



**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**

**REPRESENTACIONES DE APEGO EN ADULTOS VARONES  
DROGODEPENDIENTES**

Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica  
que presenta el Bachiller:

**DIEGO ALONSO OTERO OYAGUE**

**ASESORA: KATHERINE FOURMENT**

LIMA – PERÚ 2014

## Resumen

### Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes

En la presente investigación se describen las representaciones mentales de apego de un grupo de 28 adultos hombres en recuperación por drogodependencia. Las edades de los participantes se encuentran entre los 23 y 59 años ( $M=36$ ;  $DE=10.2$ ). El total de los participantes reside en la ciudad de Lima, el 64% ha recibido educación superior y el 36% ha recibido educación secundaria. Se utiliza el autocuestionario de representaciones de apego para adultos "CaMir". Tomando en cuenta las escalas de esta prueba, se realizaron dos contrastes de medias: el primero fue realizado con un grupo comparativo de supuestos normales y el segundo fue realizado tomando como referente el puntaje ideal para el prototipo ideal de apego seguro. En el primer contraste se encontraron diferencias significativas en todas las escalas del CaMir, mientras que en el segundo contraste también se encontraron diferencias significativas exceptuando las escalas B (Preocupación familiar) y K (Bloqueo de recuerdos). En líneas generales, las escalas relacionadas al prototipo de apego autónomo fueron comparativamente más bajas, y las escalas relacionadas a los prototipos: preocupado, desapegado, no resuelto y al medio de estructuración familiar, fueron comparativamente más altas.

Palabras clave: drogodependencia, representaciones de apego, CaMir.

## Abstract

### Representations of attachment in drug dependent male adults

This investigation describes the mental representations of attachment of a group of 28 male adults recovering from drug dependence. Participants ages fluctuate between 23 and 59 years ( $M=36$ ;  $DS=10.2$ ). All participants live in the city of Lima, 64% has received college education and 36% has received high school education. For these purposes, we used the self-report questionnaire of attachment representations for adults "CaMir". Two contrast medias resulted from the CaMir scales: the first one was carried out with a group of apparently normal individuals and the second one, using as reference the ideal score for the secure attachment prototype. In the first contrast, significant differences were found within all the CaMir scales, whereas in the second contrast, significant differences were also found, but not in scales B (family awareness) and K (memory block). In general, scales related to the autonomous attachment prototype were comparatively lower, and the scales related to the preoccupied prototype, dismissing prototype, non-result prototype and to the family structure, were higher.

Key words: drug dependence, attachment representations, CaMir.

## Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes.....	11
Medición.....	12
Procedimiento.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	23
Referencias.....	29
Anexos.....	33
Anexo A: Consentimiento Informado.....	35
Anexo B: Definiciones de las 13 Escalas del CaMir.....	37
Anexo C: Consistencia Interna de las Escalas del CaMir.....	39
Anexo D: Ficha Sociodemográfica.....	41
Anexo E: Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk de las escalas del CaMir.....	43



## Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes

La drogodependencia o la dependencia de sustancias psicoactivas generalmente denominadas como drogas, puede ser definida como una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para sentirse bien o para no sentirse mal (OMS, 1994). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM V (American Psychiatric Association, 2013), se describen los trastornos relacionados con sustancias como un conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican la continuidad del consumo de una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Además, se indica que un patrón de repetida autoadministración a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia.

Esta definición es muy semejante al síndrome de dependencia descrito en la Clasificación Internacional de Enfermedades o CIE-10 (OMS, 1992). En éste se incluyen otras manifestaciones sintomáticas como la priorización del consumo por encima de otros comportamientos anteriormente valorados por la persona y el deseo fuerte o a veces insuperable de ingerir sustancias psicotrópicas, alcohol o tabaco, como algunas de las manifestaciones más características del síndrome. El CIE-10 señala como característica esencial de este síndrome la conciencia subjetiva de la compulsión al consumo, que suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el mismo.

Al integrar estas definiciones y precisiones se puede tener una descripción completa de la drogodependencia. Ésta incluye síntomas cognoscitivos como la representación del deseo de consumo, la conciencia del consumo compulsivo cuando se intenta interrumpir el mismo y su priorización sobre otras actividades importantes para el individuo. Entre los síntomas conductuales se encuentra el consumo compulsivo en sí mismo y la significativa afectación de otras actividades laborales o sociales. Por último, entre los síntomas fisiológicos se observa el desarrollo de tolerancia hacia la droga y el malestar durante la abstinencia (American Psychiatric Association, 2013; OMS, 1992).

Con el objetivo de describir la situación del consumo de drogas ilegales y la drogodependencia en el Perú, se hace necesario revisar las últimas encuestas nacionales de consumo de drogas en población general realizadas por DEVIDA (2010). Los indicadores

del uso de marihuana y cocaína muestran un incremento importante entre el año 2006 y 2010. La incidencia del uso de marihuana aumentó en 50%, de 0.4% a 0.6%, mientras que la incidencia del uso de cocaína aumentó en 100%, de 0.1% a 0.2%. En el caso del PBC la incidencia se mantuvo en 0.2%, y en el caso de los inhalantes y el Éxtasis, disminuyó.

Respecto a las diferencias en el consumo de drogas ilegales según el sexo, se encontró una prevalencia de año siete veces más alto en los varones que en las mujeres, destacando un consumo mucho mayor de marihuana. Las diferencias por grupos de edad también muestran información importante, dado que tanto el grupo de 12 a 18 años como el grupo de 19 a 25 años se ubican como los mayores consumidores, con 2.5% y 2.9% de prevalencia de año respectivamente; los grupos de 26 a 35 años y de 36 a 45 años obtuvieron un 1.1% cada uno de prevalencia de año y el grupo de 46 años y más, un 0.5%. Así, se observa que los grupos de edad más jóvenes son los mayores consumidores (DEVIDA, 2010).

Por otro lado, dentro de los factores asociados al consumo de drogas ilegales, se encontró que las personas con un nivel de integración familiar bajo, caracterizado por relaciones cotidianas que no favorecen la comunicación y generan un entorno de desconfianza, reportaron una prevalencia anual significativamente mayor en el consumo de marihuana, PBC, cocaína e inhalantes (DEVIDA, 2010).

También se encontró que el 47.1% de los consumidores de marihuana presentan signos de dependencia, tomando como referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). En el caso de los consumidores de cocaína, este porcentaje aumenta a 47.8%, y para los consumidores de PBC, aumenta a 59.6%. En la misma línea, se reporta que el 0.9% de la población requiere acceder a algún tipo de tratamiento especializado en el sistema de salud debido al uso de alguna droga (DEVIDA, 2010).

Luego de plantear algunos indicadores de la situación del consumo y dependencia a drogas ilegales en el Perú, se hace necesario exponer los factores que intervienen en el desarrollo de la drogodependencia.

Se considera que la adicción surge de la convergencia de diferentes factores psicológicos, sociales y ambientales, como la satisfacción de la curiosidad, la necesidad de pertenecer a un grupo, provocar una sensación de bienestar y tranquilidad, escapar de algo, entre otros (Oliver, 2004). En ese sentido, se configuraría un marco ecológico relacional y

ambiental en el cual la conducta del adicto surgiría como una constelación de dinámicas de adaptación a su propio sistema (Butler y Seedall (2006).

En este marco de interacción e influencia social y ambiental, es posible diferenciar factores individuales en el desarrollo de la dependencia, como son, la dependencia fisiológica y psicológica. La primera, denominada como neuroadaptación, es un estado que se caracteriza por la necesidad de mantener ciertos niveles de droga en el organismo, lo cual puede llevar al desarrollo de la tolerancia y progresivamente al aumento del consumo. Además, de suspenderse el consumo, puede generarse un síndrome de abstinencia agudo (Lorenzo, 2009).

De otro lado, la dependencia psicológica se entiende como el fuerte deseo de consumir para obtener los efectos agradables, placenteros o evasivos de la droga, o para evitar el malestar de su ausencia. En ese sentido, está sujeta a la capacidad reforzadora de la droga, a los estímulos condicionados y a la forma como estos fenómenos se han integrado en la persona y su estilo de vida (Lorenzo, 2009).

Desde la teoría psicoanalítica, Peña (1992) menciona que el aspecto central de la personalidad envuelto en este comportamiento es la tendencia del individuo a hacer que sus necesidades instintivas y afectivas sean satisfechas por la droga. Idealmente, las personas psíquica y emocionalmente adultas tienden a buscar esta satisfacción en el intercambio con los otros y en el establecimiento de relaciones significativas, mientras que los drogodependientes lo hacen mediante el consumo, devaluando la riqueza de las relaciones interpersonales y reemplazándolas por la droga. Explica que los drogodependientes tratan de restablecer un vínculo temprano que fue insuficientemente significativo y facilitante, sin embargo, lo hacen mediante la regresión a una conducta infantil que configura una relación dependiente con la droga.

Alonso-Fernández (2003) también propone que la patología adictiva tiene que ver con la regresión a una conducta infantil, la cual facilitaría un vínculo autoritario con el objeto de la droga y facilitaría el establecimiento de relaciones de completa dependencia.

En la misma línea, Dodes (2009) explica que las conductas adictivas suelen estar precedidas por emociones de impotencia o de incapacidad, las cuales pueden responder a problemas diversos como carencias tempranas en el desarrollo y el apego, conflictos alrededor del control y la competitividad, sentimientos de humillación y heridas narcisistas.

Precisamente, este autor señala que la decisión de llevar a cabo una acción adictiva funciona como un intento de reparar el sentimiento de impotencia que está a la base en este cuadro. Explica que al consumir, el sujeto escoge el estado emocional en el que desea encontrarse, producto de la droga que prefiera, y esto aporta a la recuperación de la sensación de control sobre sí mismo al revertir la sensación opuesta de impotencia o incapacidad. Para el autor, esta reversión transitoria explica la función del consumo en el drogodependiente, y es lo que lo lleva a consumir cada vez que regresa la sensación de impotencia, derivando así en la conducta repetitiva y compulsiva que caracteriza esta problemática (Dodes, 2009).

En relación a la influencia de variables parentales y familiares en las drogodependencias, Peña (1992) considera que es necesario contemplar el desarrollo y el crecimiento del individuo, evaluando las formas de crianza a las que ha estado sometido, todo ello para lograr una verdadera comprensión psicológica y psicodinámica del drogodependiente. Alonso-Fernández (2003) precisa que una familia amorosa, dialogante y equilibrada proporciona cierta protección ante este problema y que, por el contrario, los lazos familiares débiles o distorsionados pueden favorecerlo. Además, menciona que existe una alta prevalencia de familias sin normas, autoritarias, conflictivas y, sobre todo, violentas, que albergan personas drogodependientes.

En esa línea, Martínez, Gómez y Ortega (2005) investigaron patrones familiares de conducta y consumo de drogas en 83 participantes que asistieron a consulta a cinco Centros de Integración Juvenil de la Zona Metropolitana de la ciudad de México. Se encontró que los jóvenes con problemas de adicción reportaron altos índices de hostilidad y rechazo de parte de sus padres, especialmente en el campo afectivo y de reconocimiento. Además, reportaron falta de confianza hacia sus padres, no sintiéndose apoyados por ellos y percibiendo indiferencia en la convivencia familiar, así como serias deficiencias en lo que respecta a la comunicación de problemas personales o temas cotidianos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se puede observar que algunas aproximaciones sobre los factores intervinientes y las explicaciones etiológicas de la drogodependencia apuntan hacia las carencias en el desarrollo temprano, así como a la calidad del vínculo materno y de las relaciones cercanas en general. En ese sentido, dado que el presente trabajo se enfoca en investigar la relación que podría existir entre las

representaciones de apego y la drogodependencia, pasaremos a describir las bases teóricas de la teoría del apego, centrándonos en los estilos de apego y las representaciones de apego adulto.

La teoría del apego nace de la necesidad de explicar la dinámica de los vínculos y lazos emocionales, y, sobre todo, de proveer una teoría que aporte a comprender el desarrollo de la personalidad (Marrone, 2001).

Para Bowlby (1983), su principal creador,

“este paradigma permite una manera nueva y esclarecedora de conceptualizar la propensión de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos con otras personas y explicar las múltiples formas de padecimiento emocional y de trastornos de personalidad, incluyendo la ansiedad, la cólera, la depresión y el desapego emocional, a que dan origen la separación y la pérdida sufridas.”(p. 60)

Las relaciones de apego son predominantemente guiadas por representaciones que los individuos jóvenes construyen a partir de los patrones de interacción experimentados con sus principales figuras de apego. A estos patrones se les denomina “modelos operativos internos” (MOI) y conceptualizan un sistema de representaciones sobre el entorno y sobre uno mismo, en relación a los otros significativos (Bretherton y Munholland, 1999).

Los MOI están formados, teóricamente, por dos componentes complementarios. El primero se refiere a la figura de apego y a la relación que se establece con ella, a partir de su disponibilidad, sensibilidad y capacidad de respuesta ante las necesidades del niño. El segundo componente se refiere al self y a su proceso de desarrollo evolutivo, formándose a partir de la manera en la que el niño se percibe como merecedor de amor y cuidado (Rholes, 2004).

Así, puede verse que estos modelos construyen sus bases desde la infancia, considerando la relación con las figuras de apego y cómo esta afecta la evolución del self. Sin embargo, su construcción no termina ahí, sino que continúan desarrollándose y reeditándose a partir de las diversas experiencias y nuevas relaciones interpersonales que se dan a lo largo del ciclo vital. De esta manera, son construidos y desarrollados a lo largo del tiempo, pudiendo complejizarse y reemplazar modelos anteriores, incluyendo a nuevas personas, lugares, ideas, pautas culturales, estructuras sociales, etc. (Marrone, 2001).

De esta forma, se entiende que los MOI sirvan para regular, interpretar y anticipar las reacciones de las figuras de apego, así como las propias conductas, pensamientos y sentimientos vinculados a las relaciones de apego (Bretherton y Munholland, 1999). Por lo tanto, éstos afectan la conducta y el pensamiento, controlando los procesos de atención y memoria, regulando los afectos ante eventos que involucran relaciones cercanas, proporcionando una guía de cómo actuar, qué expectativas tener y cómo interpretar eventos interpersonales. (Rholes, 2004).

En el adulto, el estudio del apego se realiza a partir de las representaciones mentales asociadas al apego, siendo Main y Goldwyn quienes iniciaron su exploración a partir del desarrollo de la “Entrevista de Apego Adulto” (AAI) (Hesse, 1999). El análisis de estas representaciones permite clasificar a la persona dentro de las siguientes categorías: seguro/autónomo, devaluador, preocupado o no resuelto/desorganizado.

También se ha desarrollado otros modelos y formas para acceder a las representaciones de apego. Hazan y Shaver (1987) diseñaron un instrumento autoaplicado (HSSR) que consiste en descripciones breves de tres estilos de apego, con respecto a las experiencias en las relaciones amorosas.

Por su parte, Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron un modelo de cuatro categorías de apego, manteniendo el patrón de apego seguro y preocupado-ansioso de anteriores abordajes, pero diferenciando entre dos subtipos del apego evitativo.

Estos modelos e instrumentos pueden ser considerados valiosos en el estudio del apego en el adulto, aunque existen algunas diferencias entre ellos que dificultarían una definición unificada de las categorías del apego adulto. Sin embargo, se hace necesario describir estas categorías. Por ello, considerando las características del presente estudio y los instrumentos utilizados, se tomará como referencia la clasificación correspondiente al AAI, la cual será enriquecida y complementada por los aportes de otros autores que se basan en la misma clasificación del apego adulto.

De esta manera, las características generales correspondientes a cada uno de los prototipos de apego en el adulto se presentan a continuación. El prototipo seguro agrupa a adultos que han crecido en una familia estable y continente, mostrando algunos ser resilientes ante la vida y presentándose como excepcionalmente reflexivos y maduros. (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Marrone, 2001; Pierrehumbert et al. 1996)

El prototipo evitativo o devaluador representa al espectro de personas muy predisuestas a afirmar su autosuficiencia, cuando muchas veces ésta descansa sobre bases precarias. Suelen mantener sus conductas de apego a un bajo nivel de activación debido a la organización de sus defensas, resultando en individuos que tienden a no buscar o esperar apoyo, empatía, cariño e intimidad en sus vínculos. (Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Marrone, 2001)

El prototipo preocupado mantiene sus conductas de apego activadas a un nivel alto, estableciendo relaciones con facilidad pero comportándose de forma ambivalente o adhesiva, a veces con explosiones frecuentes de rabia. Además, tienden a valorar la implicación interpersonal en desmedro de la autonomía. (Main, Kaplan y Cassidy 1985; Marrone, 2001; Pierrehumbert et al 1996)

Esta clasificación incluye un cuarto prototipo, denominado “no resuelto” o “desorganizado”, que busca conceptualizar una forma de apego caracterizada por una falta de estructuración u organización en las relaciones de apego. En este caso, se presume que han existido episodios traumáticos relacionados a las figuras de apego, ocurridos en la infancia de las personas que se acercan a este prototipo. Por ejemplo, la muerte prematura de algún progenitor, abuso sexual, físico o violencia familiar. (Lyons-Ruth y Jacobvitz como se citó en Marrone, 2001)

Estas definiciones de los prototipos de apego en el adulto debieran ser de utilidad para el propósito de la presente investigación dado que han sido previamente relacionados al consumo y la dependencia a drogas en investigaciones previas, utilizando diferentes metodologías, poblaciones e instrumentos.

De Lucas y Montañés (2006) realizaron un trabajo de revisión y comparación de 12 investigaciones que estudiaban los estilos o las representaciones de apego en consumidores de alcohol y/o drogas, llevadas a cabo entre los años 1995 y 2005. Se utilizaron diferentes instrumentos como el Cuestionario autoaplicado de Hazan y Shaver (HSSR), la Entrevista de Apego Adulto (AAI) y la entrevista e instrumentos autoaplicados de Bartholomew. Además, fueron realizadas con diferentes tipos de participantes, considerando la edad, sexo, gravedad del consumo, entre otros.

Entre sus conclusiones más relevantes se señala que el estilo de apego seguro no parece tener ninguna relación con los trastornos por consumo de drogas (TCD). Como

segundo punto, se afirma que existen pocos datos empíricos que apoyen una relación entre el apego preocupado y los TCD. Como tercer punto, respecto a la revisión de estudios previos sobre el tema, se menciona que predominan representaciones y estilos de apego inseguros en los sujetos con TCD, y que los trabajos encuentran mayoritariamente apegos evitativos (De Lucas y Montañes, 2006). Para revisar este punto con mayor detalle, se expondrán algunos estudios que también han sido citados por De Lucas y Montañes.

El primero corresponde a Schindler y colaboradores (2005), quienes investigaron los estilos de apego en una muestra de 71 adolescentes dependientes de drogas, con una edad media de 19.18 años. Utilizaron la entrevista e instrumentos autoaplicados de Bartholomew, buscando una conexión con el apego evitativo-temeroso, sub-categoría del estilo evitativo original mencionado anteriormente. Los resultados confirmaron esta hipótesis, puntuando significativamente más alto en la escala de apego evitativo-temeroso. Además, los adolescentes dependientes puntuaron significativamente más bajo que el grupo control en la escala de apego seguro. Por último, se encontró que la severidad de la adicción estuvo positivamente relacionada con el apego evitativo-temeroso, pero negativamente relacionada con el apego evitativo-devaluador.

Otro estudio revisado fue el de, Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, y Weizman (2003). La investigación fue realizada en una muestra clínica de 56 participantes con una edad promedio de 39 años y una larga historia de abuso y dependencia de drogas. En esta investigación se usó la versión hebrea del Cuestionario autoaplicado de Hazan y Shaver (HSSR), y se encontró que el 61% de los participantes se clasificaron a ellos mismos con un apego evitativo, el 27% con un apego seguro y solo el 12% con un apego ansioso/ambivalente.

Además, utilizando el mismo instrumento de medición (HSSR), pero con una muestra no clínica, Cooper, Shaver y Collins (1998) estudiaron los estilos de apego en adolescentes de 13 a 19 años que reportaron un consumo prevalente de 6 meses. Se encontró que un mayor uso de drogas estuvo ligado a un apego inseguro, evitativo y, especialmente, ansioso. Además, se halló una mayor incidencia de uso experimental de sustancias en individuos con un apego seguro que en individuos con apego evitativo, interpretando el consumo experimental como una conducta exploratoria.

Sobre este punto, como mencionan Butler y Seedall (2006), cuando existe un apego seguro, el sistema exploratorio funciona y da soporte al desarrollo de una madurez adulta, empoderando al adulto en la tarea principal de su proceso evolutivo, la generatividad. Estos autores señalan que es inevitable cometer errores en la exploración para el desarrollo y optar por conductas no generativas o auto-destructivas, sin embargo, el apego seguro abre la posibilidad y el reto de recuperarse de estas conductas, facilitando el cambio, el crecimiento y la reparación para la persona.

Por otro lado, un estudio realizado en Reino Unido utilizó el auto-cuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMir Q-sort) para investigar las cogniciones de apego y síntomas depresivos en personas de 15 a 25 años con trastornos alimenticios y abuso de drogas. Respecto a las personas con un problema de abuso de drogas, se encontró que fue el grupo que puntuó más bajo respecto a las cogniciones de apego seguro, en relación el grupo de control y al grupo con trastornos alimenticios. Además, se relacionó de forma inversa con el apego preocupado y con las escalas de “apoyo parental” y de “indisponibilidad parental”. Estas escalas hacen referencia, en el primer caso, al grado en que el sujeto percibe que su entorno familiar originario cumplió su función como fuente de soporte y seguridad durante la infancia, y, en el segundo caso, al grado en que el sujeto percibió en la infancia que sus padres fueron poco preocupados o negligentes respecto a él, su desarrollo y bienestar (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, Bader, Halfon, 2005).

A partir de los estudios revisados, encontramos que existe consenso en relación a que el apego seguro parece ser el menos relacionado y presente, tanto en el consumo como en la drogodependencia. Parecería que existe un predominio de todo el grupo de apego inseguro, aunque las diferencias entre los constructos establecidos para cada modelo hacen difícil establecer un prototipo de apego específico que esté relacionado a este grupo de estudio.

Otro punto importante a mencionar respecto a la importancia del estudio del apego en relación a la drogodependencia tiene que ver con el proceso de rehabilitación de la drogodependencia. Butler y Seedall (2006) afirman que la dinámica de la relación de apego es capaz, de forma única, de auspiciar la recuperación de una adicción, ya que está naturalmente preparada y organizada a nivel emocional, psicológico y social, para proveer el sostenimiento y la responsividad positiva a quien se encuentra luchando para recuperarse. Además, plantea que el contexto de un apego seguro genera en las personas

una mayor susceptibilidad y predisposición al cambio, teniendo en cuenta que la exploración necesaria para ese cambio se da con más facilidad cuando existe una base segura de apego. De lo contrario, cuando el lazo y la conexión de apego son inciertos o inestables, el sistema exploratorio se desactiva y el apego ansioso se posiciona.

En ese sentido, establecer una relación de apego seguro en el contexto terapéutico podría ser un vehículo poderoso para la intervención en un proceso de recuperación de la drogodependencia. Algunos beneficios encontrados cuando se ha logrado una relación de apego seguro son: la posibilidad de promover e intensificar el deseo de recuperación a través de la confrontación conjunta, la exploración honesta de la sensación de impotencia que suele estar presente, y la exploración segura del riesgo de recaer y de los eventos de recaída (Butler y Seedall, 2006).

Teniendo en cuenta todo lo dicho, se encuentra que el estudio de las representaciones de apego en adultos en recuperación por drogodependencia se hace relevante, principalmente, por una necesidad de describir cómo son estas representaciones y su posible relación con algunas propuestas teóricas desarrolladas para comprender esta problemática. Además, resulta relevante estudiar este tema debido a la importancia del apego seguro en la recuperación de la drogodependencia (Butler y Seedall, 2006; Holmes, 2001).

Así, el propósito de la presente investigación es la descripción las representaciones de apego a través del estudio de las cogniciones asociadas al apego en un grupo de hombres que se encuentran en proceso de recuperación de una dependencia a drogas ilegales.

Para ello se utilizará un auto-cuestionario que evalúa las representaciones de apego en el adulto. Previamente se realizó una breve evaluación de las habilidades cognitivo-verbales de los participantes para incluir solo a personas que obtengan un puntaje promedio en dicha área. Para la descripción de los resultados obtenidos, estos serán contrastados con los puntajes de un grupo comparativo de similares características y con los puntajes del prototipo ideal de apego seguro.

## Método

### Participantes

El grupo de participantes estuvo compuesto por 28 hombres de 23 a 59 años ( $M = 36.86$ ,  $DS = 10.20$ ) que se encontraban en proceso de recuperación por drogodependencia en dos hospitales de la ciudad de Lima. Se llegó a ellos por intermedio del personal a cargo en cada una de las instituciones, respetando el proceso de autorización señalado por la administración de las mismas.

El 78.6% de los participantes nació en la ciudad de Lima, un 17.9% en provincias y un participante en el extranjero. El 60.7% era soltero, el 25% casado o conviviente y los demás estaban separados o divorciados. Por último, el 64.3% recibió educación superior y el 35.7% educación secundaria completa o incompleta.

La selección de la muestra fue realizada a partir de dos criterios de inclusión que buscaron asegurar la presencia de habilidades cognitivo-verbales requeridas para la aplicación del instrumento utilizado. Esto se debe a que, en un estudio de validación del auto-cuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMir Q-sort) realizada en nuestro medio por Fourmet (2009), se mencionó que el NSE bajo de los participantes, en relación a un grado de instrucción limitado o una insuficiente estimulación para el desarrollo de habilidades verbales, podría haber afectado la comprensión y la adecuada realización de la prueba. Además, un estudio realizado por Saavedra (2002) con sujetos dependientes de sustancias psicoactivas encontró déficits significativos en funciones cerebrales superiores como las habilidades cognitivo-verbales.

En ese sentido, se midieron estas habilidades utilizando la escala de analogías del WAIS-III. Se determinó que un puntaje mínimo de 9 en dicha escala indicaría un nivel promedio en su razonamiento verbal, por lo cual, solo se incluyó a los participantes que cumplieron con este criterio.

El segundo criterio de inclusión consistió en que los participantes ya hubieran atravesado por la fase de desintoxicación y adherencia al tratamiento que se lleva a cabo durante el primer mes de su proceso de rehabilitación.

Además, todas las personas que aceptaron colaborar con la investigación firmaron un consentimiento en el que se les informó acerca de los objetivos generales de la

investigación, de su carácter voluntario, de la confidencialidad de la información y del anonimato de su participación (Anexo A).

Por otro lado, el grupo comparativo de supuestos normales estuvo conformado por 28 hombres de 22 a 42 años ( $M = 32.79$   $DE = 7.08$ ). Los datos de este grupo fueron extraídos de una muestra realizada para fines de una adaptación del CaMir, llevada a cabo por Nóbrega y Traverso (2013). La selección de este grupo se realizó por medio del método de apareamiento, buscando sujetos con características similares al grupo de participantes de esta investigación, en lo que respecta a la edad, nivel de instrucción y estado civil.

### Medición

Para medir el nivel de razonamiento verbal de los participantes, respecto al primer criterio de inclusión, se utilizó la Escala de inteligencia Adulta de Wechsler - Tercera Edición - WAIS-III (1997). Ésta fue estandarizada con una muestra representativa de la población de adultos de entre 16 y 89 años de los Estados Unidos, y participaron 2450 adultos normales. Se reportó un nivel de confiabilidad (de 0.98 para el instrumento completo).

Solo se utilizó la escala “analogías” de esta prueba de inteligencia, pues se considera que permite evaluar de forma suficiente el nivel de razonamiento verbal necesario para comprender el CaMir. Su coeficiente de confiabilidad ( $\alpha$ ) se encuentra en un rango de 0.82 a 0.88. Esta escala mide habilidades de comprensión verbal, formación verbal de conceptos y pensamiento asociativo, importantes para comprender y clasificar cada ítem del CaMir. De esta aplicación se obtiene un puntaje escalar que va del 1 al 19, donde una puntuación de entre 9 y 10, indicaría un nivel promedio en esa área. De esa forma, las personas que obtuvieron un puntaje escalar mínimo de 9 fueron considerados aptos para participar en la presente investigación.

Para evaluar las representaciones relacionadas al apego en los adultos drogodependientes se utilizó el “CaMir”, desarrollado por Pierrehumbert, Lausanne, Karmaniola, Sieye, Meister, Miljkovitch y Halfon en 1996. Este es un auto-cuestionario presentado en formato Q-sort, utilizado para evaluar de forma dimensional las representaciones de apego en adultos. En la presente investigación, se hace uso de la versión adaptada en el Perú por Nóbrega y Traverso (2013).

El CaMir permite acceder a escalas relacionadas a los prototipos de apego y, a través de ellas, a puntajes globales para los tres prototipos principales: seguro, desapegado y preocupado. Además, provee puntajes independientes de todas las escalas que componen la prueba, incluyendo las que están relacionadas al prototipo de apego no resuelto y al medio de estructuración familiar del sujeto. Estos puntajes escalares permiten hacer una evaluación más detallada de las representaciones relacionadas al apego en los adultos, como la percepción de apoyo y disponibilidad parental en el pasado, los sentimientos actuales generados a partir de dichas experiencias, entre otros.

La prueba consta de 72 ítems presentados en tarjetas (una por cada ítem). La aplicación procede como se explica a continuación. En un primer momento, el sujeto debe ubicar los ítems en tres grupos: “verdadero”, “falso” y “ni verdadero ni falso”. Luego debe distribuirlos en cinco grupos, distinguiendo del grupo “verdadero” las que son “más verdaderas” y las que son “menos verdaderas”, y del grupo “falso” las que son “más falsas” y “menos falsas”. En un segundo momento se procede a una distribución forzada, pidiendo al evaluado que escoja un número exacto de tarjetas por cada uno de los grupos: 12 para los grupos “más verdaderas” y “más falsas”, 15 para los grupos “menos verdaderas” y “menos falsas”, y 18 para el grupo “ni verdadero ni falso”. Debe registrarse en el primer y el segundo momento, que tarjetas han sido dispuestas en cada grupo.

Los 72 ítems de la prueba se distribuyen en 13 escalas, aproximadamente 6 ítems para cada una de ellas. Las escalas se organizan en dos ejes (véase tabla 1), uno correspondiente a los prototipos de apego (autónomo, preocupado, desapegado y no-resuelto) y a la estructuración del medio familiar, y otro correspondiente al presente, pasado y al estado de la mente (Pierrehumbert et al., 1996).

Respecto a la organización del segundo eje denominado “niveles de realidad”, es importante señalar que el CaMir recoge información sobre la familia actual (presente), sobre la experiencia pasada con los padres (pasado) y sobre la apreciación actual de la influencia de los padres (estado de la mente) (Pierrehumbert et al., 1996).

Tabla 1  
*Organización de las escalas del CaMir*

	<b>Pasado</b>	<b>Presente</b>	<b>Estado de la mente</b>
Preocupado	(A) Interferencia Parental	(B) Preocupación Familiar	(C) Resentimiento de Infantilización
Autónomo	(D) Apoyo Parental	(E) Apoyo Familiar	(F) Reconocimiento de Apoyo
Desapegado	(G) Indisponibilidad Parental	(H) Distancia Familiar	(I) Resentimiento de Rechazo
No resuelto	(J) Traumatismo Parental		(K) Bloqueo de Recuerdos
Estructuración	(L) Demisión Parental		(M) Valorización de la Jerarquía

(Pierrehumbert et al., 1996).

Si bien el instrumento original no cuenta con una definición para cada una de las escalas, Fourment (2009) y Rey de Castro (2009) elaboraron definiciones que facilitan una mejor comprensión de los aspectos que mide cada una de ellas (Anexo B).

Respecto a la confiabilidad lograda por el instrumento original, este logró un  $\alpha = .81$  (Pierrehumbert et al., 1996).

En el Perú, Nóbrega y Traverso (2013) realizaron un estudio de validez y confiabilidad del CaMir en un grupo de hombres y mujeres de nivel socioeconómico medio (76.3%) y bajo (23.7%) en la ciudad de Lima. Los resultados obtenidos para la confiabilidad por consistencia interna muestran un funcionamiento adecuado de casi todas las escalas ( $\alpha$  entre .51 y .84), a excepción de la escala H ( $\alpha = .21$ ).

Respecto de la validez de constructo, el prototipo de apego seguro presentó correlaciones adecuadas y estadísticamente significativas con sus escalas componentes, así como correlaciones negativas y estadísticamente significativas con las escalas correspondientes al prototipo desapegado, preocupado y con las escalas J, K y L. De la misma forma, el prototipo desapegado presentó correlaciones positivas con sus escalas componentes y correlaciones negativas con las escalas del prototipo seguro y la escala B. El

prototipo preocupado mostró correlaciones positivas con sus escalas componentes, así como con las escalas I, G y J. Este mismo prototipo mostró correlaciones negativas con las escalas relacionadas al prototipo autónomo. Por último, la escala M presentó correlaciones nulas con los tres prototipos de apego (Nóblega & Traverso, 2013).

En la presente investigación se analizó la consistencia interna de las escalas del CaMir mediante el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach, encontrándose niveles de confiabilidad muy bajos ( $\alpha < .2$ ) en las escalas H y M, por lo que fueron excluidas del análisis de resultados. Además, las escalas B, C, F y K lograron un nivel de confiabilidad medio bajo ( $\alpha < .5$ ) (Anexo C), por lo que la discusión surgida a partir de éstas debe ser tomada con precaución. Las escalas restantes obtuvieron un nivel de confiabilidad medio ( $\alpha > .5$ )

### Procedimiento

Cada participante fue evaluado utilizando los instrumentos antes mencionados, además de recoger algunos datos sociodemográficos mediante una ficha (Anexo D).

Se utilizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para calcular si las escalas del CaMir seguían una distribución normal. Dado que la escala I no siguió una distribución normal, se realizó un análisis con estadísticos no paramétricos para esa escala, respetando el análisis con estadísticos paramétricos para las escalas que sí demostraron seguir una distribución normal (Anexo E).

Posteriormente, se realizaron dos contrastes de medias. El primero fue realizado entre los resultados escalares del grupo de estudio y del grupo comparativo de supuestos normales descrito en la sección “Participantes”. El segundo fue realizado entre los resultados escalares del grupo de estudio y los puntajes escalares del prototipo ideal de apego seguro tomados del documento de clasificación y corrección del CaMir, publicado en la página web del autor de la prueba (Pierrehumbert et al., 1996).

Adicionalmente se realizó un contraste de medias por cada ítem del grupo de estudio y los puntajes por ítem del prototipo ideal de apego seguro.







## Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de los contrastes de medias llevados a cabo. En las tablas 2 y 3 se exponen los contrastes de medias para las escalas relacionadas al prototipo de apego preocupado. Como se observa en ambos contrastes, el grupo de participantes drogodependientes presenta en las escalas A y C una media mayor con respecto al grupo comparativo y al prototipo ideal seguro. Además, las diferencias son estadísticamente significativas y los tamaños de efecto son grandes. La escala B presenta diferencias significativas y un tamaño de efecto grande en el primer contraste, pero en el segundo contraste no presenta diferencias significativas con el prototipo de apego ideal seguro.

**Tabla 2**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el grupo comparativo: escalas relacionadas al prototipo preocupado*

Escala	Participantes (n = 28)	Comparativo (n = 28)	t (54)	p	d de Cohen
	M (DE)	M (DE)			
(A) Interferencia parental	2.95 (0.97)	2.26 (0.82)	2.87	.01	0.77
(B) Preocupación familiar	3.18 (0.73)	2.64 (0.89)	2.48	.02	0.66
(C) Resentimiento de infantilización	3.18 (0.71)	2.10 (0.94)	4.90	<.001	1.30

**Tabla 3**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el prototipo ideal de apego seguro: escalas relacionadas al prototipo preocupado*

Escala	Participantes (n = 28)	Prototipo ideal Seguro		p	d de Cohen
	M (DE)	M	t (27)		
(A) Interferencia parental	2.95 (0.97)	2.33	3.39	<.001	0.64
(B) Preocupación familiar	3.18 (0.73)	3.33	-1.09	.28	0.21
(C) Resentimiento de infantilización	3.18 (0.71)	2.17	7.53	<.001	1.42

En las tablas 4 y 5 se exponen los contrastes de medias de las escalas relacionadas al prototipo de apego seguro. En todas las escalas de ambos contrastes se encuentran diferencias significativas, por lo cual, el grupo de participantes obtiene medias menores respecto al grupo comparativo y al prototipo ideal seguro. Además, el tamaño del efecto para todas las escalas en ambos contrastes es grande.

**Tabla 4**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el grupo comparativo: escalas relacionadas al prototipo autónomo*

Escala	Participantes (n = 28)	Comparativo (n = 28)	t (54)	p	d de Cohen
	M (DE)	M (DE)			
(D) Apoyo parental	3.24 (1.10)	3.79 (0.87)	-2.04	.05	0.55
(E) Apoyo familiar	3.40 (1.03)	4.01 (0.63)	-2.63	.01	0.71
(F) Reconocimiento de apoyo	3.45 (0.67)	4.22 (0.60)	-4.52	<.001	1.21

**Tabla 5**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el prototipo ideal de apego seguro: escalas relacionadas al prototipo autónomo*

Escala	Participantes (n = 28)	Prototipo ideal Seguro	t (27)	p	d de Cohen
	M (DE)	M			
(D) Apoyo parental	3.24 (1.10)	4.7	-6.99	<.001	1.33
(E) Apoyo familiar	3.40 (1.03)	4.33	-4.76	<.001	0.90
(F) Reconocimiento de apoyo	3.45 (0.67)	4.5	-8.28	<.001	1.57

En las tablas 6 y 7 se exponen los contrastes de medias de las escalas relacionadas al prototipo desapegado. Se observan diferencias estadísticamente significativas en ambos casos, encontrando que el grupo de drogodependientes presenta una media mayor en comparación con ambos grupos de referencia. Además, se encuentra un tamaño de efecto grande para ambos contrastes.

**Tabla 6**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el grupo comparativo: escalas relacionadas al prototipo desapegado*

Escala	Participantes (n = 28)	Comparativo (n = 28)	t (54)/u	p	d de Cohen
	M/Mdn (DE)	M (DE)			
(G) Indisponibilidad parental	2.88 (0.84)	2.26 (0.92)	2.60	.01	0.70
(I) Resentimiento de rechazo	2.63 <sup>☒</sup>	1.69 (0.86)	165.5 <sup>☒</sup>	<.00	

*Nota:*☒Se reporta la Mediana para las escalas que no presentan una distribución normal.

☒Se utilizó la U de Mann Whitney para la escala que no presentó una distribución normal

**Tabla 7**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el prototipo ideal de apego seguro: escalas relacionadas al prototipo desapegado*

Escala	Participantes (n = 28)	Prototipo ideal Seguro	<i>t</i> (27)/ <i>Ws</i>	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M/Mdn</i> ( <i>DE</i> )	<i>M</i>			
(G) Disponibilidad parental	2.88 (0.84)	2.33	3.42	<.00	0.65
(I) Resentimiento de rechazo	2.63 <sup>□</sup>	1.33	-4.63 <sup>□</sup>	<.00	

*Nota:* <sup>□</sup>Se reporta la Mediana para las escalas que no presentan una distribución normal.

<sup>□</sup>Se utilizó la prueba Wilcoxon de los rangos con signo para una muestra para la escala que no presentó una distribución normal.

En las tablas 8 y 9 se exponen los contrastes de medias correspondientes a las escalas relacionadas al prototipo de apego no resuelto y al medio de estructuración familiar. En ambos contrastes, las medias de las escalas J y L del grupo de drogodependientes son mayores en comparación con los grupos de referencia. Por otro lado, la escala K muestra resultados diferentes. Si bien el grupo de participantes presenta diferencias significativas y una media mayor respecto al grupo comparativo, en el contraste con el prototipo ideal seguro la diferencia resulta ser no significativa. En ambos contrastes los tamaños de efecto son grandes, excepto en el contraste de la escala K con el prototipo ideal seguro, donde el tamaño de efecto es pequeño.

**Tabla 8**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el grupo comparativo: escalas relacionadas al prototipo no resuelto y al medio de estructuración familiar*

Escala	Participantes (n = 28)	Comparativo (n = 28)	<i>t</i> (54)	<i>p</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i> ( <i>DE</i> )	<i>M</i> ( <i>DE</i> )			
(J) Traumatismo parental	2.80 (1.25)	1.99 (1.01)	2.66	.01	0.71
(K) Bloqueo de recuerdos	2.88 (0.97)	1.99 (0.68)	3.99	<.001	1.06
(L) Dimisión parental	2.91 (0.85)	2.01 (0.53)	4.77	<.001	1.27

**Tabla 9**

*Contraste de medias entre el grupo de participantes y el prototipo ideal de apego seguro: escalas relacionadas al prototipo no resuelto y al medio de estructuración familiar*

Escala	Participantes (n = 28)	Prototipo ideal Seguro	t (27)	p	d de Cohen
	M (DE)	M			
(J) Traumatismo parental	2.80 (1.25)	1.5	5.50	<.001	1.10
(K) Bloqueo de recuerdos	2.88 (0.97)	3.00	-0.65	.52	0.12
(L) Dimisión parental	2.91 (0.85)	1.83	6.70	<.001	1.27

A partir de la comparación de las medias de los ítems, se expone en la tabla 10 los 6 ítems que obtuvieron mayores diferencias significativas respecto a los puntajes del prototipo ideal seguro. Se observa que los ítems 10 y 27 corresponden al prototipo autónomo, los ítems 57 y 67 exclusivamente a la escala I del prototipo desapegado, el 5 a la escala L del medio de estructuración familiar y el 45 a la escala J del prototipo no resuelto.

**Tabla 10**

*Contraste de Medias con Prototipo Ideal de Apego Seguro: Ítems con mayores diferencias*

Ítem	Participantes (n = 28)	Prototipo ideal Seguro	t (27)	p	d de Cohen
	M (DE)	Puntaje			
5 (Escala L)	2.75 (1.43)	1	6.47	<.001	1.22
10 (Escala F)	1.96 (1.20)	4	-8.97	<.001	1.70
27 (Escala E)	2.96 (1.75)	5	-6.15	<.001	1.17
45 (Escala J)	3.18 (1.70)	1	6.78	<.001	1.28
57 (Escala I)	3.36 (1.45)	1	8.63	<.001	1.63
67 (Escala I)	3.36 (1.66)	1	7.51	<.001	1.42



## Discusión

A continuación, se hará un análisis de los resultados obtenidos a partir del contraste de medias entre grupo de participantes drogodependientes, el grupo comparativo y los puntajes del prototipo ideal de apego seguro, buscando establecer relaciones con la teoría revisada sobre la drogodependencia y las representaciones de apego.

Este análisis se desarrollará a la luz de la organización escalar por prototipos que propone el instrumento. Finalmente, se expondrán las conclusiones de esta investigación, así como sus alcances y limitaciones.

Respecto a la confiabilidad del instrumento utilizado, se encontró que la presente investigación muestra resultados similares a otras investigaciones en lo que respecta a los bajos niveles de confiabilidad de las escalas H Distancia Familiar y M Valoración de la Jerarquía. Tanto el estudio de validez y confiabilidad elaborado por Fourment (2009) como la validación del CaMir realizada en Chile (Garrido et al., 2009) ubicó a estas dos escalas entre las que mostraban niveles de confiabilidad muy bajos. Además, el estudio peruano de validez y confiabilidad realizado por Nóbrega y Traverso (2013) también mostró una confiabilidad muy baja para la escala H. A partir de ello, es posible considerar que dichas escalas del CaMir se comportaron de forma similar que en estudios anteriores.

Por otro lado, se encontró una baja confiabilidad para las escalas B, C, F y K, lo cual sí sería una particularidad del presente estudio. Es posible que aun contando con un criterio de inclusión que buscó un nivel mínimo de razonamiento verbal para los participantes, existan otras causas que hicieron difícil la comprensión de los ítems o su distribución por grupos, como por ejemplo, su capacidad para mantener la concentración durante toda la aplicación, o su disposición para ello.

Otra hipótesis a considerar está relacionada al área al que pertenecen las escalas C, F y K, el nivel de realidad “Estado de la Mente”, que accede a cogniciones relacionadas a la apreciación presente de la influencia de los padres. Se podría inferir que los drogodependientes, por su proceso de rehabilitación, no serían tan consistentes respecto a estas apreciaciones debido al posible de cuestionamiento y elaboración de temas familiares, con lo cual sus percepciones a ese nivel serían algo más ambivalentes y menos consistentes. Por estas razones, lo discutido sobre dichas escalas debe ser tomado de forma referencial.

Iniciando el análisis de las comparaciones de medias, es importante mencionar de manera global los resultados de la significación estadística de los contrastes realizados. A excepción del contraste de las escalas B Preocupación familiar y K Bloqueo de recuerdos con el prototipo ideal de apego seguro, se encontraron diferencias significativas en todas las escalas del CaMir y en ambos contrastes de medias. Ello indicaría que el grupo de drogodependientes estudiado revela una particularidad en lo que se refiere a las representaciones asociadas al apego cuando se le compara con un grupo de supuestos normales o con el prototipo ideal de apego seguro.

En esa línea, se encontró un predominio de las cogniciones asociadas a los prototipos de apego preocupado y desapegado, las cuales describirían formas de relación en las que se tiende a ver mermada la autonomía del sujeto o en las que éste se muestra autosuficiente e independiente mediante una actitud defensiva (Miljkovich et al., 2005). Otras investigaciones realizadas con población drogodependiente o consumidora habitual de drogas han obtenido resultados similares al plantear, a grandes rasgos, que los prototipos de apego no seguros serían los más presentes en la población drogodependiente (Finzi-Dottan et al., 2003; Miljkovich et al., 2005; Schindler et al., 2005).

Para desagregar y explicar lo mencionado anteriormente, comenzaremos por describir los resultados de las escalas relacionadas al prototipo preocupado. Se hace necesario revisar los resultados comparativamente más altos del grupo de drogodependientes encontrados en ambos contrastes de medias para las escalas A Interferencia parental y C Resentimiento de infantilización. La escala A recoge percepciones del pasado acerca de conductas de sobreprotección por parte de los cuidadores durante la infancia, interfiriendo en el sentimiento de desarrollo de la autonomía. Por otro lado, la escala C se refiere al estado actual de la mente, identificando si el sujeto ha percibido su ambiente familiar como poco acogedor e inseguro, lo cual, de la misma manera, le impide desarrollarse con autonomía.

A partir de estas definiciones, ambas escalas del CaMir se relacionarían con el desarrollo de la autonomía del sujeto a partir de sus relaciones familiares. Dados los resultados de la presente investigación, el desarrollo de la autonomía sería un aspecto en el que este grupo de drogodependientes podría verse afectado, ya sea por un exceso de cuidado de parte de sus cuidadores o por la falta de un ambiente familiar seguro. De hecho,

esta característica ha sido descrita como un factor predisponente para las drogodependencias (Peña, 1992).

Respecto a las representaciones relacionadas a la falta de un ambiente familiar seguro, Tchukran (2011) comenta que “una falla en la gratificación de la dependencia infantil” (p. 12) es decir una importante carencia que dificulte el tránsito de la dependencia total de los padres hacia la autonomía del sujeto, se encontraría asociado al desarrollo de una drogodependencia. El autor explica esta asociación a partir de la forma en la que los afectados por esta carencia suelen socializar y vincularse a partir de modelos operativos internos aprendidos de sus relaciones familiares, proponiendo que los drogodependientes buscarían relacionarse con objetos externos, como las drogas, que de alguna forma se comporten del mismo modo que sus familiares o cuidadores y faciliten el establecimiento de una relación dependiente.

De esta forma, las representaciones de apego del grupo de estudio que dan cuenta de un exceso o a la falta de cuidado en el hogar, podrían explicar una dimensión de su problemática vincular respecto al desarrollo de la autonomía y cómo ello se relacionaría con su drogodependencia. Más aún, considerando el vínculo entre las dificultades en el desarrollo de la autonomía y la incorporación de funciones auto-regulatorias, la posible tendencia a atribuir dichas funciones no incorporadas a objetos externos y esperar que éstos ejerzan un poder regulatorio sobre el sujeto, podría dar cuenta de cómo los drogodependientes depositarían la regulación de sí mismos en personas cercanas de su entorno o en objetos concretos como las drogas (Krystal, 1978).

Pasando a discutir los resultados de las escalas G Indisponibilidad parental e I Resentimiento de rechazo, relacionadas al prototipo desapegado, encontramos que el grupo de drogodependientes se caracteriza por haber percibido a sus padres como poco preocupados, negligentes y con actitudes de rechazo o abandono hacia ellos durante su infancia. De acuerdo al contenido de las escalas medidas, esto habría generado resentimiento o sentimientos de desapego hacia el entorno en los drogodependientes.

Esta descripción de las representaciones asociadas al cuidado parental y sus consecuencias respecto al resentimiento y desapego hacia el entorno se relacionarían con uno de los problemas centrales en la patología drogodependiente, que es una fuerte ruptura del lazo con el “otro”, así como la resistencia a aceptar el goce que puede proveer una

relación interpersonal (Naparstek, 2008; 2010). A su vez, también se relacionarían con la forma en que la droga tiende a reemplazar las relaciones interpersonales, buscando satisfacer mediante el consumo, las necesidades afectivas básicas que deberían proveer los vínculos significativos con otras personas (Peña, 1992).

En la experiencia clínica, la conducta de desapego ha sido observada por Davidson (1977) en personas en rehabilitación por abuso de sustancias. Ellos evidenciaban una forma de relacionarse caracterizada por la percepción de constante amenaza y hostilidad en el mundo externo, a lo que se sumaba una dificultad para desarrollar confianza en las relaciones interpersonales, aún en pacientes que llevaban varios años siendo tratados en la misma institución. Según el autor, esta forma de comportarse era vivida como su forma natural de ser, desarrollada a partir de sus relaciones interpersonales más significativas.

Así, tanto la indisponibilidad como el rechazo percibido por este grupo de drogodependientes y los sentimientos que estas experiencias podrían haber generado en ellos, podrían estar expresando una dificultad para establecer vínculos cercanos con otros significativos, y, más aún, para buscar satisfacción en esos vínculos.

Respecto a las representaciones asociadas al prototipo de apego no resuelto, es importante tener en cuenta que el acceso a éste a partir de un autocuestionario, como lo es el CaMir, no permite alcanzar la complejidad que representa esta forma de apego debido a que para ello se requiere observar cómo se desarrolla el razonamiento y el discurso durante una entrevista. Sin embargo, las escalas relacionadas a este prototipo permiten identificar ciertos patrones familiares de conducta que están relacionados a la no resolución del apego (Main como se citó en Miljkovich, 2005)

De esta forma, a partir de los resultados obtenidos se identifican altos niveles en la percepción del grupo de estudio respecto de haber vivido en un entorno familiar hostil y violento, generando en ellos sentimientos de temor hacia el entorno. En ese sentido, el ítem 45, “cuando era niño, he vivido la violencia de uno de mis familiares”, que mostró diferencias bastante grandes respecto al prototipo ideal de apego seguro, revela la posibilidad de que exista una alta incidencia de hostilidad, rechazo y violencia al interior de las familias de este grupo de drogodependientes, punto al que se han referido otros autores en anteriores investigaciones (Martínez et. al, 2005; Oliver, 2004).

Esta hostilidad y violencia podría encontrarse muy vinculada a otras características antes discutidas como la inseguridad en el ambiente familiar, explorada en la escala C Resentimiento de infantilización, y la negligencia en el ambiente familiar, explorada en la escala G Indisponibilidad parental. En ese sentido, se podría pensar que este grupo de drogodependientes se encontraría afectado en sus relaciones familiares a partir de sus percepciones sobre la inseguridad en su ambiente familiar, pasando por la negligencia e incluyendo la posible violencia perpetrada por sus mismos cuidadores. Las implicancias de estas afecciones podrían encontrarse, como ya se ha discutido, en la dificultad para el desarrollo de la autonomía o en el desapego o resentimiento hacia el entorno.

Además de esta información, encontramos que las representaciones de apego relacionadas al medio de estructuración familiar revelan que el grupo de drogodependientes percibe que en su hogar no se supo ejercer un rol de autoridad de manera adecuada durante su infancia. Sobre este punto, Wurmser (1974) señala cómo una familia carente de estructuración es, socialmente, una causa concurrente para el desarrollo de una drogodependencia, sugiriendo que el grupo de pares con los cuales se consume la droga funciona como un referente cuando la familia no ha logrado formar un conjunto de reglas que los hijos puedan internalizar.

Por otro lado, también se ha planteado que la misma droga puede funcionar como un objeto al que se le deposita un poder y con el cual se establece una relación autoritaria e infantilmente dependiente (Alonso-Fernández, 2003). Como ya se ha propuesto en esta discusión, las carencias familiares como la falta de autoridad, que dificultan el establecimiento de la dependencia infantil en la línea del desarrollo de la autonomía, pueden estar implicadas las drogodependencias.

Finalmente, encontramos que el grupo de estudio puede ser descrito a partir de las representaciones de apego en el adulto, encontrando especial importancia en las representaciones que están asociadas al desarrollo de la autonomía, en las que describen las dificultades de este grupo para establecer relaciones cercanas con otros significativos y en las que reportan ambientes familiares violentos o carentes de figuras de autoridad.

De manera especial, lo expuesto respecto al desarrollo de la autonomía, y la dificultad para establecer relaciones cercanas con otros significativos, estaría muy relacionado a las propuestas teóricas que enfatizan la existencia de rasgos dependientes en

la personalidad para el desarrollo de una drogodependencia (Krystal, 1978; Peña, 1992; Alonso-Fernández, 2003; Tchukran, 2011).

Se esperaría entonces que este estudio pueda servir de referencia para futuros trabajos que investiguen la dependencia a drogas a partir de una perspectiva vincular. Ello podría ser beneficioso si se consideran las nuevas propuestas metodológicas sobre el tratamiento de la dependencia a partir de la intención de construir un vínculo seguro y estable entre el paciente y el personal a cargo del tratamiento (Butler y Seedall, 2006).

Es importante mencionar que en el presente estudio hubiera sido útil contar con datos sobre la historia de los participantes para poder hacer referencia a algunos casos o fragmentos de entrevistas que sirvan para discutir y ejemplificar mejor algunas hipótesis.

Toda vez, la utilización del CaMir aportó importantes facilidades para el recojo de información debido a que permite una aplicación más rápida y se puede suministrar de forma sistemática, aunque individual. Además, la posibilidad de contar con puntajes escalares que brindan información puntual sobre características familiares puede aportar a la evaluación de individuos y su comparación en procesos institucionales.

Por otro lado, una limitación importante consiste en haber incluido solo hombres en el grupo de estudio, ya que limita el alcance de las ideas discutidas anteriormente al género masculino. Dada la menor incidencia de consumo de drogas en mujeres (DEVIDA, 2010) y su menor presencia en instituciones de recuperación por un problema relacionado, podrían existir diferencias de género importantes en la drogodependencia, así como en las características de las representaciones de apego.

En la misma línea, no ha sido posible abordar las diferencias que podrían existir entre grupos etarios, dado el amplio rango de edades de los participantes. Considerando la mayor incidencia en el consumo por parte de los grupos de edades más jóvenes (DEVIDA, 2010) y las cualidades de desarrollo de los modelos operativos internos durante el ciclo vital (Marrone, 2001), sería importante realizar una comparación por edades.

Así pues, luego de todo lo dicho, se espera haber descrito a este grupo de adultos hombres drogodependientes, en función a algunas características de sus representaciones de apego. Se ha encontrado que la drogodependencia puede estar relacionada a diversos patrones familiares de conducta, revelando cómo las representaciones de los prototipos de apego no seguros pueden predominar en este grupo de estudio.

## Referencias

- Alonso-Fernández, F. (2003) *Las nuevas adicciones* Madrid: TEA ediciones.
- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. (1991) Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. En: *Journal of Personality and Social Psychology* 61(2) 226-244
- Bowlby, J. (1983). *La Pérdida Afectiva: tristeza y depresión*. Buenos Aires: Paidós
- Bretherton, I. & Munholland, K. (1999) Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. En: *Handbook of Attachment*, 89-111. New York: The Guilford press.
- Butler M. & Seedall R. (2006) The Attachment Relationship in Recovery from Addiction. Part 1: Relationship Mediation EN: *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13:289–315
- CEDRO, 2010. *El Problema de las Drogas en el Perú*. Lima: CEDRO. Recuperado en: [http://www.cedro.org.pe/ebooks/EPD\\_2010.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/EPD_2010.pdf)
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. En: *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1380-1397.
- Davidson, V. (1977) Transference Phenomena in the Treatment of Addictive Illness: Love and Hate in Methadone Maintenance En: *Essential Papers on Addiction*, 284-291 New York-London: New York University
- De Lucas, M. & Montañés, F. (2006) Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas En: *Adicciones*, 18(4), 377-386.
- DEVIDA (2010) IV Encuestas Nacionales sobre Prevención y Consumo de Drogas Recuperado en: <http://www.opd.gob.pe>
- Dodes, L. (2009) Addiction as a psychological symptom. En: *Psychodynamic Practice*, 15(4), 381–393.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion and adaptability. En: *Substance Use and Misuse*, 38, 271-292.

- Fourment, K. (2009). Validez y confiabilidad del auto-cuestionario de modelos Internos de relaciones de apego (CaMir) en un grupo de Madres de lima metropolitana. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B. & Armijo, I. (2009) Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1) 81-98
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987) Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. En: *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3) 511-524
- Hesse, E. (1999) The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives En: *Handbook of Attachment: Theory, Reserch, and Clinical Applications*, 395-433 New York-London: The Guilford Press.
- Holmes, J (2001) *Teoría del Apego y Psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao: Descleé de Brouwer
- Krystal, H. (1978) Self Representation and the Capacity for Self Care. En: *Essential Papers on Addiction*, 109-146 New York-London: New York University
- Lorenzo, P. (2009) *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. Buenos Aires: Madrid: MédicaPanamericana.
- Main, M. Kaplan, N. Cassidy, J. (1985) Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: a Move to the Level of Representation. En: *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2) Growing Points of Attachment Theory and Research 66-104
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. España: Psimática.
- Martinez, P. Gómez, A. Ortega, S. (2005) Adicciones y Patrones Familiares de Conducta. En: *Psicología Iberoamericana*, 13(1) 5-11.
- Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Bader, M. & Halfon, O. (2005) Assessing Attachment Cognitions and Their Associations with Depression in Youth with Eating or Drug Misuse Disorders. En: *Substance Use & Misuse*, 40(5), 605-623.
- Naparstek, F. (2008) La tesis freudiana sobre la adicción. En: *Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo*, 29-37. Buenos Aires: Grama ediciones.

- Naparstek, F. (2010) *Introducción a la Clínica con Toxicomanías y Alcoholismo III*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Nóblega, M. & Traverso, P. (2013). Confiabilidad y validez de constructo del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego adulto, CaMir. En: *Pensamiento Psicológico*, 11(1), 7-25.
- Oliver, E. (2004) *Drogas: psicopatología del uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas* Lima: Libro amigo.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *CIE 10: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor
- Organización Mundial de la Salud (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo
- Peña, S. (1992) Farmacodependencia: aspectos psicoanalíticos. En: *L'imaginaire*, 2(5), 61-64.
- Pierrehumbert, B., Lausanne, S., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Relationship models: The development of an adult self-questionnaire of attachment En: *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.
- Psychological Corporation USA (1997) Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition. Buenos Aires: Paidós
- Rey de Castro, L. (2009). Representaciones de Apego en madres adolescentes de nivel socioeconómico bajo. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú
- Rholes, S. & Simpson, J. (2004) *Adult Attachment: theory, research, and clinical implications*. New York: Guilford Press
- Saavedra, M. (2002) *Reorganización de las funciones cerebrales superiores en sujetos dependientes de sustancias psicoactivas*. Universidad Católica Boliviana. 1 (1)
- Schindler, A., Thomasus, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., Küstner, U. & Eckert, J. (2005) Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. En: *Attachment & Human Development*, September 7(3), 207 – 228

- Szerman, N. & Delgado, F. (1994) Diagnostico Dual, Medicación y Objetos Transicionales en el Abordaje Psicoterapéutico de las Drogodependencias. En: *Adicciones*1(6), 5-14.
- Solomon, J. & George, C. (1999) The Measurement of Attachment Security in Infancy and Childhood. En *Handbook of Attachment*, 289-316. New York: The Guilford press.
- Tchukran, S. (2011) La dependencia como aspecto fundante de las adicciones. En: *Conductas Adictivas: Teoría y Clínica*, 5-22. Buenos Aires: RV Ediciones.
- Wurmser, L. (1974) Psychoanalytic Considerations of the Etiology of Compulsive Drug Use. En: *Essential Papers on Addiction*, 87-108 New York-London: New York University
- Zavaleta, A. & Maldonado, V. (2008) Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2007 Encuesta de Hogares. Lima: CEDRO Recuperado en: [www.cedro.org.pe/ebooks/Monografia25.pdf](http://www.cedro.org.pe/ebooks/Monografia25.pdf)





**ANEXOS**



## Anexo A

**Consentimiento Informado**

Fecha \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

***Representaciones de Apego en personas en recuperación por drogodependencia***

Usted está siendo invitado a participar en una investigación cuyo objetivo es conocer la manera en la que las personas con problemas de drogas se relacionan con las demás personas y cómo piensan acerca de sus relaciones. Esta investigación está a cargo de *Diego Otero*, estudiante de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Si usted acepta participar, se le pedirá que conteste algunas preguntas acerca de sí mismo, su familia, el consumo de drogas previo a la hospitalización y sobre hospitalizaciones previas, además de responder dos pruebas. La información que obtengamos de usted será completamente anónima.

Le informamos que estas pruebas no resultaran perjudiciales para usted, además de tener el derecho de negarse a participar o retirarse de la evaluación en el momento en que lo considere conveniente.

A partir de lo leído:

¿Está de acuerdo con participar en esta investigación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_



## Anexo B

## Definiciones de las 13 Escalas del CaMir

Escala	Definición
(A) Interferencia parental	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibe que durante su infancia existieron conductas de sobreprotección por parte de sus padres o cuidadores, las cuales interfirieron con el sentimiento de desarrollo de autonomía del sujeto, llegando a generar sentimientos de indefensión.
(B) Preocupación familiar	Intenta identificar el grado en que el sujeto experimenta preocupación actual en relación al bienestar de su familia y el malestar que puede sentir al existir la posibilidad de separación con alguno de sus miembros.
(C) Resentimiento de Infantilización	Intenta identificar el grado en que el sujeto ha percibido a su ambiente familiar como poco acogedor e inseguro durante su infancia, impidiéndole desarrollarse con autonomía.
(D) Apoyo parental	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibe a su entorno familiar de origen como satisfactorio en función de su percepción como fuente de soporte y seguridad durante la infancia.
(E) Apoyo familiar	Intenta identificar el grado en que el sujeto considera que su familia actual funciona como fuente de soporte y seguridad.
(F) Reconocimiento de apoyo	Intenta identificar el grado en que el sujeto experimenta satisfacción en relación a las vivencias que mantuvo en su entorno familiar durante su infancia; por lo que en la actualidad experimenta sentimientos de gratitud y seguridad con su entorno.
(G) Indisponibilidad parental	Intenta identificar el grado en que el sujeto durante la infancia percibió a sus padres como poco preocupados o negligentes respecto a él, su desarrollo y su bienestar; llegando a generar sentimientos de desapego hacia su entorno.
(H) Distancia familiar	Intenta identificar el grado en que el sujeto se percibe como afectivamente desligado de su entorno familiar, por lo que prefiere destacar su independencia.
(I) Resentimiento de rechazo	Intenta identificar el grado en que el sujeto ha percibido durante su infancia actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres llegando a genera resentimiento en el sujeto.
(J) Traumatismo parental	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibió el entorno familiar durante la infancia como hostil y violento, llegando a generar sentimientos de temor en el sujeto.
(K) Bloqueo de recuerdos	Intenta identificar el grado en que el sujeto presenta defensividad para reconocer, pensar y recordar cómo era la dinámica familiar durante su infancia.
(L) Dimisión parental	Intenta identificar el grado en que el sujeto percibió a sus padres como permisivos y en qué medida cree que no supieron ejercer el rol de autoridad de manera adecuada durante la infancia.
(M) Valoración de la jerarquía	Intenta identificar el grado en que el sujeto valora los roles y las jerarquías dentro de la familia, en la actualidad.

(Fourment, 2009; Rey de Castro, 2009)



## Anexo C

**Prueba de Consistencia Interna ( $\alpha$ ) de las Escalas del CaMir para el  
Grupo de Participantes**

Escala	Número de ítems	$\alpha$
(A) Interferencia parental	6	.66
(B) Preocupación familiar	6	.38
(C) Resentimiento de infantilización	6	.41
(D) Apoyo parental	6	.79
(E) Apoyo familiar	6	.78
(F) Reconocimiento de apoyo	6	.33
(G) Indisponibilidad parental	6	.62
(H) Distancia Familiar	3	-.16
(I) Resentimiento de rechazo	6	.73
(J) Traumatismo parental	6	.84
(K) Bloqueo de recuerdos	3	.46
(L) Dimisión parental	6	.54
(M) Valoración de la Jerarquía	6	.18

*Nota.* Grupo de participantes  $N = 28$



## Anexo D

**Ficha Sociodemográfica**

N° \_\_\_\_\_

Datos generales:

- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- Distrito de residencia previa a la hospitalización: \_\_\_\_\_
- Estado civil: \_\_\_\_\_
- Grado de instrucción: \_\_\_\_\_
- Ocupación previa a la hospitalización: \_\_\_\_\_

Datos familiares:

- Número de hijos (edades y sexo): \_\_\_\_\_
- Personas con las que vivió en la infancia: \_\_\_\_\_
- Personas más importantes en la infancia: \_\_\_\_\_
- Personas convivientes antes de la hospitalización: \_\_\_\_\_

Datos sobre el consumo previo:

- Edad de inicio de consumo: \_\_\_\_\_
- Edad de inicio de su problemática con las drogas: \_\_\_\_\_
- Drogas que ha consumido regularmente: \_\_\_\_\_
- Drogas principales relacionadas a su problemática: \_\_\_\_\_
- Frecuencia previa de consumo de drogas: \_\_\_\_\_

Datos de hospitalización:

- Fecha de inicio de la última hospitalización: \_\_\_\_\_
- Número de hospitalizaciones previas: \_\_\_\_\_
- Tiempo de hospitalización en esas ocasiones previas: \_\_\_\_\_



## Anexo E

**Prueba de Normalidad Shapiro-Wilk de las Escalas del CaMir para  
el Grupo de Participantes**

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
(A) Interferencia parental	,091	28	,200*	,971	28	,597
(B) Preocupación familiar	,191	28	,011	,930	28	,063
(C) Resentimiento de infantilización	,096	28	,200*	,969	28	,549
(D) Apoyo Parental	,139	28	,175	,937	28	,094
(E) Apoyo Familiar	,161	28	,060	,948	28	,177
(F) Reconocimiento de apoyo	,094	28	,200*	,976	28	,748
(G) Indisponibilidad parental	,205	28	,004	,932	28	,069
(I) Resentimiento de rechazo	,169	28	,039	,902	28	,013
(J) Traumatismo parental	,147	28	,123	,930	28	,062
(K) Bloqueo de recuerdos	,085	28	,200*	,983	28	,908
(L) Dimisión Parental	,112	28	,200*	,976	28	,734
(M) Valoración de la jerarquía	,333	28	,000	,725	28	,000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.