proceso en el que se construye ese vínculo de apego con las figuras cuidadoras (Barroso Braojos, 2014). Los modelos operantes están presentes a lo largo de toda la vida del individuo y ejercen influencia sobre cómo éste se relaciona con los demás (Fletcher, Nutton y Brend, 2014).

### ***Apego Adulto***

Como ya se ha comentado, las estructuras y procesos que intervienen en la formación y mantenimiento del apego se prolongan hasta la adultez y abarcan todo el ciclo vital de un individuo. A pesar de que, en la edad adulta, el individuo posiblemente haya trasladado parcialmente a su figura principal de apego, normalmente una pareja sentimental, eso no quiere decir que el apego hacia los padres haya desaparecido (Ainsworth, 1989). Es más, la manera de percibir y establecer las relaciones interpersonales en la edad adulta viene muy marcada por el estilo de crianza de las principales figuras de apego en la infancia (Pinedo Palacios y Santelices Álvarez, 2006).

Al igual que en los niños, los adultos también requieren de proximidad física y emocional con quienes consideran figuras de apego, y que representan una *base segura* en la que sentirnos seguros y confiados. Pero esta base segura también es una zona interna (Holmes, 2009). Se recurre a esta base segura mediante la activación de conductas, emociones o pensamientos que reconfortan al individuo en momentos de estrés o ansiedad. Entre ellos, se incluyen los recursos para tranquilizarse, aquellos que generen sensaciones similares a

los obtenidos con la tranquilidad y confianza que aporta una figura de apego (por ejemplo, tomar un baño, relajarse en la playa, escuchar música, etc.). Holmes también incluye conductas de consumo de sustancias como tomar alcohol dentro de estas conductas activadoras de la base segura.

Si nos centramos en el ámbito clínico, se puede observar que muchas personas despliegan una serie de conductas desadaptativas y disfuncionales que repiten una y otra vez sin éxito alguno (Barroso Braojos, 2014). Una posible explicación de esto desde el punto de vista del vínculo de apego es que en los periodos en los que se construyen los modelos operantes internos, un periodo crítico para el desarrollo y, especialmente cuando los niños se crían en ambientes insanos, es el ajuste que realizan en sus representaciones mentales de la afectividad lo que les permite adaptarse a ese entorno. Puede parecer un modelo desajustado, pero es lo que le ha aportado al niño la seguridad y la adaptación a la hora de relacionarse y de reaccionar ante las situaciones que han experimentado en la infancia en el plano afectivo (Wallin, 2012).

Las diferentes variantes del apego inseguro vendrían a ser compensaciones derivadas de la experiencia afectiva en estos entornos. En base a los estudios realizados desde los años 80 sobre el apego adulto (Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991), los estilos de apego adulto se han clasificado según un esquema similar a los estilos de apego infantil. El equivalente al apego inseguro-evitativo recibe en adultos la denominación de estilo **rechazante** o alejado (*dismissing*). Los adultos con este estilo de apego tienden a permanecer lo suficientemente cerca de la figura de apego como para tenerla de referencia segura, pero lo bastante lejos como para evitar sentir el acercamiento de los demás que les incomoda. El resultado es que la intimidad en las relaciones de pareja, familiares o de amistad se puede ver bastante afectada.

En cuanto al apego inseguro-ambivalente, se denomina **apego preocupado** en la adultez. Los adultos “preocupados” tienden a aferrarse a la figura de apego de forma incansable; así se aseguran su disponibilidad en caso de necesidad. Desde el punto de vista del apego, los cuidadores han sido incoherentes en los cuidados, por eso la persona no sabe si la próxima vez que lo requiera, va a obtener o no esos cuidados. En estos adultos, la base segura interna se sacrifica parcialmente, dependiendo su sensación de seguridad básicamente de la proximidad de la figura de apego. Ven por tanto comprometida su autonomía, dejando su seguridad en manos de otras personas (Holmes, 2009).

El estilo de apego desorganizado en niños correspondería aproximadamente a lo que Bartholomew y Horowitz (1991) llaman **apego temeroso**. La Entrevista de Apego Adulto (George, Kaplan y Main, 1985), en la que se evalúa el estado emocional y afectivo del participante con respecto a cuestiones del apego, aporta información de este estilo. Retrocediendo a la infancia, cuando la figura principal de apego del niño se comporta de forma asustadiza (expresando conductas de miedo y emociones negativas ante las demandas de afecto del niño), éste incluirá en su representación interna parte de ese miedo, odio o ira y se verá a sí mismo como atemorizante. El niño mostrará comportamientos desorganizados, de carácter controlador con el cuidador, como un intento primario de eliminar esas sensaciones que percibe de sí mismo. Avanzando de nuevo hacia la edad adulta, se mantendrán estos comportamientos manipuladores, como una forma de encontrar coherencia con su entorno (Fonagy, 2000). Estas conductas de control pueden ser apreciadas por otras personas como obsesivas. Un apego temeroso también se puede traducir en conductas coercitivas o agresivas con la finalidad tanto de proporcionar cuidados como de pedirlos a aquellas personas consideradas figuras de apego (Holmes, 2009).

Los cuatro estilos de apego descritos se pueden apreciar muy bien en las relaciones adultas, sobre todo si atendemos al concepto de *base segura*. En una pareja, por ejemplo, cada miembro actúa como base segura para el otro y cada uno tiene su propia representación interna de sí mismo, de ambos como pareja y del otro (Holmes, 2009).

### ***Apego y Drogas***

Según Kohut (1977), el abuso de sustancias es una conducta compensatoria, resultante de un inadecuado desarrollo de la estructura psíquica. De manera más específica, los déficits en la parte de la estructura que necesita de estimulación externa (como la atención y el afecto proporcionado por otras personas) se derivan frecuentemente de fallos relacionados con el no cumplimiento de las necesidades de apego esperadas para la edad de desarrollo de la persona. Kohut afirma que todas las adicciones comparten el hecho de ser intentos fallidos para la regulación del afecto, relacionados con representaciones mentales inadecuadas. En otras palabras, podríamos decir que la fuerte conexión que las personas mantienen con la sustancia o sustancias objeto de su adicción, son sustitutos de conexiones inexistentes o insuficientes con las personas que podrían ser figuras de apego principales. Shaver y Mikulincer, (2012) sugieren que los pacientes adictos a sustancias estupefacientes podría usar las sustancias en un intento de afrontar la severa falta de vínculos afectivos y de cuidado, para reducir la inestabilidad emocional y para regular las relaciones interpersonales.

Las interacciones paterno-filiales caracterizadas por la ausencia de afecto y cercanía y por la falta de involucración de la madre y/o el padre en las actividades diarias del hijo, parecen tener una relación con el inicio al consumo de sustancias por parte del hijo (Braucht, Kirby y Berry, 1978). Del mismo modo, aquellas personas con quienes se percibe tener un fuerte vínculo juegan un papel importante en el desarrollo de trastornos

del comportamiento por consumo de sustancias (Zeid, Carter y Lindberg, 2018). Los vínculos afectivos que se forman con padres negligentes suelen ser explicativos de un patrón psicopatológico caracterizado por ansiedad, hostilidad, depresión, ideas paranoides y consumo abusivo de sustancias (Musetti, Terrone, Corsano, Magnani y Salvatore, 2016). Según Schindler y Bröning (2015), desde la perspectiva del apego, en cuanto al consumo de sustancias, tres procesos mentales están afectados directamente:

- Primero, la exploración del entorno se reduce, se distorsiona o se toman riesgos que no se tomarían en estado de sobriedad.
- Segundo, la mentalización, la exploración del mundo interno de uno mismo o de otros se reduce. Esto puede ser incluso un motivo para mantener el consumo de sustancias: la no mentalización y no percepción de experiencias pasadas dolorosas.
- Tercero, las experiencias acordes a la edad cronológica de la persona en cuanto a las relaciones se inhiben o se previenen con frecuencia, es decir, a lo largo de las distintas etapas de la vida, las relaciones interpersonales serán limitadas debido a los modelos operantes internos establecidos.

Varios estudios han tratado de analizar la relación existente entre el apego y las conductas de consumo abusivo de sustancias. En cuanto al estilo de apego seguro, correlaciona escasamente con el consumo abusivo de sustancias y los problemas derivados del mismo (Reis, Curtis y Reid, 2011; Delvecchio et al. 2016). Rodríguez-Pellejero y Núñez (2018) analizaron la influencia de los estilos de apego de personas sin hogar y el consumo de sustancias en la existencia de disfunciones cognitivas. Los resultados muestran que el apego seguro correlaciona negativamente con un historial de abuso de sustancias, así como con déficits a nivel cognitivo en esta población.

La prevalencia de apego inseguro en pacientes con algún problema de consumo de sustancias es muy elevada. De Ricke, Vanheule y Verhaeghe (2009) hallaron en su estudio que un 53% de pacientes alcohólicos reflejaban un estilo de apego inseguro y unas profundas limitaciones interpersonales en su vida diaria (dificultades para relacionarse con otras personas e incapacidad de comprender y saber reaccionar a los estados emocionales de otras personas), un 34.5% mostraba un estilo de apego inseguro pero mantenían cierta estabilidad vital y solamente un 13.5% reflejaban un estilo de apego seguro. Caspers et al. (2006) hallaron que aquellas personas que presentaban apego preocupado, mostraban una elevada frecuencia de consumo de sustancias y una baja propensión a la búsqueda de tratamiento. Reis et al. (2011) también hallaron una correlación positiva entre apego temeroso y consumo abusivo de alcohol y problemas derivados del mismo. Shaver y Mikulincer, (2012) encuentran una mayor prevalencia de adictos al consumo de sustancias con apego rechazante. Rosenstein y Horowitz (1996) estudiaron un grupo de adolescentes con un diagnóstico primario de patología además del abuso de sustancias. Encontraron que aquellos con trastornos del comportamiento tenían mayoritariamente un estilo de apego inseguro rechazante, mientras que aquellos con trastornos afectivos se dividían tanto en rechazantes como preocupados. Por último, hallaron que aquellos que compartían tanto un trastorno de conducta como un trastorno afectivo, se encuadraban más dentro del estilo de apego temeroso.

Tras alcanzar una situación de abstinencia del consumo de sustancias, muchas personas consumidoras recaen de nuevo en la adicción. En el conocido experimento del “parque de las ratas” (Alexander, Combs y Hadaway, 2010) se pueden ver ejemplos que se asemejarían a una situación de adicción en el consumo de humanos y el fenómeno de las recaídas. Cuando las ratas eran aisladas, su nivel de consumo del agua alterada con droga era muy elevado. Cuando, una vez “adictas” se se las devolvía a su entorno habitual y



gratificante (donde podían relacionarse y jugar con otras ratas y tenían elementos dispuestos para su entretenimiento), dejaban de consumir el agua alterada, prefiriendo el agua sin droga. Si a estas mismas ratas se las volvía a aislar, el consumo del agua alterada volvía a incrementarse, dando la sensación de lo que en humanos llamaríamos una “recaída” en el consumo. Este experimento vino a contradecir la idea de que el principal responsable de la adicción es el poder adictivo de la sustancia, y a demostrar que lo importante es el aspecto que tiene la vida en torno al consumo, además de que el apoyo social es esencial en las recaídas.

Existen investigaciones que relacionan el apoyo social percibido de las personas consumidoras y las recaídas en el consumo. Havassy, Hall y Wasserman (1991) hallaron que las personas adictas recaían mucho antes y con una mayor frecuencia cuando el apoyo social percibido era bajo, en contraste con aquellas cuyo apoyo social percibido era elevado. Otros estudios afirman que cuanto mayor sea el número de relaciones de apoyo de las personas consumidoras, mayor será la posibilidad de que se mantengan abstinentes (Booth, Russell, Soucek y Laughlin, 1992; Rosenberg, 1983).

De manera más específica, el estilo de apego de los consumidores de sustancias parece también tener cierta influencia sobre las recaídas tras periodos de abstinencia. Aquellas personas con un estilo de apego ambivalente o temeroso que estén sometidas a un tratamiento de rehabilitación, tendrán más probabilidades de abandonar el tratamiento y sufrir una recaída que las que presenten un estilo de apego seguro o evitativo (Lotter, 2002). Marshall, Albery y Frings (2018) hallaron que las personas con apego inseguro ambivalente y temeroso son más propensas a sufrir recaídas tras haber abandonado el consumo por medio de una terapia grupal.

### ***Planteamiento del estudio***

La literatura científica ha aportado hasta la fecha evidencias claras de que los estilos de apego inseguros, en todas sus variantes, aparecen ligados al consumo abusivo de sustancias. Partiendo de aquí, este estudio pretende analizar los estilos de apego y la historia relacionada con los patrones de crianza y con los vínculos en un grupo de personas que padecen trastorno por consumo de sustancias de larga data, con la finalidad de obtener información sobre las relaciones de apoyo y cuidado que pudieran haber tenido alguna relevancia en momentos críticos relacionados con el consumo (momentos de inicio y recaídas). Las hipótesis que se plantean son:

1. Se encontrarán más personas con estilos de apego inseguros, en cualquiera de sus variantes, que seguros.
2. Los momentos de inicio en el consumo, que probablemente coincidirán con la adolescencia, y los momentos de recaídas, estarán relacionados de algún modo con quiebras o problemas en las relaciones afectivas primarias.
3. Se encontrarán en la biografía de estas personas más experiencias infantiles adversas relacionadas con las figuras de apego principales que lo que sería esperable en la población general.

### **MÉTODO**

El presente trabajo se llevó a cabo durante los meses de enero a mayo de 2019 en las instalaciones de la Unidad de Drogodependencias de la Cruz Roja de Almería. La muestra está formada por algunos de los usuarios de esa unidad. Se utilizaron instrumentos básicos

de evaluación del apego y una entrevista biográfica sobre la que se utilizó un análisis cualitativo de contenido.

### ***Participantes***

Un total de 10 usuarios de la Unidad de Drogodependencias de la Cruz Roja Almería, todos ellos varones con edades comprendidas entre los 27 y los 53 años, aceptaron colaborar en el estudio. El proceso de reclutamiento se realizó en las propias instalaciones de Cruz Roja. Los técnicos de la institución que normalmente atienden a los usuarios invitaron a participar a aquellos que cumplían los criterios de inclusión:

- Ser mayores de 18 años.
- Ser de nacionalidad española.
- Haber sido diagnosticado por los psicólogos de Cruz Roja con un trastorno por consumo de sustancias en base a la taxonomía del DSM-5.
- Haber pasado al menos por un periodo de abstinencia de consumo durante al menos 3 meses.
- Haber sufrido como mínimo una recaída en el consumo de sustancias.
- Haber accedido voluntariamente a someterse a algún tipo de tratamiento o terapia para lograr la abstinencia en la actualidad.

Se establecieron del mismo modo una serie de criterios de exclusión:

- Si la persona consume en la actualidad, la recaída tiene que haber ocurrido como mínimo un mes antes de la participación en este estudio.
- Tener un grado de deterioro elevado que complique la participación (presentar dificultades en el habla, la comprensión, etc.)

Todos los participantes fueron informados de la finalidad del estudio, del tipo de información que les iba a ser solicitada y del anonimato de la información aportada. Todos los usuarios a quienes se propuso participar en el estudio aceptaron la participación una vez fueron informados de los detalles. Antes de someterse a las entrevistas se les solicitó un consentimiento informado formal.

Los participantes usuarios de Cruz Roja han solicitado acceder al programa de tratamiento de esta institución, de forma voluntaria, en un pasado. A día de hoy, todos ellos continúan en tratamiento. Acuden tres días por semana al centro de acogida de Cruz Roja Almería. En su programa de tratamiento, disponen de una dosis de metadona de cantidad variable, en función de los parámetros que establezca el médico del centro. Se cubren necesidades básicas, como alimentación, higiene o ropa. Muchos de los usuarios de la unidad de drogodependencias tienen un alto grado de deterioro físico y social debido a los efectos del consumo durante un prolongado periodo de tiempo, por lo que el tratamiento se debe adaptar de manera individual a cada usuario.

Pueden disponer de asistencia psicológica a demanda, es decir, no se establecen citas, simplemente acuden cuando ellos mismos consideran que lo necesitan. Dentro de ese mismo programa, pueden solicitar la ayuda de un trabajador social. Tanto el médico como los psicólogos y los trabajadores sociales se encargan de evaluar su situación. El objetivo que se persigue a corto/medio plazo no es la abstinencia, sino su reinserción en la sociedad.

### ***Procedimiento***

Los participantes fueron reclutados personalmente una vez que la Unidad de Drogodependencias de la Cruz Roja de Almería dio permiso para llevar a cabo el estudio. En el momento de dar su consentimiento, algunos participantes fueron citados en una

fecha determinada para participar; otros que disponían de tiempo fueron entrevistados inmediatamente tras informarles sobre el estudio.

La administración de las pruebas tuvo lugar en las instalaciones de Cruz Roja, La en una sala cerrada, en la que el entrevistador estaba a solas con él. Éste recibía en primer lugar una copia de la *Escala de preferencias y expectativas en las relaciones interpersonales (EPERIC)* y se le pedía que leyese las instrucciones y la rellenase. Al terminar, se le proporcionaba una copia del *Cuestionario de Relación (RQ)* y, de nuevo, se le pedía que leyese las instrucciones y que lo cumplimentasen. Si el participante pedía alguna aclaración, se le ofrecía sin realizar ninguna modificación. Tres de los sujetos demostraron ciertas dificultades para leer, por lo que fue el experimentador quien lo hizo y marcó las opciones que los sujetos le indicaban. La comprensión oral de estas personas no estaba afectada en ningún caso.

Una vez completados los cuestionarios, el participante era invitado a contestar a una entrevista semiestructurada, inspirada en la *Adult Attachment Interview* (Geroge, Kaplan y Main, 1985), adaptada al objeto de este estudio. En esta ocasión, el entrevistador leía cada una de las preguntas al participante e iba redactando sus respuestas a medida que los sujetos contestaban. Las respuestas se recogían de forma literal, tal y como los sujetos las verbalizaban. En determinadas ocasiones, se pedía al participante que diese una explicación más detallada de su respuesta, cuando ésta era muy corta o ambigua. Las entrevistas fueron administradas hasta que la información recogida al respecto fue lo más completa posible, es decir, hasta que el sujeto no podía ofrecer más detalles sobre la pregunta realizada. La administración del total de las pruebas tenía una duración de entre 45 minutos y una hora. Tras finalizar la entrevista, se agradecía la participación y se pedía a los sujetos que no revelasen sus componentes al resto de compañeros.

### ***Instrumentos***

La recogida de datos se llevó a cabo mediante el uso de dos cuestionarios y una entrevista semiestructurada.

- *Escala de preferencias y expectativas en las relaciones interpersonales cercanas* (EPERIC) (Fontanil, Ezama y Alonso, 2013). Autoinforme construido en español a partir del cuestionario *Escala de Relaciones Interpersonales* (RSQ) de Griffin y Bartholomew (1994) que evalúa el apego. Consta de 22 ítems con respuesta en formato tipo Likert de 5 puntos (1= no se parece nada a lo que me ocurre y 5= Se parece mucho a lo que me ocurre) agrupados en tres subescalas: *Temor al rechazo o al abandono* (TRA), *Deseo de cercanía* (DC) y *Preferencia por la independencia* (PI). Elevadas puntuaciones en la primera subescala indican miedo al rechazo, abandono, decepción, traición o daño en las relaciones interpersonales cercanas. Elevadas puntuaciones en la segunda subescala muestran facilidad para acercarse a otras personas, deseo de tener relaciones cercanas y comodidad de tener a otras personas dependiendo de ellos. Elevadas puntuaciones en la tercera subescala ponen de manifiesto una importancia por la independencia, la autosuficiencia y prefieren no depender de otras personas o tener a otros dependiendo de ellos.
- *Cuestionario de Relación* (CR) (Bartholomew y Horowitz, 1991), según la versión de Alonso-Arbiol y Yárnoz (Alonso-Arbiol, 2000; Yárnoz, Alonso Arbiol, Plazaola y Sanz de Murieta, 2001). Consta de descripciones generales de cuatro estilos de apego: seguro (cómodo con la intimidad-dependencia-autonomía y sin temor al rechazo-abandono), alejado-desestimado (incómodo con intimidad

y sin temor al rechazo), preocupado (cómodo con la intimidad y con temor al rechazo) y temeroso (incómodo con la intimidad y con temor al rechazo). Primero la persona contesta en una escala tipo Likert entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo) el grado en que cada una de las cuatro descripciones se ajusta a su forma de relacionarse. Después, debe elegir qué descripción es la que mejor refleja el modo en que se comporta en las relaciones interpersonales.

- *Entrevista semiestructurada, adaptada de la Adult Attachment Interview (AAI)* (George, Kaplan y Main, 1985). Esta entrevista se confeccionó *ad hoc* extrayendo una serie de ítems de la AAI (Anexo I). Fueron adaptados de forma que fuesen relevantes para los objetivos del presente estudio. En primer lugar, se recogen detalles de la situación familiar en la infancia del sujeto y en la actualidad. A partir de ahí, se formulan preguntas con respecto a los momentos clave del consumo de los sujetos: primeras experiencias de consumo, periodos de abstinencia y recaídas. En relación a estos momentos clave, se pregunta a los sujetos por los motivos que ellos consideran haberles llevado a esas situaciones. Esta entrevista tiene una duración aproximada de 30-45 minutos.

### ***Análisis de Datos***

Las puntuaciones del EPERIC se obtuvieron corrigiendo cada cuestionario de manera individual, siguiendo los baremos y estadísticos descriptivos proporcionados por la propia escala. Se calculó la media y desviación típica de cada una de las 3 subescalas para el total de los diez participantes.

Las puntuaciones del CR se obtuvieron corrigiendo cada cuestionario de manera individual, siguiendo un diagnóstico categorial según el cual cada párrafo corresponde a

uno de los cuatro estilos de apego propuestos (párrafo A: Seguro; Párrafo B: Inseguro-rechazante; párrafo C: Inseguro-preocupado; párrafo D: Inseguro-temeroso). Se realizó también una corrección dimensional, con la finalidad de obtener una puntuación del modelo mental de sí mismo  $[(PD \text{ seguro} + PD \text{ inseguro-rechazante}) - (PD \text{ inseguro-temeroso} + PD \text{ inseguro-preocupado})]$  y una puntuación de la percepción del modelo mental de los otros  $[(PD \text{ seguro} + PD \text{ inseguro-preocupado}) - (PD \text{ inseguro-temeroso} + PD \text{ inseguro-rechazante})]$

La coherencia intrasujetos fue calculada, comparando los resultados de cada sujeto en ambas escalas (EPERIC y CR); se observó si los estilos de apego obtenidos en ambos cuestionarios coincidían.

La transcripción de las entrevistas se sometió a un análisis cualitativo para extraer temáticas y categorías (Olabuénaga, 2012). Se trata de un proceso de recogida y formateo de información narrativa para la construcción de categorías comunes que van emergiendo a medida que se van recopilando los datos requeridos para tal fin. Las narrativas comunes de los sujetos se identificaron tras el posterior análisis de las transcripciones. Por último, se seleccionaron aquellas de mayor relevancia para el objeto de estudio, comparando las experiencias de cada individuo.

Para analizar la coherencia de las entrevistas con las temáticas establecidas y las categorías observadas, se llevó a cabo un procedimiento de fiabilidad interjueces. Una tercera persona se encargó de revisar las entrevistas transcritas y corroboró que los testimonios de los participantes encajaban dentro de las categorías extraídas tras el análisis inicial.



## RESULTADOS

Los participantes de este estudio son diez hombres adultos en tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias en la Cruz Roja de Almería. Las características sociodemográficas de la muestra se recogen en la Tabla 1:

**Tabla 1: Características Sociodemográficas de la muestra**

<i>Variable</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
<b>Edad (años)</b>	27-40	3 30%
	41-53	7 70%
<b>Situación sentimental</b>	Soltero	9 90%
	En pareja	1 10%
<b>Situación de vivienda</b>	Indigencia	3 30%
	Albergue Municipal	2 20%
	Casa Familiar	5 50%
<b>Nivel de estudios</b>	Educación Primaria	4 40%
	Educación Secundaria	1 10%
	Sin estudios	5 50%
<b>Ingreso(s) en prisión</b>	Sí	10 100%
	No	0 -
<b>Historial de Consumo en la familia</b>	Sí	6 60%
	No	4 40%
<b>Historial de abusos físicos y/o psicológicos en el entorno familiar</b>	Sí	6 60%
	No	4 40%
<b>Hijos</b>	Sí	2 20%
	No	8 80%
<b>Eventos familiares infantiles Adversos</b>	Separación de padres	6 60%
	Muertes de figura principal de apego	2 20%
	Abandono de figura principal de apego	2 20%
<b>Situación actual de consumo</b>	Sí	3 30%
	No	7 70%

***Escala de preferencias y expectativas en las relaciones interpersonales cercanas (EPERIC)***

En relación a los estilos de apego, se extrajo la puntuación de cada escala de la EPERIC a nivel individual. La media de las puntuaciones para cada subescala es: *Temor al Rechazo* ( $\bar{x} = 3,784$ ); *Deseo de Cercanía* ( $\bar{x} = 3,996$ ); *Preferencia por la independencia* ( $\bar{x} = 3,7$ ). Tomando como referencia los baremos y estadísticos descriptivos de la propia escala, la puntuación media de la primera subescala es muy alta y la puntuación de las otras dos escalas es alta. La desviación típica para cada subescala es la siguiente: *Temor al Rechazo* ( $\sigma = 0,598$ ); *Deseo de Cercanía* ( $\sigma = 0,611$ ); *Preferencia por la independencia* ( $\sigma = 0,768$ ). Las puntuaciones de cada participante se pueden ver en la Tabla 2.

**Tabla 2: Puntuación por sujeto y media de las puntuaciones obtenidas en la escala EPERIC**

	<i>Temor al Rechazo</i>	<i>Deseo de Cercanía</i>	<i>Preferencia por la Independencia</i>
<b>P1</b>	4,6	3	3,4
<b>P2</b>	3,36	3,5	4,4
<b>P3</b>	4,54	3,83	4,6
<b>P4</b>	3,63	4,66	4,6
<b>P5</b>	4,36	3,33	3
<b>P6</b>	3	4,33	4,2
<b>P7</b>	4,27	4,66	4
<b>P8</b>	3,54	4,33	2,4
<b>P9</b>	3,36	4,66	3
<b>P10</b>	3,18	3,66	3,4
<b>Media</b>	3,784	3,996	3,7
<b>Desv. Típica</b>	0,598	0,611	0,767

### *Cuestionario de Relación (CR)*

Las puntuaciones del CR fueron extraídas a nivel individual, observando así los estilos de apego que aparecen tras la corrección de la prueba. En la tabla 3 se muestran estas puntuaciones:

**Tabla 3: Puntuaciones directas obtenidas del CR**

	<i>Seguro</i>	<i>Recha- zante</i>	<i>Preocu- pado</i>	<i>Teme- roso</i>	<i>Párrafo Selecc.</i>	<i>MOI sí mismo</i>	<i>MOI otros</i>
<b>P1</b>	1	7	1	1	R	6	-6
<b>P2</b>	4	5	4	4	R	1	-1
<b>P3</b>	3	6	4	5	R	0	-4
<b>P4</b>	3	1	4	7	P	-7	-1
<b>P5</b>	2	4	4	6	T	-4	0
<b>P6</b>	2	1	5	6	P	-8	0
<b>P7</b>	2	1	7	5	P	-9	3
<b>P8</b>	1	4	6	7	P	-8	-4
<b>P9</b>	1	3	5	6	T	-7	-3
<b>P10</b>	2	4	6	6	P	-6	-2

### *Comparación de las escalas*

La comparación de ambas escalas (EPERIC y CR) da una idea de qué factores en la forma de concebir las relaciones interpersonales se pueden apreciar en los distintos estilos de apego (Tabla 4). Además, la comparación con el CR aporta validez a la EPERIC.

**Tabla 4: Coherencia intrasujetos en las escalas de apego**

	Valoración Subescalas <i>EPERIC</i>			Estilo de Apego ( <i>CR</i> )
	<i>TRA</i>	<i>DC</i>	<i>PI</i>	
P1	Muy Alto	Mediano Bajo	Mediano Alto	Rechazante
P2	Muy Alto	Mediano Alto	Muy Alto	Rechazante
P3	Muy Alto	Alto	Muy Alto	Rechazante
P4	Muy Alto	Muy Alto	Muy Alto	Preocupado
P5	Muy Alto	Mediano	Mediano	Temeroso
P6	Alto	Muy Alto	Muy Alto	Preocupado
P7	Muy Alto	Muy Alto	Alto	Preocupado
P8	Muy Alto	Muy Alto	Bajo	Preocupado
P9	Muy Alto	Muy Alto	Mediano	Temeroso
P10	Alto	Mediano Alto	Alto	Preocupado

Todos los participantes, independientemente de su estilo de apego, puntúan alto/muy alto en la subescala *TRA*. La mayoría de los participantes con estilo de apego inseguro-preocupado puntúan muy alto en la escala *DC*. La mayoría de los participantes con estilo inseguro-rechazante puntúan muy alto en la escala *PI*.

#### ***Análisis cualitativo – Entrevista Semiestructurada***

Se extrajeron cuatro temas principales a raíz del análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas. Estos temas se establecen por inferencia deductiva a partir de las características y estructura del estudio en base a la teoría del apego. Dentro de cada tema principal, se pueden encontrar varias categorías en las cuales se englobaron las experiencias expresadas por los participantes del estudio. Estas categorías se establecen de manera posterior al análisis de las entrevistas y se llega a ellas de modo inductivo tras la observación y análisis de la información. Los temas y sus categorías halladas tras el análisis son las siguientes (Tabla 5):

**Tabla 5: Temas extraídos y sus categorías**

<b>Tema Principal</b>	<b>Categorías</b>
<i>Relación con las figuras de apego en la infancia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Miedo, Odio, Inseguridad (violencia física o psicológica)</li> <li>➔ Indiferencia, Abandono (se incluye muerte temprana de figuras de apego)</li> <li>➔ Incoherencia, ambigüedad (normas y límites difusos, patrones de crianza cambiantes sin motivo)</li> </ul>
<i>Motivación percibida para iniciar el consumo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Presión del grupo de iguales (amigos de la infancia, compañeros de clase, etc.)</li> <li>➔ Presión de la familia</li> </ul>
<i>Motivación percibida para abandono del consumo y mantenimiento de la abstinencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Miedo a enfermedad o empeoramiento</li> <li>➔ Ingreso en prisión o alguna otra institución (comunidades terapéuticas, centros de tratamiento específicos)</li> <li>➔ Inicio y mantenimiento de nuevos vínculos (relaciones interpersonales de pareja, recuperación de relaciones con la familia, etc.)</li> </ul>
<i>Motivos de recaída</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Efecto que proporciona la sustancia (ya sea de tipo placentero o analgésico)</li> <li>➔ Deseo de retomar relaciones sociales (establecidas en el pasado y abandonadas por un tiempo)</li> <li>➔ Destrucción de vínculos y relaciones con otras personas</li> </ul>

### ***1) Relación con las figuras de apego en la infancia***

#### **Relaciones basadas en el miedo, el odio o la inseguridad**

La mayoría de los participantes han experimentado relaciones problemáticas con sus principales figuras de apego en la infancia. La figura de apego con la que más identifican haber tenido una relación conflictiva ha sido el padre. Uno de los participantes cuenta episodios recurrentes en la relación con su padre: “Un día cualquiera, mi padre podía llegar borracho a casa e iniciar una pelea con mi madre, cuando ésta le echaba en cara

que había bebido. Mi padre entonces rompía cualquier cosa que se encontrase a su paso y era capaz hasta de sacarnos de la cama si estábamos durmiendo para pegarnos a mí y a mis hermanos. Siempre me iba a la cama con el miedo en el cuerpo”.

Otro de los participantes cuenta, de forma similar, cómo la violencia era la forma de relacionarse de su padre: “No me llevaba muy bien con mi padre. Era alcohólico y le pegaba a mi madre. También me pegaba a mí o a mis hermanos. Cada vez que veía a mi padre así sentía rabia e impotencia. Yo no podía hacer nada, era muy pequeño”.

Un participante cuenta enfadado la forma en la que le trataba su padre: “Con 10 años, el borracho de mi padre me dejaba dormir en la calle. ¿Qué clase de hombre hace eso con sus hijos?”

Los sujetos también manifiestan haber tenido conflictos en la infancia con sus familiares más directos, como sus hermanos y sus tíos, así como con figuras de apego que no eran de lazos de sangre directos, como un padrastro. Un participante describe la situación que vivió con su padrastro y su madre: “Mi madre se enganchó a la droga por culpa de este hombre. (...) Me he peleado muchísimas veces con él, pero a palos, porque se la llevaba a prostituirse para seguir drogándose. Mi madre no tenía vida, era totalmente una marioneta de ese señor. Yo no quería esa vida para mi madre”.

Otro de los participantes relata la relación que tenía con sus tíos maternos: “Cuando mi padre nos abandonó, mis tíos y mis tías empezaron a tratarme como si fuese un perro. Yo no entendía por qué no me querían. Me hacían sentir como si no valiese nada. Veía a las familias de mis amigos tan unidas y yo quería algo así. (...) Además, que mis tíos y mis tías eran unos parásitos, se aprovechaban de mi madre y de mi abuela para sacarle el dinero”.

### **Relaciones basadas en la indiferencia o el abandono**

Algunos de los participantes cuentan cómo, ya desde la infancia, no han tenido una figura de apego importante o no han experimentado ese calor y afecto de una familia. Uno de ellos explica la forma en la que le trataba su madre: “No tengo un solo recuerdo de mi madre abrazándome. Mi madre siempre ha dicho no le gustaba mi forma de ser, que vaya hijo le había tocado criar. Decía que era muy problemático y que tenía que cambiar. No entendía por qué me decía eso. La discusión fue a más y decidí que si no le gustaba mi forma de ser no iba a tener que soportarla más, así que me fui de casa”. Esta misma forma de proceder de este hombre en esta situación que vivió se puede ver reflejada a día de hoy en su estilo de afrontamiento: “Con la mayoría de mis hermanos no tengo ningún tipo de contacto. Solo sé de una hermana que vive en (otra ciudad), pero no la veo porque vive muy lejos. Una vez al mes hablo con mi padre, pero no le cuento nada de mí, no quiero que sepa que vivo en la calle. Bueno, hay meses que tampoco hablo con él, es difícil”.

Otro de los participantes, al principio, ni siquiera incluye a sus padres como figuras de apego, sino como personas que simplemente estaban en su vida por obligación: “La única persona que me ha tratado bien ha sido mi abuela. Al resto, ni los cuento, no los considero importantes en mi vida”. Más adelante, él mismo habla de la relación que tuvo con ambos: “Mi madre tiene esquizofrenia, o eso me dicen siempre. Nunca se ha preocupado por mí. Mi padre murió de sobredosis cuando yo era adolescente. Suele pasar cuando cuidas más de la droga que de tu hijo. Me daba igual lo que hiciera, yo con quien me he criado y quien me ha cuidado toda la vida ha sido mi abuela”. El haber dependido de una única figura de apego durante toda la vida está resultando un grave problema para él a día de hoy, puesto que su abuela falleció. Refleja cómo se siente con respecto a esto de la

siguiente forma: “El día que murió mi abuela fue el peor día de mi vida. La echo mucho de menos. Quiero volver a estar con ella. No sé qué hacer sin ella. La necesito. No quiero vivir sin el cariño que me daba mi abuela”.

Otro participante relata su experiencia de abandono y rechazo por parte de toda su familia de manera muy clara y directa: “(...) a los 3 años, mi madre se muere. A los 6 años, mi padre me mete en un reformatorio. Mientras estoy dentro, creo que tenía yo 12 años, me dicen que mi padre se ha muerto. Con 14 años, salgo del reformatorio y no tengo ni idea de a dónde ir. Bueno, más bien me echaron. Fui en busca de mis hermanos, pero ninguno me hizo ni caso. Pues con 14 años me encuentro viviendo en la calle, sin nadie que cuide de mí y sin una forma de mantenerme con vida. No sé ni cómo sigo vivo a día de hoy”. No refleja ninguna emoción de rabia o tristeza en sus palabras ni en sus expresiones cuando habla de esto.

### **Relaciones incoherentes, ambiguas.**

Los participantes también cuentan como sus figuras de apego los trataban de forma extraña, sin atender a un contexto o a un patrón determinado. Uno de los sujetos cuenta cómo era tratado por toda su familia en su hogar: “Mis padres y mi hermana me decían que era un estorbo. Además, me trataban de forma muy rara. A veces llegaba a casa a las 9 de la noche y me regañaban con unas voces que yo decía “esto no es normal”. Pero sin embargo otras veces llegaba a casa a las 12 de la noche y me saludaban como si nada. No me ponían ninguna norma, pero me castigaban por incumplir normas que no existían, que se inventaban sobre la marcha”.

Otro participante relata el comportamiento de su madre hacia él: “Yo tenía buena relación con mis padres. A veces. Bueno, no sabría definirla bien. Se peleaban entre ellos y a mí me encerraban en una habitación. Cuando terminaban, mi madre venía y me abrazaba.



Otras veces, me miraba con mala cara. Era como si yo fuese el motivo de sus peleas (...) pero nunca escuchaba lo que decían”. Más adelante, continúa, comentando la relación que tenía con su padre: “(...) y con mi padre pues bien, supongo. No sé, no hablaba mucho. Recuerdo que alguna vez venía a recogerme al colegio y me cogía así entre sus brazos, me daba muchos besos y me llevaba a comer hamburguesa. En cambio, había épocas que era como si yo no existiera. Siempre le decía *papá, llévame a comer hamburguesas* pero no me hacía mucho caso. Me decía que otro día o simplemente me ignoraba. Se sentaba en el sofá viendo la televisión y ya está”.

## ***2) Motivación percibida para iniciar el consumo***

### **Presión por parte del grupo de iguales**

La mayoría de los participantes admiten haber comenzado a consumir sustancias junto con otros, concretamente, amigos o personas de otros ámbitos como el trabajo. Achacan además el inicio del consumo a esas otras personas. Uno de los participantes refleja esta situación en su testimonio, añadiendo además las emociones que estaba experimentando en aquel momento de su vida: “A ver, yo me lo pasaba mejor con los chavales en el parque y tomando de todo que estando en casa con mi mujer. Con esa edad yo ya me fui dando cuenta de que me interesaban más mis amigos que mi esposa, pero a otro nivel, ¿entiendes? Fui probando cosas nuevas con otros chavales. Pero claro, eso no era algo que estuviese bien visto (...) así que seguía viviendo con mi mujer (...) pero yo no era feliz con ella”.

Otro participante cuenta su experiencia dentro de un reformatorio: “Creo que empecé a los 13 años (...) los chavales que eran mayores que yo me dijeron que la probase y pues

ahí caí. Era joven, no tenía nada mejor que hacer. Ni tampoco a nadie cercano que me dijese lo malo que era”.

En el testimonio de este participante se pueden ver reflejadas tanto la presión que él sintió para consumir como la reacción que tuvo con su familia, así como la reacción que él tuvo con ellos. “(...) primero probé la marihuana. Mis colegas se fumaban sus porrillos y siempre me decían que lo probase, que por una calada no pasaba nada, que te daba una sensación increíble. Yo recuerdo que un día salí enfadado de casa y dije pues venga, voy a relajarme yo también. Claro, luego seguí con el éxtasis, la cocaína, la heroína (...) mi madre y mis hermanas me decían que dejase de salir con la gente con la que salía, que me iban a echar a la mala vida. Aunque bueno, yo ya estaba echado a la mala vida. Se notaba mucho que me drogaba. Apenas pasaba por casa en días y, cuando volvía, tenía un aspecto horrible, demacrado. Yo pasaba de lo que me decían, me daba igual, iba a seguir haciéndolo”.

Otro sujeto explica que su inicio al consumo fue un regalo de cumpleaños de sus amigos: “Me acuerdo perfectamente de cuando me metí por primera vez. Fue con 17 años. Estábamos celebrando mi cumpleaños en el parque que hay ahí al lado de mi casa y los chavales me habían preparado (...) el revuelto este de heroína y cocaína, sabes cuál te digo, ¿no? Bueno, pues empezamos a fumar todos y, madre mía, vaya subidón que metía eso”.

El siguiente participante explica así su inicio al consumo: “Tú estás en un sitio en el que todos están metiéndose algo y te miran como el raro si no lo haces. Entonces pues te da cosa y lo haces tú también”.

Otro sujeto relata: “Creo que con 13 años empecé a probar la droga. Me juntaba con los colegas en el parque y algún chaval mayor traía porros. En casa, les robaba medicamentos

a mis padres y me los tragaba. (...) cuando me fui de casa, seguía buscando la forma de drogarme. Sobre todo, el dinero que mendigaba era para eso”.

Otro participante cuenta algo similar a este último: “Yo probé los porros porque veía lo a gusto que estaba todo el mundo cuando los tomaban. Nos íbamos muchas tardes por ahí (sus amigos y él), nos escondíamos por las calles y nos liábamos nuestros porros. (...) Mi tío se enteró un día de que yo fumaba y me pegó un palizón”.

### **Presión por parte de la familia**

Algunos participantes relatan haber comenzado a consumir sustancias persuadidos o incitados por sus propios familiares cercanos. Un participante cuenta cómo empezó a consumir: “Mi padre me echó de casa y los únicos que me querían eran mis hermanos. Como ellos consumían, pues yo también empecé a hacerlo. Para mí, era una forma de echarles en cara a mis padres que me hubiesen echado a la calle”

Otro de los participantes cuenta: “Creo que fue (empezar a consumir) con 17 años más o menos. Empecé con mi tío. En una de estas que mi madre nos llevaba a casa de mi tía porque se peleaba con mi padre. Yo lo había visto alguna vez hacerlo. Yo sentía como una especie de respeto hacia él. Era una mezcla de miedo y respeto, más bien, no sabría cómo describirlo. Un día, me la ofreció y dije pues venga, vale. (...) Heroína, pinchada. (...) Cuando mi tío murió, dejé de inyectarme, pero seguía fumándomela. Bueno, el revuelto (heroína y cocaína)”.

Otro sujeto cuenta que empezó a consumir con su padre: “La primera vez que probé la droga fue en casa de mi padre. Él me dijo que como sabía que tarde o temprano iba a acabar enganchado, que quería que me drogase con él. Me dio un porro (...) terminó por

ofrecerme las rayas de cocaína. Yo no quería hacerlo. Pero era mi padre. (...) Sentía miedo y asco por él”.

### ***3) Motivación percibida para abandonar el consumo y mantener la abstinencia***

#### **Daños físicos causados por el consumo/enfermedad grave**

Algunos de los participantes admiten haber abandonado el consumo durante un tiempo por miedo a dañar su salud de forma grave y permanente. Uno de los sujetos cuenta lo siguiente: “Me quedé sin trabajo, sin dinero y sin pareja. En 2002, me hicieron un análisis y me sacaron un derrame cerca del corazón. Le cogí miedo. Ya lo había perdido todo, lo único que me quedaba por perder era la vida. Me asusté mucho y decidí que había llegado la hora de quitarme del todo”.

Otro de los participantes cuenta como fue la segunda vez que dejó el consumo: “Lo he dejado porque tengo 53 años y ya va siendo hora de parar, que no tengo el cuerpo para aguantar las fiestas que me pegaba de chaval. Eso y que me ha dicho el médico que como siga así me muero en dos días”.

La salud mental también es una preocupación importante para alguno de los participantes. Uno de ellos lo refleja en su testimonio: “(...) me da miedo volverme loco, después de todo lo que he pasado. Mezclar eso con la medicación no puede ser muy bueno”.

Otro participante relata su decisión para haber abandonado el consumo por segunda vez. Tras haberlo intentado en una ocasión sin éxito, la preocupación por su salud mental le ha motivado esta vez: “El otro día hice una prueba en un bar para trabajar. Mientras cortaba cebollas, estaba viendo como en realidad estaba cortando ojos humanos por la mitad. Veía ojos. Si cortaba carne, yo veía que estaba cortando cuerpos de personas. No

pude seguir con la prueba. Me vine abajo. Me di cuenta de que la droga me había afectado más de la cuenta, que se me estaba yendo la cabeza. Por eso fue por lo que pedí ayuda a los psicólogos de Cruz Roja”.

### **Ingreso en prisión o alguna otra institución**

Ciertos participantes han abandonado el consumo de forma temporal al entrar en prisión. La dificultad por encontrar sustancias o material para consumir ha supuesto una especie de motivación para dejarlo. Uno de los participantes relata las complicaciones existentes para poder consumir en algunas instituciones penitenciarias: “En la cárcel, consumir está complicado. Se puede, pero es caro. Un solo porro te cuesta 5€, cuando en la calle, con 5€ tienes para 4 ó 5 porros, dependiendo de lo grandes que los hagas”.

Un participante cuenta de forma clara cómo dejó de consumir por ingresar en prisión: “La primera vez que lo dejé fue porque entré en prisión, en el año 1988. Estuve 3 años y los 3 años estuve sin consumir. Estaba difícil la cosa”.

Se puede ver cómo aquellas personas que ingresan en prisión no desean dejar de consumir pero que no les queda más remedio que hacerlo en algunas ocasiones. Uno de los participantes relata su experiencia en la cárcel: “Yo en la cárcel intenté fumar porros, pero no había forma de que me dejasen. Les caía mal a los que se ocupaban de ese tema. Y así pues ya me terminé quitando. Cuando salí de la cárcel me daba miedo volver a consumir así que me vine aquí a la Cruz Roja (...) y no quería drogarme más”.

Otro participante cuenta: “Durante todo el tiempo que yo estuve en la cárcel me iba a volver loco. No podía fumar porros. Imagínatelo, ¡dos años sin fumarme un porro! En cuanto salí de la cárcel, no sé si fue lo primero o lo segundo que hice, pero fui en busca de porros”.

Por el contrario, uno de los participantes encontró en su ingreso en prisión una motivación para abandonar el consumo: “(...) y claro, yo pensé para mí mismo: aprovecha ahora que estás en la cárcel que lo tienes difícil para consumir y quítate ya, no seas tonto. Al principio lo llevé mal. Después (...) cuando empecé a juntarme con el chico este, se me hizo mucho más fácil. Él había sido consumidor también, nos apoyamos mucho el uno al otro. Aunque yo tiraba más del carro que él”. Unida a la motivación de entrar en prisión, este paciente añade una motivación extra para mantener la abstinencia, la de una relación sentimental con otra persona.

Algunos participantes deciden, por voluntad propia, acudir a una comunidad terapéutica o centro específico de desintoxicación para dejar el consumo de sustancias. En muchas ocasiones, no se ven capaces de hacerlo solos, por lo que solicitan ayuda profesional. Aun así, la motivación de estos pacientes para buscar una solución suele venir dada por otras personas cercanas. Es el caso de uno de los participantes de este estudio: “Mi familia no quería verme en la situación en la que me habían visto, así que me animaron a entrar a Proyecto Hombre. Yo ya estaba animado de por sí, quiero decir, era eso o la cárcel. No quería ir a la cárcel de ninguna de las formas. Pero las ganas que yo tenía de volver a drogarme eran muy grandes, así que continuaba drogándome durante el tratamiento. Aunque al menos aguanté 6 meses más o menos. Al tiempo, me pillaron y me expulsaron de Proyecto Hombre. Estuve hasta el 31 de octubre de 2007”.

Otro participante cuenta cómo fue su periodo de abstinencia en una comunidad terapéutica: “En 2015 entré en la Comunidad Terapéutica de (...). En realidad fue mi abuela quien me animó a hacerlo. Yo confiaba en ella y quería hacerla feliz. Allí estuve genial (...). A los tres meses me echaron por un problema que tuve con uno de los que había allí (...). Me encantaría volver allí ahora.

En ciertas prisiones, conseguir sustancias para el consumo tiene menos restricciones que en otras. Esto resulta en una reducción de la frecuencia de consumo, pero no por voluntad propia, sino por esa dificultad de adquirir las sustancias. Un participante cuenta cómo fue su situación durante su estancia en prisión: “En la cárcel me tenía que joder. Yo lo que quería era heroína en vena y era muy difícil pillarla allí. Me tenía que conformar con los porros (...) o con la cocaína cuando había. Yo le daba a todo lo que se me pudiese por delante, me daba igual, si me lo ofrecían y era droga, para adentro”.

### **Inicio y deseo de mantenimiento de uno o más vínculos con otras personas**

En ocasiones, los participantes relatan cómo deciden dejar el consumo de sustancias por motivos interpersonales. Concretamente, desean mantenerse abstinentes para conservar vínculos que han establecido con otras personas, a las que consideran o han considerado importantes en su vida. Las relaciones amorosas parecen suponer una motivación importante para dejar de consumir. Uno de los sujetos dice: “Con la chica esta (...) nos conocimos en la calle. Estábamos los dos hechos polvo. Intenté hacerla salir de la droga y me daba fuerzas a mí para quitarme. Al principio ella parecía que lo iba a conseguir, pero a los dos o tres días, la tía se metía un chute a mis espaldas. Siempre la pillaba (...). Tonto de mí que pensaba que podía cambiarla. En 5 ó 6 meses me cansé yo también de que me robase para drogarse. Yo como un tonto intentando ayudarla. (...) ahí ya dices, si lo haces tú pues yo también. Perdí toda esperanza. Estaba enganchado a ella. Hasta que entré en la cárcel esta última vez”. Se puede ver en sus palabras cómo incluso compara la relación que tenían y las emociones que sentía con las sensaciones experimentadas durante su periodo de consumidor: “Estaba enganchado a ella”.

Otro de los participantes cuenta cómo su primera relación seria le hizo abandonar el consumo por primera vez: “Con 19 años me eché novia. Encontré trabajo (...) y nos

fuimos los dos a vivir juntos. Ella acabó trabajando conmigo y todo. Al principio de la relación yo seguía consumiendo pero poco después lo dejé. Ya que había empezado a estabilizar mi vida (...). Si hasta tuve un hijo con ella y todo”.

Otro de los sujetos abandonó el consumo cuando recuperó el vínculo con sus padres al salir de la cárcel y recaer en el consumo: “Mis padres ya se llevaban bien, yo pensé: qué le ha pasado a mi padre que es otro tío, parece hasta amable y todo, ¿sabes? Empezaron a estar muy encima de mí, mi madre como siempre, mi padre ahora de nuevas. Y ya dije yo, pues venga, esto no lo quiero para mí”. Este periodo de abstinencia se vio reforzado cuando inició una relación amorosa con una chica: “La chavala con la que estoy ahora me ha dado la vida. Mis padres la quieren un montón y muchas veces nos vamos a comer juntos. Desde que estoy con ella no he probado ni una gota de droga, ni alcohol, ni cocaína ni nada de nada. Ella y mi madre son mis principales razones para haber dejado la droga”.

A pesar de esto, hay ocasiones en las que, cuando el vínculo se establece con una persona consumidora, el patrón de consumo se mantiene y refuerza en lugar de abandonarlo. Es el caso de uno de los participantes: “(...) La muchacha esta (con la que mantenía una relación amorosa) era amiga mía de toda la vida, pero un día acabamos juntos. Ella era consumidora también, ¿sabes? Nos pinchábamos juntos, dormíamos en la calle juntos (...). Pues un día, le dio una sobredosis estando conmigo. Se murió delante de mí. Yo estaba tan colocado que no pude hacer nada por ella. (...) La cosa es que ahora me quieren echar la culpa a mí de eso (la justicia).

#### ***4) Motivos que propiciaron las recaídas***

##### **Búsqueda del efecto que proporciona la sustancia**



Unos pocos participantes expresan el intenso placer que sienten al consumir, considerándolo motivo suficiente para volver a hacerlo tras haber conseguido mantener un periodo de abstinencia. No parecen añadir ninguna motivación extra en su testimonio para recaer en el consumo. Uno de los participantes lo cuenta así: “Durante todo el tiempo que yo estuve en la cárcel me iba a volver loco. No podía fumar porros. Imagínatelo, ¡dos años sin fumarme un porro! ¡Con lo que a mí me gustan! En cuanto salí de la cárcel, no sé si fue lo primero o lo segundo que hice, pero fui en busca de porros”.

Otro participante cuenta algo similar, pero manifiesta un sentimiento de culpabilidad por sentir tal atracción por las drogas. “Mira, no te voy a mentir. A mí me gusta mucho la droga. Pero luego me siento fatal cuando se me pasa el efecto. El otro día, cuando cobré el sueldo del primer mes, se me fue la pinza. Me vi con tanto dinero en la mano que dije a tomar viento, me drogo. Pensé en comprar la cocaína y guardármela hasta que me diera por tomármela. Ojo, siempre con la idea de comunicárselo a los psicólogos de aquí (Cruz Roja) después de hacerlo. No aguanté mucho y al día siguiente vine a contárselo. Me sentí y me siento muy mal, esto no es lo que yo quiero”.

Mientras que el segundo participante manifiesta sentimientos de arrepentimiento por su fuerte atracción hacia el consumo, el primero muestra no solo indiferencia total, sino que trata el tema de la adicción como algo completamente necesario.

Sin embargo, no solo el efecto placentero que puede producir una sustancia es a veces motivo para recaer; en ocasiones, el efecto analgésico de la sustancia representa también un motivo para volver al consumo tras haberlo abandonado. Un estado de malestar intenso permanente durante un periodo de abstinencia puede hacer que una persona consumidora recaiga, tratando de recuperar mediante el consumo cierto bienestar, ya sea físico o emocional. Uno de los participantes dice: “Hace poco tuve un accidente, me atropelló una

moto y me dejó la pierna destrozada. Por eso siempre voy con muletas. Volví a fumar porros porque me aliviaban el dolor de la pierna. Mi hermano fue el que me lo aconsejó y yo le hice caso. Pero fue poco tiempo. Ya después me peleé con mi hermano y no fumé más”.

Otro participante afirma lo siguiente: “¿No sabes lo que pasó? Me puse fatal. Me dio un brote de esos (brote psicótico) y se me fue la olla (...). Bueno, eso fue lo que me dijeron. Yo solo me acuerdo que me puse como loco y estuve varios días así (...). Pues yo para tranquilizarme, como ya sé yo lo que te tranquiliza, pues me fumé un pipo. Bueno, más de uno. Pero ya está ¿eh?, de verdad que no quiero hacerlo más, que fue solo por eso que me dio”.

### **Deseo de retomar relaciones interpersonales**

A veces, el deseo de retomar relaciones interpersonales abandonadas durante un tiempo hace que las personas utilicen el consumo de sustancias para tal fin, en especial si las personas con las que se desea retomar la relación también consumen. Un participante cuenta: “Cuando salí de la cárcel yo pensé: ya que has estado 3 años sin tomar nada, ya no vuelvas. Pero una cosa lleva a la otra, la gente del barrio ya te conoce y las amistades que tienes son las de la droga, así que... otra vez a lo mismo. Vaya vergüenza”.

### **Sentimientos de abandono o rupturas de vínculo**

La mayoría de los participantes cuentan cómo tuvieron sus episodios de recaída en el consumo cuando las relaciones interpersonales que consideraban importantes y que les reportaban beneficios emocionales se rompieron. Tanto con figuras de apego establecidas en la infancia (padres, hermanos, etc.) como con nuevas figuras de apego que hayan surgido durante la edad adulta. Uno de los participantes que abandonó el consumo estando

en prisión, cuenta cómo se sintió al salir de allí: “Llevaba 17 años encerrado en la cárcel. Mi madre había estado mandándome algunas cosas allí dentro (...) y cuando salí, quise ir corriendo a verla porque era la única que había estado ahí para mí. Me entero por unas personas que está en casa de mi tío y, cuando voy para allá, me dice que no, que ni se me ocurra entrar, que soy escoria (...) por lo que no me quedó más remedio que irme. Me sentía perdido y abandonado (...) acabé volviendo a la droga”.

Otro participante cuenta la experiencia que tuvo al terminar su relación de pareja: “Empecé a salir con esta chica cuando teníamos 20 años. Yo conseguí un trabajo de repartidor donde trabajaba mi padre y me fui a vivir con ella. Ella no era consumidora así que yo no tenía ganas de tomar nada. Vivíamos muy contentos. Pero a los 3 años ella empezó a enfriarse y sin darme ningún motivo me dejó y desapareció de mi vida rápidamente. Poco después volví a consumir”.

Otro sujeto cuenta: “Cuando volví a entrar en la cárcel, en el momento en el que tuve la más mínima oportunidad de drogarme, lo hice. (...) Aquella chica me dejó tocado. Me destrozó por completo”.

Otro participante relata lo siguiente: “De repente un día mi mujer me dice que ya no me quiere y que se va. Ya teníamos nuestras peleas pero yo no me imaginaba que me iba a dejar. Y encima coge y se lleva al niño. Pues yo ahí ya me puse fatal. (...) Empecé a drogarme otra vez porque era lo único que me apetecía. Era eso o quitarme la vida, que lo he llegado a pensar muchas veces”.

## **DISCUSIÓN**

El presente trabajo se planteó con la finalidad de explorar los estilos de apego en personas drogodependientes y observar cómo han influido sus experiencias vitales en su historial de consumo. De manera más específica, se profundiza en aquellos periodos en los que se inicia el consumo de sustancias, en los que se abandona y en los que se sufren recaídas tras haber conseguido un periodo prolongado de abstinencia. Con ello se pretende entender la influencia de determinados acontecimientos vitales en la aparición y mantenimiento del fenómeno de la adicción, con especial atención a las circunstancias relacionadas con las relaciones de vínculo de apego.

De los resultados obtenidos, tras observar las características sociodemográficas de los participantes se aprecia cómo casi todos ellos han experimentado experiencias adversas en la infancia. Estas experiencias, tales como abusos físicos y/o psicológicos hacia los participantes por parte de su familia o entre sus miembros, la separación de sus padres o la muerte o abandono de su figura principal de apego, se dan con frecuencia en personas con problemas de adicción a sustancias (Felitti et al., 2019; Kendall-Tackett, Marshall y Ness, 2000). Además, todos los participantes muestran un estilo de apego inseguro en cualquiera de las tres variantes propuestas. Esto concuerda con el estudio realizado por Murphy et al. (2014), en el que se halla que las experiencias infantiles adversas de violencia hacia la madre y de separación o divorcio de los padres se asocian con apego inseguro-temeroso, apego inseguro-preocupado y apego inseguro-rechazante en la adultez. Más de la mitad de los participantes reportan tener un historial de consumo en su núcleo familiar. Se entiende que esto puede ser un factor importante en el consumo posterior, pero también en el establecimiento de patrones de apego inseguros. Esta idea viene respaldada por el estudio de Suchman, DeCoste, Borelli y McMahan, (2018), en el que encuentran que las madres consumidoras de heroína tienen dificultades a la hora de comprender las necesidades del hijo y la interacción materno-filial y tienen una menor

sensibilidad hacia este. Las diferencias halladas a nivel demográfico en nuestros sujetos, indican que las experiencias infantiles adversas y sus efectos (en este caso, la adicción a sustancias), puede afectar a cualquier tipo de persona en cualquier población, sin importar los factores demográficos resultantes del entorno en el que han convivido, lo cual también se ha reportado en otros estudios (Herrenkhol, Hong, Klika, Herrenkhol y Russo, 2013).

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en la EPERIC, a pesar de la muestra que compone este estudio es reducida, la desviación típica calculada para cada subescala muestra un valor bajo en las tres (ver Tabla 2). Por ello, nos aventuramos a extraer conclusiones de nuestros participantes como grupo, a la luz de una dispersión relativamente pequeña en sus respuestas. Comparando la media de las puntuaciones de cada subescala con los baremos descriptivos del EPERIC (Tabla 5), se observa que la puntuación es muy alta en la subescala *TRA*, alta en la subescala *DC* y alta en la subescala *PI*. Observando las puntuaciones individuales, salvo unas pocas excepciones, todos los participantes puntúan entre la valoración de “mediano alto” y “muy alto” en todas las subescalas. A partir de estos resultados, según las puntuaciones de valor muy alto en la subescala *TRA*, se puede deducir que a las personas en situación de drogodependencia tienen les cuesta confiar en otras personas en sus relaciones interpersonales por miedo a que traicionen esa confianza, y tienen un temor por encima de la media a ser rechazados o abandonados. Del mismo modo, las puntuaciones de valor alto en la escala *DC*, indican que los sujetos parecen tener facilidad para estar cerca de otras personas y ansían mantener relaciones interpersonales duraderas y satisfactorias. Por último, las puntuaciones de valor alto en la escala *PI* nos muestran que los participantes, por lo general, prefieren ser autosuficientes y no depender de otras personas o que otros dependan de ellos. Según la definición de las escalas *DC* y *PI*, las puntuaciones altas para un mismo sujeto en ambas podría parecer contradictorio, sin embargo el estudio de validación demuestra que las escalas *DC* y *PI*

apenas muestran tener correlación entre sí (Fontanil, Ezama y Alonso, 2013). Es posible por lo tanto tener un deseo de estar cerca de otros de forma íntima conservando al mismo tiempo una preferencia por no depender de otros ni que otros dependan de uno. En el caso de nuestra muestra, las altas puntuaciones en ambas escalas pueden deberse a que las personas adictas al consumo de sustancias prefieren no depender de otras personas por haber sufrido mañas experiencias interpersonales en el pasado, pero esto no elimina la posibilidad de que deseen tener relaciones cercanas que puedan precisamente suplir esa falta de afecto. En este punto, es importante considerar que todos los participantes han estado ingresados en prisión; los ex convictos tienen una mayor dificultad para recuperar y establecer nuevas relaciones sociales (Domínguez Álvarez y Loureiro, 2012), por lo que esta situación hace que el rechazo que sienten sea mayor, siendo esta también otra posible explicación de los resultados obtenidos en las puntuaciones de las subescalas de la EPERIC.

**Tabla 6: Baremos estadísticos y descriptivos de la EPERIC**

Valoración	Temor al abandono o al rechazo	Deseo de cercanía	Preferencia por la independencia
<b>Muy bajo</b>	<b>&lt; 1,45</b>	<b>&lt; 2,20</b>	<b>&lt; 2,17</b>
<b>Bajo</b>	<b>1,46 – 1,73</b>	<b>2,21 – 2,60</b>	<b>2,18 – 2,67</b>
<b>Mediano bajo</b>	<b>1,74 – 2,09</b>	<b>2,61 – 3,00</b>	<b>2,68 – 2,83</b>
<b>Mediano</b>	<b>2,10 – 2,45</b>	<b>3,01 – 3,40</b>	<b>2,84 – 3,17</b>
<b>Mediano alto</b>	<b>2,46 – 2,73</b>	<b>3,41 – 3,80</b>	<b>3,18 – 3,50</b>
<b>Alto</b>	<b>2,74 – 3,18</b>	<b>3,81 – 4,20</b>	<b>3,51 – 4,00</b>
<b>Muy alto</b>	<b>3,19 +</b>	<b>4,21 +</b>	<b>4,01 +</b>
Media	2,30	3,06	3,21
Desv. Típica	0,76	0,83	0,91
Mínimo	1	1	1
Máximo	4,82	5	5

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el CR, los resultados arrojan que las personas de la presente muestra tienen un estilo inseguro-rechazante, estilo inseguro-temeroso o estilo inseguro-preocupado, siendo este último el más frecuente. Estos resultados concuerdan con las investigaciones revisadas en la primera parte de este estudio (De Ricke, Vanheule y Verhaeghe, 2009; Caspers et al., 2006; Reis et al. 2011; Shaver y Mikulincer, 2012). Se confirmaría así la primera de las hipótesis propuestas en este estudio. De hecho, en el presente estudio ningún participante muestra un estilo de apego seguro según los instrumentos utilizados. La comparación de las escalas CR y EPERIC aporta validez a esta última (Fontanil, Ezema y Alonso, 2013). De los resultados obtenidos en ambas escalas, se pueden extraer algunas conclusiones. Los sujetos con estilo de apego rechazante obtienen, en su mayoría, puntuaciones más elevadas en la subescala *PI*. Esto quiere decir que valoran más su autonomía y autosuficiencia que el tener relaciones interpersonales dependientes. Concuerda con las características habituales de aquellas personas con este estilo de apego; no mantienen la suficiente cercanía con sus principales figuras de apego por la incomodidad que sienten ante las relaciones interpersonales (Holmes, 2009). Los sujetos con estilo de apego preocupado obtienen mayormente puntuaciones altas en la subescala *DC*. Una posible explicación a esto es que las personas con apego preocupado se aferran mucho de la figura de apego, prefieren tener relaciones interpersonales en las que dependan de la otra persona. A pesar de esto, la imagen mental que tienen de otras personas parece ser negativa (Tabla 2). Esto puede deberse a la influencia de las puntuaciones muy altas en la subescala *TRA*; tienen un fuerte deseo de tener relaciones interpersonales pero han sufrido tantas experiencias afectivas dolorosas que sus necesidades se encuentran en conflicto. Según la teoría del apego, estas experiencias dolorosas se habrían producido sobre todo en la infancia, de modo que han intervenido en la formación de los modelos operativos internos que son

resistentes al cambio y tienden a perpetuarse a lo largo de la vida adulta (Bowlby, 1969). Como ya hemos visto antes, cuando las figuras principales de apego tienen interacciones de crianza caracterizadas por la ausencia de afecto y cercanía, la posibilidad de que los niños se inicien en el consumo de sustancias es mayor (Braucht, Kirby y Berry, 1978).

En cuanto al análisis cualitativo de nuestros datos, se muestra claramente que todos nuestros participantes han experimentado un elevado número de experiencias adversas en la infancia. La relación que tuvieron con sus figuras de apego así lo refleja. Los sujetos relatan relaciones interpersonales inseguras e inestables desde la infancia hasta, en su gran mayoría, hoy en día.

Las personas adictas al consumo de sustancias suelen tener un historial de abuso físico y/o psicológico en el entorno familiar (Kendall-Tackett, Marshall, y Ness (2000)). Esto coincide con lo encontrado en nuestro estudio, en el que la mayoría de los participantes ha experimentado estas *relaciones basadas en el miedo, odio o inseguridad*. Casi todos los sujetos han recibido violencia física por parte del padre o padrastro. Esta figura paterna, además, es reportada por los sujetos como una persona principalmente alcohólica o adicta a otras sustancias. Estos resultados indican que el historial de consumo familiar así como la violencia hacia los hijos pueden ser factores importantes a la hora de estudiar las formas de entender las relaciones interpersonales en las personas drogodependientes. En cuanto a las relaciones entre el consumo y las *relaciones basadas en la indiferencia o el abandono*, se aprecia cómo estas personas han experimentado vivencias en las que se les trataba de manera distante, sin proporcionarles el suficiente afecto o cercanía; o bien, sus figuras de apego principales estaban ausentes durante su infancia. Esta falta de afecto y sensación de abandono que tienen los sujetos se ve reflejada hoy en día en su forma de relacionarse, pues tienen muchas dificultades para acercarse a otras personas y establecer relaciones de confianza con ellas, a pesar de tener un deseo fuerte de hacerlo,



lo que puede venir derivado de querer experimentar la sensación que produce ese afecto faltante en la persona drogodependiente. Esto concuerda con lo propuesto por Kohut (1977): las sensaciones experimentadas por el consumo de sustancias sustituye la conexión inexistente o insuficiente con las figuras principales de apego. Los participantes que han sido clasificados dentro de la categoría de *relaciones incoherentes o ambiguas* muestran los límites y normas difusos que sus familias trazaban en el hogar, así como sus patrones de crianza incoherentes. De estos resultados se extrae que los participantes en el presente estudio tienen representaciones mentales de sí mismos y de los demás inconsistentes e inciertas. Este tipo de experiencias son similares a las que vive un niño con estilo de apego inseguro-ambivalente. Al no haber una línea establecida en los límites de comportamiento del niño, el consumo de sustancias puede interpretarse de manera inicial como algo que no se sabe si está bien o está mal. Nuestros resultados en relación con la alta incidencia de experiencias infantiles adversas reflejan la extraordinaria influencia de estas experiencias en el desarrollo de conductas de consumo de sustancias, también reportada en otros estudios (DeWit, MacDonald y Offord, 1999; Felitti et al., 1998).

En cuanto a los motivos para iniciar el consumo de sustancias, todos nuestros sujetos relacionan haber empezado a consumir con acciones de otras personas, ya sea por la presión recibida por sus amigos y gente de su entorno social o por parte de sus propios familiares. Todos los participantes de este estudio consumieron por primera vez en la adolescencia, entre los 13 y los 18 años. Es interesante cómo todos ellos parecen desplazar el foco hacia otras personas, en lugar de exponer o reconocer motivos que les señalen como quienes decidieron empezar a consumir. De los testimonios aportados por nuestros participantes se pueden concluir dos cosas: el apoyo y vínculo que recibían de sus padres o figuras de apego principales era considerado negativo cuando les animaban a consumir

sustancias, mientras que el apoyo social percibido (amigos) era más elevado. Estos resultados coinciden con el estudio de Park, Kim y Kim (2009), en el que se encuentra que los adolescentes que perciben un menor apoyo por parte de sus padres y madres y un mayor apoyo por parte de sus iguales están en mayor riesgo de iniciar el consumo de sustancias. Todos los participantes clasificados en la categoría de *Presión por parte de la familia* manifiestan sentimientos de rechazo o miedo hacia esos familiares por los que iniciaron el consumo, mientras que los participantes clasificados en la categoría de *Presión por parte del grupo de iguales* suelen describir la situación como agradable, en la que se disfrutaban de buenos momentos consumiendo sustancias en compañía de sus amigos. Los participantes de este último grupo, además, suelen añadir la mala situación en su entorno familiar fue uno de los factores que les decidieron a probar las sustancias. Podemos imaginar que la carencia afectiva que experimentaban con sus figuras principales de apego era contrarrestada mediante a través del consumo de sustancias y de la compañía de otras personas con las que compartían el consumo. Las conclusiones descritas van en línea con los diversos hallazgos realizados por Hari (2015), en las cuales el desapego provoca la adicción más que las drogas en sí. Puede parecer, por las descripciones que realizan los sujetos, que los vínculos que se generan con el grupo de iguales representan una nueva forma de apego.

Los momentos vitales en los que una persona decide abandonar el consumo y mantener la abstinencia han resultado tener motivos diversos en este estudio. Los participantes que manifiestan haber entrado alguna vez en periodo de abstinencia por el *daño físico causado por el consumo*, reflejan en sus testimonios una fuerte ansiedad y un miedo a que su salud se hubiera visto dañada en exceso. Se puede deducir que las experiencias infantiles adversas se asocian con una alta preocupación por la salud física y mental en la adultez. Estas conclusiones se hallan en otros estudios, como el de Reiser, McMillan,

Wright y Asmundson (2014). Todos los participantes *han ingresado en prisión* en algún momento de sus vidas, pero esto no siempre ha sido motivo suficiente para abandonar el consumo. Aquellos que sí lo han dejado manifiestan que ha sido por la imposibilidad de encontrar u obtener sustancias para consumir, no por haber querido dejarlo. Pensamos que esta es un área que requiere de mayor profundización y estudio en el futuro, pero de entrada parece comprensible que una persona en prisión prefiera consumir para sobrellevar mejor esa situación sin duda muy dura. La mayoría de los participantes cuentan cómo *los vínculos que han iniciado con otras personas y su deseo de mantenerlos*, resultan una motivación para dejar las drogas. Estos nuevos vínculos podrían considerarse figuras de apego establecidas en la edad adulta. La mayoría de los participantes cuentan que dejaron de consumir gracias a una pareja. Se deduce que el vínculo que establecen con esta nueva figura de apego sustituye, en algún momento, la sensación que de otro modo buscan a través de la sustancia consumida, y no solo que se pretenda no enturbiar la nueva relación con el consumo. En otras palabras, las relaciones amorosas parecen haber representado en nuestra muestra un factor importante en la decisión de abandonar el consumo y mantener la abstinencia. Estamos de acuerdo con Shaver y Mikulincer, (2012) en que el uso de sustancias trata de sustituir la falta de vínculos de apego satisfactorios y de reducir la inestabilidad emocional. De nuestros datos se deduce que las relaciones de pareja son una motivación lo suficientemente potente para abandonar el consumo de sustancias y mantenerse abstinentes. Los participantes también reflejan la estabilidad emocional y vital que ganaron en ese periodo de sus vidas, lo cual refuerza esa abstinencia. El hecho de iniciar una relación amorosa influye positivamente en las personas consumidoras. Descubren una intimidad interpersonal y un afecto recibido no experimentado con anterioridad, que tienen a personas que realmente se preocupan por ellos y que desean que tengan una buena salud y estabilidad (Blumberg, 2004). La

posibilidad de una recuperación exitosa a largo plazo se reduce a no ser que su nueva vida en abstinencia le suponga una mayor recompensa y refuerzos que la centrada en el consumo de sustancias (Flores, 2001). Se concluye que esto es lo que ocurre en las personas drogodependientes al establecer una relación romántica con una pareja.

En cuanto a los motivos que propician las recaídas, la mayoría de nuestros sujetos las relacionan con *ruptura de vínculos*. Dentro de esta categoría, la mayoría de sujetos se refieren a ese vínculo que se ha destruido con la ruptura de una relación de pareja. Los momentos en los que esa relación de pareja comienza, coinciden con los periodos de inicio de la abstinencia y los momentos en los que esa relación de pareja termina, coinciden con los periodos de recaída en el consumo. La ruptura de vínculos con miembros de la familia también aparece en nuestros resultados. Esto indica, una vez más, que la falta del afecto que se obtiene de una figura de apego tiene relación con el consumo de sustancias. Los resultados concuerdan con el estudio de Sánchez-Hervás, Gómez, Villa, García-Fernández, García-Rodríguez y Romaguera (2012), que encuentran que un entorno social y familiar desestructurado y una insatisfacción con su vida sentimental y familiar son dos constructos que determinan un mayor riesgo de recaída. Otra parte de los sujetos reflejan en sus testimonios que fue el propio *efecto que produce en ellos la droga* lo que les hizo recaer en el consumo. Una parte de los participantes hacen referencia al efecto placentero y de bienestar que les produce el consumo. La búsqueda de sensaciones intensas y estimulantes que les hagan entrar en estados de conciencia alterada hace que las personas drogodependientes en abstinencia puedan volver al consumo, en especial cuando no encuentran algo con lo que sustituir esas sensaciones (Blumberg, 2004). En este estudio también se hace referencia a las sensaciones de vergüenza que sienten las personas consumidoras al recaer, algo hallado también en alguno de nuestros participantes. La otra parte de sujetos en esta categoría arguyen el efecto analgésico de la

sustancia que utilizaron para paliar algún tipo de dolor o malestar intenso. Del mismo modo que algunos recaen por el placer del consumo, otros experimentan ese placer aliviando la sensación de malestar.

### ***Conclusiones***

Como ya se ha mencionado previamente, las personas drogodependientes muestran, en su gran mayoría, tener un estilo de apego inseguro en cualquiera de las tres variantes planteadas en este estudio. Esto confirma la primera de nuestras hipótesis. En línea con esta premisa, también se observa cómo las relaciones afectivas en la adultez se ven limitadas por las experiencias infantiles adversas que estas personas han experimentado. Tanto en el análisis sociodemográfico como en el análisis cualitativo de la muestra, los participantes han relatado haber sufrido una gran cantidad de estas experiencias. Se confirma así la tercera de las hipótesis planteadas. En los testimonios aportados por los participantes, se aprecia cómo éste déficit de conexiones emocionales han tenido una gran influencia en los periodos críticos del consumo de sustancias (momentos de inicio, abstinencia y recaída). La falta de vínculos afectivos saludables implica una fuerte motivación para consumir, ya que se sustituyen las sensaciones generadas a partir de las relaciones con las figuras de apego con las drogas. Una persona adicta no considerará la abstinencia hasta que la experiencia negativa del consumo sea mayor que el placer derivado del abuso de la sustancia (Flores, 2001). En función de los testimonios aportados, podemos decir que lo mismo ocurre con los periodos de inicio de consumo: la decisión de consumir o no estará muy influenciada por la experiencia que se tenga del afecto y la calidez en ese momento vital. La segunda de las hipótesis planteadas en este estudio se confirma tras esta observación.

A raíz de los resultados y conclusiones obtenidas en este trabajo, se deduce que el apego tendría que estar siempre presente en los estudios del consumo de sustancias y en los programas de rehabilitación de drogodependientes. Una parte importante de la terapia tendría que ir orientada al apego y al restablecimiento de los vínculos con la pareja, amigos o familiares. Recomendamos, por tanto, que la terapia en este campo sea siempre de tipo familiar.

Las experiencias infantiles adversas fueron estudiadas ya en los años 90 (Felitti et al., 1998) y no hay ninguna duda sobre su influencia negativa en todo tipo de disfunciones y enfermedades médicas y psicológicas en la edad adulta. Lamentablemente, a pesar de haber constituido un descubrimiento tan relevante para la salud mental y física como lo fue el descubrimiento de la relación entre el tabaco y el cáncer, las autoridades sanitarias no parecen habérselo tomado tan en serio y aún estamos esperando por medidas que intenten paliar el sufrimiento de los niños pequeños por el bien de la salud de toda nuestra sociedad (van der Kolk, 2015).

### ***Limitaciones***

Nuestro estudio, si bien ofrece una gran cantidad de información por el análisis cualitativo de los datos, presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta. Al ser la muestra tan pequeña no se ha considerado oportuno realizar análisis que no sean de carácter descriptivo. En relación a nuestra muestra, los participantes eran todos de origen español, y adscritos al programa de tratamiento de un mismo centro, por lo que se deben tomar precauciones a la hora de interpretar los resultados y generalizar las conclusiones a muestras de otra procedencia. Por otro lado, debido al estado de deterioro de algunos de los participantes, en ciertas ocasiones, las preguntas de la EPERIC y la CR han tenido que ser leídas por un experimentador y, a pesar de que eran los sujetos quienes contestaban,

las respuestas en papel también las marcaba el experimentador. Por este motivo, en algunas de las respuestas ha podido influir un efecto de deseabilidad social de los participantes.

## REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175-179.
- Barroso, O. (2014). 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*, 4(1), 1-25.
- 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.
- Benjamin, J. (1999). Recognition and destruction: An outline of intersubjectivity. In S. Mitchell & L. Aron (Eds.), *Relational psychoanalysis: The emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (Original work published 1990)
- Booth, B. M., Russell, D. W., Soucek, S., & Laughlin, P. R. (1992). Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 18(1), 87-101.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss v. 3 (Vol. 1). *Random House*. Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). *Methods and measures: The network of relationships*

*inventory: Behavioral systems version. International Journal of Behavioral Development, 33, 470-478.*

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol 1. Attachment* (2<sup>nd</sup> ed). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1977). The Making and Breaking of Affectional Bonds: II. Some Principles of Psychotherapy: The Fiftieth Maudsley Lecture (expanded version). *The British Journal of Psychiatry, 130*(5), 421-431.

Braucht, G. N., Kirby, M. W., & Berry, G. J. (1978). Psychosocial correlates of empirical types of multiple drug abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(6), 1463.

Blumberg, D. (2004). Stage model of recovery for chemically dependent adolescents: Part 1—methods and model. *Journal of psychoactive drugs, 36*(3), 323-345.

Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, 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*(1), 32.

De Rick, A., Vanheule, S., & Verhaeghe, P. (2009). Alcohol addiction and the attachment system: an empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Substance Use & Misuse, 44*(1), 99-114.

Delvecchio, E., Di Riso, D., Lis, A., & Salcuni, S. (2016). Adult attachment, social adjustment, and well-being in drug-addicted inpatients. *Psychological reports, 118*(2), 587-607.

DeWit, D. J., MacDonald, K., & Offord, D. R. (1999). Childhood stress and symptoms of drug dependence in adolescence and early adulthood. *American Journal of Orthopsychiatry, 69*(1), 61-72.

Dominguez Alvarez, R., & Loureiro, M. L. (2012). Stigma, ex-convicts and labour markets. *German Economic Review, 13*(4), 470-486.

Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The



- Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 56(6), 774-786.
- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2015). Attachment, a matter of substance: The potential of attachment theory in the treatment of addictions. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 109-117.
- Flores, P. J. (2001). Addiction as an attachment disorder: Implications for group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51(1: Special issue), 63-81.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic Theory from the Viewpoint of Attachment theory and Research. En: Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 595-624). New York: Guilford Press.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas*, 3, 1-17.
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas*, 4.
- Fontanil Gómez, Y., Ezama Coto, E., & Alonso Fernández, M. Y. (2013). Validation of the scale of preferences and expectations in close interpersonal relationships (EPERIC). *Psicothema*.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). The Berkeley adult attachment interview. *Unpublished protocol, Department of Psychology, University of California, Berkeley*

- Hari, J. (2015). Se ha descubierto lo que probablemente causa la adicción, y no es lo que tú crees. *Huffington Post*, 31/01.
- Havassy, B. E., Hall, S. M., & Wasserman, D. A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive behaviors*, 16(5), 235-246.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511.
- Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.
- Holmes, J. (2009). *Teoría del apego y psicoterapia: En busca de la base segura*. Retrieved from <https://0-ebookcentral.proquest.com.al>
- Hundleby, J. D., & Mercer, G. W. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to young adolescents' use of alcohol, tobacco, and marijuana. *Journal of Marriage and the Family*, 151-164.
- Kendall-Tackett, K. A., Marshall, R., & Ness, K. E. (2000). Victimization, healthcare use, and health maintenance. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, 16, 18-21.
- Kohut, H. (1977). Preface. In J. D. Blaine & A. D. Julius (Eds.), *Psychodynamics of drug dependence* (pp. vii-ix). NIDA Publication No.ADM77-470. Washington, DC: Government Printing Office.
- Lotter, D. M. (2002). Predicting treatment outcomes in mentally ill chemically abusing (MICA) inpatients from attachment group categorization.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.
- Main, M. (1999): "Mary D. Salter Ainsworth: Tribute and Portrait". *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4): 682-730.

- Marshall, S. W., Albery, I. P., & Frings, D. (2018). Who stays in addiction treatment groups? Anxiety and avoidant attachment styles predict treatment retention and relapse. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(4), 525-531.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., ... & Steele, H. (2014). Adverse childhood experiences (ACEs) questionnaire and adult attachment interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233.
- Musetti, A., Terrone, G., Corsano, P., Magnani, B., & Salvatore, S. (2016). Exploring the link among state of mind concerning childhood attachment, attachment in close relationships, parental bonding, and psychopathological symptoms in substance users. *Frontiers in psychology*, 7, 1193.
- Olabuénaga, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (Vol. 15). Universidad de Deusto.
- Park, S., Kim, H., & Kim, H. (2009). Relationships between parental alcohol abuse and social support, peer substance abuse risk and social support, and substance abuse risk among South Korean adolescents. *Family Therapy*, 36(1), 49.
- Pinedo Palacios, J. R., & Santelices Álvarez, M. P. (2006). Apego adulto: los modelos operantes internos y la teoría de la mente. *Terapia psicológica*, 24(2).
- Reis, S., Curtis, J., & Reid, A. (2012). Attachment styles and alcohol problems in emerging adulthood: A pilot test of an integrative model. *Mental Health and Substance Use*, 5(2), 115-131.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(3), 407-413.
- Rodríguez-Pellejero, J. M., & Núñez, J. L. (2018). Relationship between attachment and executive dysfunction in the homeless. *Social work in health care*, 57(2), 67-78.
- Rosenberg, H. (1983). Relapsed versus non-relapsed alcohol abusers: Coping skills, life events, and social support. *Addictive Behaviors*, 8(2), 183-186.

- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 244.
- Sánchez-Hervás, E., Gómez, F. J. S., Villa, R. S., García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., & Romaguera, F. Z. (2012). Psychosocial predictors of relapse in cocaine-dependent patients in treatment. *The Spanish journal of psychology, 15*(2), 748-755.
- Schindler, A., & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Substance abuse, 36*(3), 304-313.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development, 4*(2), 133-161.
- Sroufe, L. A., & Donís Galindo, M. S. (2000). *Desarrollo emocional: la organización de la vida emocional en los primeros años*. Oxford University Press México,.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Borelli, J. L., & McMahon, T. J. (2018). Does improvement in maternal attachment representations predict greater maternal sensitivity, child attachment security and lower rates of relapse to substance use? A second test of Mothering from the Inside Out treatment mechanisms. *Journal of substance abuse treatment, 85*, 21-30.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development, 59*(2-3), 25-52.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Wallin, D. (2012) *El apego en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Zeid, D., Carter, J., & Lindberg, M. A. (2018). Comparisons of Alcohol and Drug Dependence in Terms of Attachments and Clinical Issues. *Substance use & misuse, 53*(1), 1-8.

## ANEXOS

### Anexo I. Ítems de la Entrevista semiestructurada

1. Podrías comenzar orientándome sobre tu situación familiar cuando eras pequeño. Me gustaría saber ciertos aspectos como dónde naciste, dónde vivías, cuántas personas había en tu familia, la relación con tus padres y entre ellos, a qué se dedicaban, si había otros adultos con quienes te sentiste cerca, etc.
2. ¿Cuál es la relación actual con tus padres? ¿Ha habido muchos cambios en esa relación desde que eras niño hasta hoy en día?
3. ¿Cuándo fue la primera vez que consumiste? ¿Qué consumiste? ¿Cómo era la relación con tu familia entonces?
4. ¿Cuánto tiempo llevas consumiendo?
5. ¿Cuándo fue la primera vez que dejaste de consumir? ¿Cuánto tiempo duró ese periodo de abstinencia? ¿Cómo era la relación con tu familia por aquel entonces? ¿Qué crees que hizo que dejases de consumir?
6. ¿Cuándo sufriste tu primera (o única) recaída? ¿Cómo era tu situación familiar en ese tiempo?