



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencia de la Educación

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“ESTILOS DE APEGO EN ADULTOS QUE PRESENTAN  
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL EN EL CANTÓN  
CUENCA”**

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica.

**Autoras:** María Dolores Bermúdez Monsalve  
María Mercedes Paredes Pinos

**Directora:** Mst. Cesibel Ochoa Pineda

Cuenca - Ecuador  
2016

## **DEDICATORIA**

A mi madre, Catalina, sin ti nada de esto fuera posible.

A mis abuelitos, Lola y Jorge, sus palabras siempre me inspirarán a ser mejor.

María Dolores.

## **DEDICATORIA**

A mi madre por ser el pilar más importante de mi vida, por enseñarme a ser perseverante y apoyarme siempre en cada paso.

A mi padre, que a pesar de su ausencia, logré cumplir su legado, ser feliz en cada decisión y peldaño entregado en mi carrera.

María Mercedes.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres, por mostrarme que estudiar te abre las puertas del mundo.

A mis abuelitos, sin ustedes no hubiera podido acabar este largo camino.

A mi hermano, Jorge Rafael, por inspirarme con tu ejemplo.

A mi colega, María Mercedes, gracias por tu cariño, y por todos esos respiros de alegría en los días tristes.

A todos mis amigos, que hicieron de mi vida universitaria una experiencia realmente inolvidable.

A mi tutora, Mst. Cesibel Ochoa, por confiar en nosotras a lo largo de este proyecto y ser más que una profesora, una amiga.

María Dolores.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por acompañarme en mi desarrollo profesional, por brindarme sus bendiciones y poner en mí camino tantos ángeles.

A mis padres, por creer en mí y apoyarme en mis decisiones, para que yo pueda alcanzar mi sueño anhelado.

A mis hermanos Pame, Efraín, Santiago y Tatiana, por ser mis mentores profesionales, por acompañarme en cada logro y fracaso y por enseñarme que el amor todo lo puede.

A mis sobrinas, por ser la motivación de mi vida, el sol de cada día.

A mis tres compañeras de vida, Cris, Mey y Sam, por su apoyo incondicional, pues con ellas esta etapa no habría sido igual de divertida y gratificante.

A mi familia, tías y primos, por todo su apoyo y cariño entregados.

A mi compañera, María Dolores, por ser la fuerza que en varias ocasiones me llevo a hacer falta.

A mi tutora, Mst. Cesibel Ochoa, por acompañarnos en el desarrollo de este proceso, no solo como colega sino también como amiga.

María Mercedes.

*“Conozca todas las teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar una alma humana, sea apenas otra alma humana”.*

*Carl G. Jung*

## ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	4
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	7
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS .....	8
RESUMEN .....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN .....	11
CAPÍTULO I CAPÍTULO I ALCOHOLISMO Y ESTILOS DE APEGO.....	13
1.1. Generalidades del alcoholismo .....	13
1.1.1. Teorías psicológicas en relación al consumo de alcohol .....	17
1.2. Estilos de apego .....	20
1.2.1 Estilos de apego y consumo de sustancias.....	22
CAPÍTULO II METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS.....	25
2.1 Materiales y métodos .....	25
2.1.1. Diseño .....	25
2.1.2. Población.....	25
2.2. Consideraciones éticas .....	26
2.3. Instrumentos.....	26
2.5. Resultados .....	29
CAPÍTULO III DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	33
3.1. Dependencia al alcohol.....	33
3.2. Estilos de apego .....	34
3.3. Estilos de apego y consumo de alcohol. ....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Factores del test CaMiR – R.....	28
Tabla 2. Edades y grado de severidad de dependencia al alcohol.....	29
Figura 1. Grado de severidad de dependencia al alcohol en los pacientes.....	30
Tabla 3. Distribución de los estilos de apego respecto a la edad.....	30
Figura 2. Estilos de apego presentes en la población.....	31
Tabla 4. Relación estilos de apego y grado de severidad de dependencia al alcohol.....	32

## ÍNDICE ANEXOS

Anexo 1. Documento digital Google Docs.....	44
---------------------------------------------	----

## RESUMEN

El alcoholismo es un problema de salud pública. Por la importancia de los estilos de apego en pacientes que sufren trastorno por consumo de alcohol, el objetivo fue identificar la relación entre estas dos variables. Se trata de un estudio descriptivo, conformado por 27 varones internados en comunidades terapéuticas en Cuenca. Se utilizó el test Severity of Alcohol Dependence Questionnaire y el Cartes: Modèles Individuelles de relations. En los cuales se mostró que el estilo de apego más común es el preocupado (85.2%) y la dependencia severa representa la mayoría de la población estudiada (59%). Finalmente, encontramos que el estilo de apego preocupado mantiene relación con la dependencia severa al alcohol.

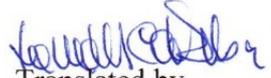
**Palabras claves:** alcoholismo, estilos de apego, dependencia.

## ABSTRACT

Alcoholism is a public health problem. Due to the importance of attachment styles observed in patients suffering from alcohol consumption disorder; the objective of this research was to identify the relationship between these two variables. This is a descriptive study made up of 27 men hospitalized in rehabilitation centers in Cuenca. The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire and the Cartes: *Modèles Individuelles de Relations* were used. These tools demonstrated that the most common is the preoccupied attachment style (85.2%), and severe dependence represented the majority of the population studied (59%). Finally, it was found that the preoccupied attachment style is related to severe dependence on alcohol.

**Keywords:** Alcoholism, Attachment Styles, Dependence.



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) denomina al alcohol como una sustancia psicoactiva que produce dependencia. Su consumo nocivo desencadena un deterioro a nivel personal, familiar, social y laboral.

Al constatar el padecimiento que presenta esta enfermedad desde la antigüedad en la sociedad, se evidenció la necesidad de conocer los estilos de apego puesto que este es un determinante de sus relaciones interpersonales y el desarrollo de las mismas.

De esta forma, en el primer capítulo se realiza una exposición teórica sobre las generalidades del alcoholismo basándose en información obtenida de la OMS, Instituto Nacional de estadísticas y censos (INEC) y Asociación Americana de Psiquiatría (APA). Para exponer los estilos de apego se ha utilizado la teoría de Bolwby (1988) que ha sido aplicada en diferentes estudios en la actualidad. Para una mejor comprensión se nombran teorías psicológicas sobre el consumo de alcohol y otras relacionadas.

En el segundo capítulo, se expone definiciones y particularidades metodológicas de la investigación, así como los instrumentos utilizados SADQ y CaMir-R. Para concluir este bloque, se muestran los resultados estadísticos obtenidos y el análisis de los mismos; entre los cuales se destacan el estilo de apego preocupado (85.2%) y la dependencia severa (59.3%).

Dentro del tercer capítulo se desarrolla la discusión a partir de los resultados encontrados y estudios comparativos que demuestren la importancia de los estilos de apego. Como conclusión el estilo de apego preocupado mantiene relación con la dependencia severa.

La poca apertura de las comunidades terapéuticas por su protocolo que impide la realización de investigaciones externas y la baja tasa de monoconsumidores fueron las limitaciones más importantes encontradas.

Como recomendaciones se considera importante realizar otro estudio más amplio que incluya al género femenino para poder obtener resultados más generalizables del cantón Cuenca; psicoeducación a padres y familia, para fomentar un estilo de apego seguro en sus hijos e

información sobre el uso de drogas y sus efectos nocivos, y por último, promover el reconocimiento del estilo de apego en usuarios para mejorar la relación terapeuta – paciente.

En consecuencia y por el impacto negativo de esta enfermedad, se cree valioso aportar con información actualizada y aplicable en nuestra sociedad para brindar una mejoría en la salud.

## CAPÍTULO I

### ALCOHOLISMO Y ESTILOS DE APEGO

A lo largo de nuestro capítulo se determina mediante diferentes investigaciones la relación de estilos de apego y el consumo de alcohol que recalcan la importancia del apego para el tratamiento de adicciones y también como un factor predisponente de las mismas. Se brinda información general del alcoholismo y de los estilos de apego para posteriormente poder encontrar su relación.

#### *1.1. Generalidades del alcoholismo*

Los efectos nocivos del uso y abuso en el consumo del alcohol han estado presentes desde la antigüedad. Se conoce que el alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y fatal, con la presencia de síntomas y signos como la tolerancia y dependencia física, los mismos que producen cambios orgánicos patológicos (García, Mompó, Vilas, Casanova, Feliciano, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud, en su Glosario de Términos de Alcohol y Drogas (2016) define al alcoholismo como:

Alcoholismo (F10.2) término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas.

El alcoholismo es considerado un problema de salud pública; cada año 3,3 millones de muertes en el mundo son consecuencia de la ingesta nociva de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones del 2012 (OMS, 2015).

El diario El Comercio (2014) informa que el Ecuador es el noveno país de mayor ingesta de alcohol en Latinoamérica, la OMS calcula que alrededor de 7,2 litros de alcohol puro *per cápita* se consumen anualmente. En Ecuador, según el INEC en el 2013 más de 912.576 personas mayores de 12 años ingieren alcohol con regularidad, de los cuales 89,7% son hombres. El consumo de alcohol por edad es de personas menores de 18 años (2,5%); 19 a 24

años (12%); 25 a 44 años (25%); 45 a 61 años (7,4%); 65 años y más (2,8%). El 41,8% de la población lo hace de forma semanal. La provincia que registra mayor consumo en el país es Galápagos con el 12% de población mayor de 12 años; la menor es Bolívar con el 3,9%.

Se considera a la adicción al alcohol como un descontrol del consumo, compulsivo y continuado a pesar de las consecuencias adversas en el cual existe la presencia de dependencia física y psicológica (Magariños, 2011).

Roca, Sarracent & Amaya (2016) expresa que el alcoholismo presenta distintos efectos nocivos como consecuencias de este problema, los comunitarios pueden ser escándalo público, peleas, conducir bajo los efectos de la sustancia, arrestos policiales, hurtos o robos, daños a la propiedad, sanciones judiciales, parasitismo social, delitos sexuales y proxenetismo; los laborales se manifiestan a través del ausentismo, sanciones, despidos, accidentes, problemas con los compañeros, degradación laboral y desempleo.

Los efectos que el alcohol presenta en la salud son daños en órganos, y aparición de enfermedades (hepatitis, abscesos, infecciones, cirrosis, trastornos cardiovasculares, VIH/SIDA), intentos de suicidio, accidentes. Dentro de los aspectos sociales y psicológicos se distorsiona la concepción de sí mismo, existen comportamientos perturbadores, presencia de bajo autocontrol, abandono escolar y laboral, conductas delictivas, problemas intrafamiliares y dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales (Erazo, & Zuñiga, 2015).

Existen factores sociales asociados al consumo de sustancias. Seguidamente las enumeramos: 1) posición social, educación y recursos económicos, se encuentran personas con un reconocimiento social alto, con ingresos financieros considerables y un alto nivel educativo, lo que confirma que la adicción es un fenómeno que se presenta en toda clase social; 2) las necesidades emocionales, diferentes estados psicológicos asociados que pueden persistir en el adicto, como son: bajo autocontrol, maltrato, disfunción familiar, insatisfacción con las relaciones interpersonales, alteraciones psicológicas; y 3) factores de género, existe la necesidad de proponer programas de intervención en los que se tengan en cuenta las necesidades propias de cada género (Erazo, & Zuñiga, 2014).

El DSM IV (2002) definía al abuso (F10.1) y la dependencia (F10.2) como dos trastornos, el primero con síntomas de: durante al menos 1 año la persona consume alcohol e incurre en actitudes como incapacidad de cumplir con sus obligaciones debido al consumo, ingiere alcohol en condiciones físicamente riesgosas y continúa su uso a pesar de problemas persistentes de tipo social, interpersonal o legal; y el segundo con características como al menos 1 año la persona experimenta un efecto de tolerancia y abstinencia, intentos por abandonar la bebida sin éxito o consume de manera excesiva y esto le impide hacer actividades importantes, la persona sigue embriagándose a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia agrava.

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013), dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales en su quinta edición, señala únicamente al trastorno por consumo de alcohol como un modelo problemático de la ingesta de la sustancia que provoca deterioro clínicamente significativo y que se manifiesta por al menos dos de los siguientes síntomas en un plazo de 12 meses:

- Uso alcohol frecuente en cantidades superiores durante un tiempo más prolongado de lo previsto.
- Esfuerzos sin éxito de abandonar o controlar la ingesta de alcohol.
- Inversión de tiempo en actividades necesarias para conseguir o beber alcohol y también para recuperarse de sus efectos.
- Poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de obligaciones y uso continuo a pesar de problemas interpersonales recurrentes provocados por el mismo.
- Provoca abandono o reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Produce riesgo físico para la persona.
- Continuación de consumo a pesar del conocimiento sobre los daños físicos o psicológicos causados por el alcohol.
- Tolerancia definida por: una necesidad de ingerir alcohol en mayores cantidades para conseguir el efecto deseado; efecto notablemente reducido tras el uso continuado de la misma cantidad de alcohol.
- Abstinencia precisada como: presencia del síndrome de abstinencia de alcohol; beber alcohol para evitar o aliviar los síntomas de la abstinencia.

Según la OMS (1992), en su Decima clasificación internacional de enfermedades mentales y del comportamiento (CIE 10) denomina al consumo excesivo de alcohol como F.10 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, en el cual se describe la importancia de las pautas diagnósticas como corroborar la información sobre la ingesta de la sustancia que puede elaborarse a partir de datos brindados por el propio individuo, análisis de muestra de orina o sangre, síntomas y signos clínicos, o información proporcionada por terceros.

Existen varios factores que detonan el consumo de alcohol, según la investigación de Monsalve, Espinosa, & Espinosa (2011) se establece que las causas primordiales de uso de sustancias psicoactivas (alcohol), se relacionan a la búsqueda de identidad, autonomía, libertad, a nuevas emociones y sensaciones, a mecanismos de escape y curiosidad. Lo que más les atrae de ingerir alcohol es la sensación de felicidad. La evitación del consumo está asociado a modelos familiares adecuados, a información sobre el tema y a la decisión individual de un estilo de vida libre de ingesta de drogas; para el alcohol, la principal razón de no consumir del sujeto es la falta de gusto por la sustancia.

La OMS (2015), considera que este fenómeno desencadena una pesada carga social y económica dentro de una sociedad; también perjudica a familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos; es decir se localiza un deterioro a nivel personal, familiar, social y laboral; sus efectos están determinados por el volumen de alcohol, hábitos de consumo y calidad de alcohol. Es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos; está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud como trastornos mentales y comportamentales, enfermedades como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

Según Serecigni (2012), los trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de alcohol excesivo son: intoxicación alcohólica aguda, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, trastorno bipolar, TDAH, trastornos de personalidad, trastornos psicóticos, trastorno del sueño, alteraciones de la conducta sexual, enfermedad mental grave, sinhogarismo, conducta violenta o autodestructiva, violencia hacia la pareja, abusos físico o

sexual en la infancia, actividad sexual no protegida, adicciones químicas, adicciones comportamental.

Las adicciones al consumo excesivo del alcohol o drogas preponderan una problemática sobre los efectos nocivos en la salud de los individuos y en su contexto social. Según la práctica de investigaciones se demuestra que los patrones de uso y los problemas relacionados con el abuso de drogas y alcohol son heterogéneos, es decir, si una persona experimenta con el uso de drogas y desiste, algunas llegan a ser usuarios y otras desarrollan dependencia (Aguirre et al., 2010).

### **1.1.1. Teorías psicológicas en relación al consumo de alcohol**

Según los estudios que investigan la relación entre personalidad y consumo de alcohol, destacan que influyen los rasgos de personalidad para la relación con conductas de riesgo entre estas incluyendo el uso de alcohol. Se encontró que aquellos sujetos que tienen una alta conciencia de caer en una conducta de riesgo (ej. beber alcohol), a la vez manifiestan una alta sociabilidad, buscan reducir activamente los daños vinculados, evitando el elevado grado de ingesta del mismo, es decir las conductas de disminución del efecto negativo frente al consumo de alcohol se reducen cuando el sujeto presenta una característica de personalidad como la extroversión, entre mayor presencia de este rasgo, mayores niveles de embriaguez (Castañeda, & Chaves, 2013).

Otra teoría que influye en el consumo de alcohol, es la de Aprendizaje Social de A. Bandura en la cual se denomina a la autoeficacia como la capacidad de creer en las propias habilidades para organizar y ejecutar las acciones necesarias para manejar las situaciones que el sujeto atraviesa, influyen sobre nuestro modo de pensar, sentir, motivarnos y actuar. La eficacia actúa sobre la iniciación, persistencia y regulación de la conducta. Las expectativas de los resultados positivos son los determinantes del uso del alcohol ya que marca el inicio de un proceso de enfrentamiento, la cantidad de esfuerzo que el individuo aplica en la ejecución de la acción, y el mantenimiento de la misma a pesar de las dificultades, es necesario que la persona posea las habilidades requeridas para la acción ya que esta le conducirá a los incentivos adecuados (Melo, & Nascimento, 2010).

La capacidad que las personas piensan tener sobre la ejecución del control tanto de su motivación como comportamiento y ambiente social se denomina autoeficacia percibida, por lo tanto existen efectos beneficiosos para el funcionamiento del individuo y su bienestar, es decir los niveles bajos de autoeficacia desencadenan un factor de riesgo para la ingesta de alcohol; los alcohólicos se encuentran expuestos a no resistir la tentación de consumo, esto significa que con menor autoeficacia la intención es más fuerte para su mantenimiento. Cuando las personas creen que ingerir alcohol proporciona ventajas importantes, la autoeficacia se direcciona a las conductas necesarias para experimentar o formar el hábito (Melo, & Nascimento, 2010).

Según las investigación psicoanalítica de Mario Kameniecki (2012), comprende a la adicción como un fenómeno transestructural, una práctica que se presenta en varias estructuras psíquicas y además presenta una gran diversidad según la vida de cada paciente, razón por la cual el psicoanalista en su proceso no se orienta en el objetivo preestablecido para tratar al sujeto; el psicoterapeuta trata al adicto como un personaje del imaginario social, mas no con el sujeto que se encuentra ubicado en su práctica. Se torna complejo debido a que usualmente los pacientes se basan en relación al discurso social (conjunto de ideas, opiniones, creencias y expectativas que tiene la sociedad con respecto a un tema determinado); ubican su sufrimiento en la sustancia tóxica (alcohol), en vez de atribuir a otros problemas para los cuales la función de la sustancia sería únicamente un recurso. El terapeuta en su práctica debe suprimir sus ideales y desarrollar la capacidad de reconocer que para algunos pacientes la interrupción del consumo podría ser peligrosa, porque podría alterar la economía libidinal que mantiene estabilizada su estructura psíquica y propiciar un pasaje al acto o el desencadenamiento de una psicosis.

Es importante reconocer que la adicción no debería definirse como un conjunto de información esquematizada, debido a que dentro del psicoanálisis existe la subjetividad, la cual basará su tratamiento según la realidad del caso del paciente. El psicoanalista puede servirse de este material utilizando el dispositivo grupal y los principios del psicoanálisis los cuales consiste en la escucha, abstinencia, neutralidad e importancia de la singularidad (Kameniecki, 2012).

En la investigación de Erazo, & Zúñiga (2015), hace referencia a la propuesta de McDougall sobre “economía psíquica de la adicción”, se basa en la idea de que el adicto se hace dependiente de una sustancia para aliviar su dolor psíquico. Según la autora, el sujeto se hace esclavo de un objeto concedido con “cualidades benéficas”, de tal forma que el objeto le da sentido a la vida. En la adicción, la economía se refiere a una forma rápida de descarga de cualquier tipo de tensión psíquica producida interna o externamente.

El inicio de consumo de alcohol mantiene como riesgo el déficit en habilidades sociales, que, a pesar de no ser un determinante es un factor que influye en la conducta de beber en exceso según la investigación de Anguiano, Vega, Nava, & Trujano (2010), donde un grupo de alcohólicos anónimos presentaron puntuaciones que indicaban temor o preocupación en situaciones sociales.

Se ha reconocido que las personas que sufren adicción al alcohol mantienen habilidades sociales alteradas en el área de los sentimientos, presentando problemas para expresar y reconocer sentimientos propios y de los demás, también se ha encontrado dificultad al momento de tomar decisiones, resolver problemas y plantearse objetivos (Valladares, 2015).

Se ha revisado de manera esquemática el alcoholismo para poder comprender la temática ampliamente y definir diferentes modelos de tratamientos utilizados en la actualidad como por ejemplo:

La comunidad como método funciona a través de la interacción estructurada y no estructurada, los residentes pueden influir mutuamente en las actitudes, percepciones y comportamientos asociados al uso de drogas y alcohol. Es por ello que el tratamiento se basa en actividades grupales y cada residente tiene una participación activa en su propio tratamiento y en el de sus compañeros. En las Comunidades Terapéuticas no solo se prioriza el cambio de conducta, sino que también una conversión moral del sujeto, es decir "el crecimiento de los residentes como personas", "sus valores humanos y su capacidad de amarse y amar responsablemente". Es así que, sostener un "amor responsable", abogar por la "no violencia", "no alcohol y no drogas" constituyen las reglas primordiales de las comunidades terapéuticas (Danza, 2009).

El estudio de Ramos, Álvarez, & Penedo (2013) encuentra que los estilos de vida de alcohólicos abstinentes en recuperación se caracterizaron por ser óptimos, relacionados bien laboralmente, familias reconstruidas, amplia red de vínculos sociales, un funcionamiento psicosocial favorable, escaso tiempo libre, afiliación a diversos grupos sociales signos de desarrollo personal, reinserción social y superación de cualidades negativas del carácter.

Para la comunidad A.A. y N.A. un adicto es una persona que a la cual el consumo de cualquier sustancia que altere la mente o cambie el estado de ánimo produce problemas en todas las áreas de su vida (Narcotics Anonymus World Services, 1991).

Existen otras terapias para tratar el trastorno del alcoholismo; el tratamiento breve consiste en una intervención multidisciplinaria con la finalidad de reducir el consumo de alcohol, va dirigido a personas con mayores niveles de dependencia, su objetivo es lograr que el paciente identifique el problema de su adicción y se comprometa con el cambio, reduzca su ingesta y entrene habilidades sociales básicas (Cristovao, & Rodríguez, 2015).

La entrevista motivacional ha resultado muy efectiva en la reducción del consumo de alcohol y el control de la adicción, como resultado se obtiene de una atmosfera conversacional constructiva sobre un cambio de comportamiento en donde el terapeuta emplea la escucha empática para la comprensión del cliente y la disminución de resistencias, esta técnica parte del supuesto de que el paciente está dispuesto al cambio y es sensible a la influencia del terapeuta (Cristovao, & Rodríguez, 2015).

## ***1.2. Estilos de apego***

Los estilos de apego provienen de la teoría de Jhon Bowlby y se refieren al modo característico con el que cada persona se relaciona íntimamente con las figuras de apego, sean padres, hijos o una pareja sentimental; implica la disponibilidad de la figura de apego como base segura desde la que se puede explorar el mundo sin peligros, un refugio para buscar apoyo, protección y seguridad, no solo incluye el mundo físico sino también las

relaciones con otras personas y la reflexión sobre las experiencias internas de cada uno (Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011).

En la infancia los niños aprenden dentro del contexto de la relación de cuidado sobre formas específicas de relación para ellos mismos y otros a través de lo interactivo, en un principio, y de la internalización de las respuestas emocionales y su regulación, en segundo lugar. Estas interacciones resultan en el nacimiento de un modelo de funcionamiento interno de relaciones (Bowlby, 1988; Kinley, & Reyno, 2013).

Un sistema de apego es satisfactorio cuando alcanza su objetivo de dar seguridad al niño frente sus necesidades de apego y esta respuesta sensible implica: acceso al estado mental y atribución de significado al estado mental. La respuesta sensible del cuidador incluye notar señales en el niño, la interpretación de las mismas y su respuesta adecuada (Bowlby, 1993).

En el primer año de vida del individuo se formará la conducta de apego; en la adolescencia y la vida adulta ocurren diversos cambios, incluidas las personas a las que va dirigido, pero el apego es una conducta que se mantiene activa a lo largo del ciclo vital (Bowlby, 1988; Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola, & Sainz de Murieta, 2001).

Las personas que poseen un estilo de apego seguro son capaces de expresar sus sentimientos abiertamente, valoran las amistades, describen sus relaciones familiares como confianza y demuestran aceptación y gratitud a sus figuras de apego independientemente de si estas han sido satisfactorias o no. El estilo de apego evitativo infravaloran las relaciones de apego, no confían en los miembros de su familia, dicen tener pocos recuerdos de su pasado (niñez), se caracterizan por ser autosuficientes, independientes y controlar sus emociones. El estilo ambivalente lo encontramos en aquellas personas que valoran sus relaciones de apego pero se sienten excesivamente preocupados por los miembros de su familia, sienten temor de ser abandonados y tienen muy poca autonomía, conservan algún tipo de rechazo a los recuerdos de su pasado y reflejan resentimiento frente a sus experiencias de apego; y si se posee un estilo de apego desorganizado la persona se caracterizara por ser incapaz de mantener un estilo coherente (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela, & Pierrehumbert, 2011).

### **1.2.1 Estilos de apego y consumo de sustancias**

El estilo de apego al ser la base de regulación del Yo y el condicionamiento de las relaciones a lo largo de vida de las personas no se puede negar su importancia ya sea en el desarrollo normal o patológico (Wedekind, et al., 2013).

Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, & Küstner, (2007), consideran que el consumo de sustancias es una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional de un apego no seguro, el consumo de sustancias ilegales es una alternativa atractiva en distintas situaciones, sobre todo las de carácter interpersonal, en las que generalmente los sujetos se encuentran más inseguros.

El apego inseguro se relaciona significativamente con rasgos de ansiedad, evitación cognitiva al controlar la ansiedad y valores muy altos dirigidos a los estilos de personalidad patológicos (Wedekind, et al., 2013).

Un entorno familiar que trasmite un apego seguro se relaciona inversamente con depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación de conflictos; el pertenecer a una familia que promueve un estilo de apego no seguro es un factor de riesgo para la conformación de una personalidad defensiva, la tendencia al aislamiento social y la pérdida de cohesión (Leveridge, Stoltenberg, & Beesley, 2005).

Por otra parte, la regulación afectiva actúa como mediador interno de los procesos cognitivos y conductuales. Flores (2004), concibe que los trastornos de la regulación afectiva y el apego se encuentran relacionados con el consumo de sustancias, de forma que los individuos que llegan a ser dependientes no pueden regular sus emociones, carecen de autoestima y presentan dificultades en las relaciones.

Los modelos de apego en la niñez mantienen una correlación con el problema de abuso de sustancias en la edad adulta; los individuos con un apego seguro generalmente experimentan con sustancias durante la adolescencia como una conducta exploratoria mientras que los individuos que presentan un estilo de apego inseguro pueden experimentar con sustancias

pero esta se convierte en una manera de enfrentar la angustia emocional y, por lo general, continuará en la edad adulta (Linares, García, Delgado, & O´Ferrall, 2014).

Los estilos de apego pueden estar relacionados con el consumo de diferentes sustancias que crean estados emocionales distintos. Schindler (et al., 2005), constataron en una muestra de adolescentes consumidores de drogas el estilo de apego temeroso en comparación de aquellos que no utilizaban drogas y mantenían un estilo de apego seguro, después en 2009 concluyó que las personas dependientes de heroína mantienen apegos inseguros - temerosos; los abusadores de éxtasis, apegos preocupados, huidizos - alejados y temerosos; y los de cannabis, un estilo de apego huidizo – alejado.

De Lucas Taracena y Montañés Rada (2006), denominan al estilo inseguro como factor de riesgo de distintos problemas mentales y trastornos por consumo de sustancias; se basan en que el estilo de apego del individuo se relaciona de manera esencial a la hora de establecer la alianza con el terapeuta (transferencia), como una relación interpersonal más susceptible, debe mostrar un comportamiento similar al de la familia y amigos del paciente, brindando elementos importantes tales como confianza, dependencia, comunicación de necesidades afectivas, etc.; esta también es importante debido a que es la responsable del pronóstico del trastorno por conductas de drogas y del éxito del tratamiento.

En la investigación de Shin, Kim, & Jang (2011), se buscó evaluar los estilos de apego en relación al consumo excesivo de alcohol y la adicción al internet. Se demostró que el apego ansioso, la depresión y la ansiedad podrían explicar el uso problemático del alcohol; el apego evitativo, depresión y fobias explicarían el uso problemático del internet. Se manifestó que la interacción del estilo de apego con la psicopatología podría predecir el uso problemático del internet en una etapa temprana de la vida (niñez), que aquellos asociados con el consumo problemático de alcohol.

Las variables biológicas se presentan para desarrollar un estilo de apego, conjugadas con el tipo de personalidad y el temperamento podrán con el tiempo desencadenar diferentes psicopatologías que pueden llevar a la adicción del alcohol. Se demostró que existe una alta prevalencia de estilos de apego inseguro en pacientes alcohólicos en comparación con el grupo de muestra. Los sujetos con estilo de apego inseguro muestran un alto grado de

evitación de pensamientos estresantes y ansiedad en comparación con los sujetos que tienen un tipo de apego seguro, esta característica podría demostrar que la adicción al alcohol es un trastorno de vinculación. Se demostró que los alcohólicos que presentan un estilo de apego inseguro tienen menor capacidad para controlar las emociones negativas y la función de ingesta de sustancias, con el fin de controlar la hiper-excitación que conduce a la adicción con el tiempo (Wedekind, et al., 2013).

Ruisard (2016), estudió un caso en el cual se buscó mostrar el poder de la relación terapéutica, entre el psicoterapeuta y una mujer que había experimentado traumas emocionales y sexuales en la niñez, sufría de depresión, dependencia al alcohol y bulimia. Después de tres años de psicoterapia a través de la teoría de apego el psicólogo pudo imitar una relación de apego que contribuyó a reparar el apego inseguro que la paciente mantenía con su madre y a través del proceso logró regular las respuestas emocionales y una narrativa de vida coherente, del mismo modo pudo eliminar la transmisión intergeneracional hacia su hija adoptiva.

Concluyendo esta sección podemos observar que existe un alto índice de uso de bebidas alcohólicas o de moderación en la ciudad de Cuenca, donde el 87% de personas las ha consumido a lo largo de su vida, el 38% una vez al mes y el 15% de dos a cuatro veces al mes (Consejo de Seguridad Ciudadana, 2014).

Se resume que los estilos de apego se forman en la niñez, y a pesar de querer cambiarlo a lo largo de la vida siempre permanecen rasgos o secuelas de la experiencia vivida en la edad temprana, no obstante en la psicología se ha clasificado los diferentes tipos de apego para poder identificar, brindar y manejar de forma favorable la información entregada al paciente dentro del proceso psicoterapéutico. Finalmente, se clarifica mediante varios estudios que existe relación entre los estilos de apego y el alcoholismo como la identificación del estilo inseguro como un factor de riesgo a una adicción o a un trastorno mental.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA, INSTRUMENTOS Y RESULTADOS**

En este capítulo se expone la metodología utilizada para cumplir los objetivos trazados en esta investigación; el principal fue identificar el estilo de apego más recurrente en adultos varones que sufren de trastorno por consumo de alcohol.

#### ***2.1 Materiales y métodos***

##### **2.1.1. Diseño**

Se trata de un estudio descriptivo, no experimental, transversal y probabilístico efectuado en las comunidades terapéuticas de rehabilitación de varones, que utiliza para el análisis de las variables, estadística descriptiva; se busca describir el estilo de apego que más se presenta en un grupo de personas que padecen trastorno por consumo de alcohol.

##### **2.1.2. Población**

Estuvo conformada por 27 sujetos varones del cantón Cuenca que se encuentran atravesando un proceso psicoterapéutico de rehabilitación dentro de una comunidad terapéutica. La población provino de cuatro centros de rehabilitación que decidieron participar, están registrados en el cantón Cuenca y cuentan con el permiso de funcionamiento a la hora de la selección para la evaluación de los participantes, CENTERAVID: n= 14, CENCICACU: n= 6, Hacia Una Nueva Vida: n= 2, CRAA: n= 5. La edad osciló entre 18 y 30 años.

La elección de los participantes se realizó mediante la corroboración diagnóstica de las historias clínicas pertenecientes a cada usuario de la comunidad, logrando seleccionar todo aquel individuo que padece trastorno por consumo de alcohol en un período de 3 meses (agosto - octubre 2017).

Se usó como criterio de inclusión a todos aquellos que deseen participar de forma voluntaria en la investigación, de género masculino (18-30 años), que se encontraban internados en comunidades terapéuticas de rehabilitación debido al trastorno por consumo de alcohol.

El principal criterio de exclusión fue la negativa a participar, adultos que no estén dentro del rango de edad mencionado, género femenino, personas con problemas cognitivos o analfabetos y varones no institucionalizados o que presenten policonsumo de sustancias.

## **2.2. Consideraciones éticas**

Los usuarios (adultos jóvenes) que participaron en la investigación fueron informados de los objetivos y alcances del proyecto, momento en el cual se encontraban en la libertad de no colaborar si lo consideraban adecuado. Previa autorización de los directivos de las comunidades terapéuticas se procedió a la aplicación de reactivos (SADQ, CAMIR-R) a los usuarios, dando a conocer su participación voluntaria y la confidencialidad de información.

## **2.3. Instrumentos**

*Severity of Alcohol Dependence Questionnaire (SADQ)*: es un cuestionario de 33 ítems auto administrado que evalúa 5 áreas de los últimos 6 meses: síntomas de abstinencia físicos y afectivos, deseo y alivio tras consumo, patrón diario de consumo y reinstauración de la dependencia tras un periodo de abstinencia; cada ítem se puntúa de 0-4, sumando puntuaciones que oscilan entre 0 y 60, a mayor puntuación mayor gravedad. En los análisis de fiabilidad de Rubio (1996), se encontró un coeficiente alfa de Cronbach de 0.92 y una correlación moderada con los criterios de dependencia al alcohol del DSM IV (Basarán, et al., 2013).

Mediante el test SADQ se clasificó a los usuarios según su grado de dependencia: puntajes mayores o iguales a 31 indica una dependencia severa; 16 a 30 puntos indican dependencia moderada y menos de 16 puntos indican una ligera dependencia física (Basarán, et al., 2013).

*Cuestionario CaMir-R*: son las siglas del nombre francés Cartes: Modèles Individuelles de relations y se utiliza para la medición del patrón de apego de auto reporte para acceder a los modelos operativos internos en adultos. La versión utilizada para esta investigación fue

validada por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011) y tiene como objetivo la evaluación de las estrategias relacionales del adulto. El índice KMO mostró un valor de 0,89 y el test de Bartlett resultó estadísticamente significativo,  $\chi^2(496) = 5830,69$ ;  $p < 0,0001$ , a lo cual concluyen con el análisis de componentes principales era pertinente; se demostró una estructura de 7 factores: seguridad, preocupación familiar, interferencia de los padres, valor de la autoridad de los padres, permisividad parental, autosuficiencia y rencor contra los padres y traumatismo infantil.

El cuestionario está basado en ideas y sentimientos sobre relaciones personales y familiares, tanto del presente como de la infancia de la persona. Consta de tres modelos de frases: lo vivido en la familia de origen, formuladas en tiempo pasado, enunciados que describen experiencias en la familia o pareja actual, describen a sus seres queridos y están expresadas en tiempo presente y oraciones que se refieren al funcionamiento y valores familiares (Santos de León, & Parra, 2016).

Para identificar el estilo de apego se tomó como referente el estudio de Balluerka, et al., (2011), quien realizó la validación del test CaMir-R reducido. Este se basa en factores que identifican los estilos de apego; factor 1 (seguridad): percepción de haberse sentido querido por las figuras de apego, confianza en ellas, disponibilidad cuando se les necesita; factor 2 (preocupación familiar): pensamiento de una intensa ansiedad y una excesiva preocupación actual por los seres queridos; factor 3 (interferencia de los padres): memoria de haber sido sobreprotegido en la infancia, un niño miedoso y haber experimentado preocupación por el abandono; factor 4 (valor de la autoridad de padres): evaluación positiva respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía; factor 5 (permisividad parental): recuerdos de ausencia de límites y guía parental en la infancia; factor 6 (autosuficiencia y rencor contra los padres): repudio hacia los sentimientos de dependencia, compensación afectiva y resentimiento hacia los seres queridos; factor 7 (traumatismo infantil): alusión infantil de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego.

Según Balluerka, (et. al., 2011), clasifica a los factores según el estilo de apego que a continuación se detalla:

**Tabla 1. Factores del test CaMir-R**

<b>Estilo de apego</b>	<b>Factores</b>
Seguro	1. Seguridad. (Pasado y presente)
Preocupado	2. Preocupación familiar. (Presente)
	3. Interferencia de padres. (Pasado)
Evitativo	6. Autosuficiencia y rencor contra los padres. (Presente)
Desorganizado	7. Traumatismo infantil. (Pasado)

#### **2.4. Procedimiento de la investigación:**

Para realizar la aplicación de los reactivos, se solicitó el permiso correspondiente en las comunidades terapéuticas, previo a la explicación de los objetivos de la investigación.

Consecutivamente se subieron los test a la plataforma de Google Docs para la aplicación informatizada de las pruebas.

La aplicación se llevó a cabo con los usuarios que se encontraban disponibles en ese momento en el día y hora acordados con los directivos de los centros. Todos estuvieron de acuerdo en participar. Se brindó la oportunidad de invitar a quienes en principio no pudieron ser evaluados, por esa razón se asistió en tres ocasiones a los centros CENTERAVID y CENCICACU; cinco al CRA; y dos veces a la comunidad Hacia Una Nueva Vida, para ampliar la población de estudio.

Finalmente, se procedió a realizar el procesamiento de información a través del programa estadístico SPSS versión 20 y se elaboró el informe de resultados.

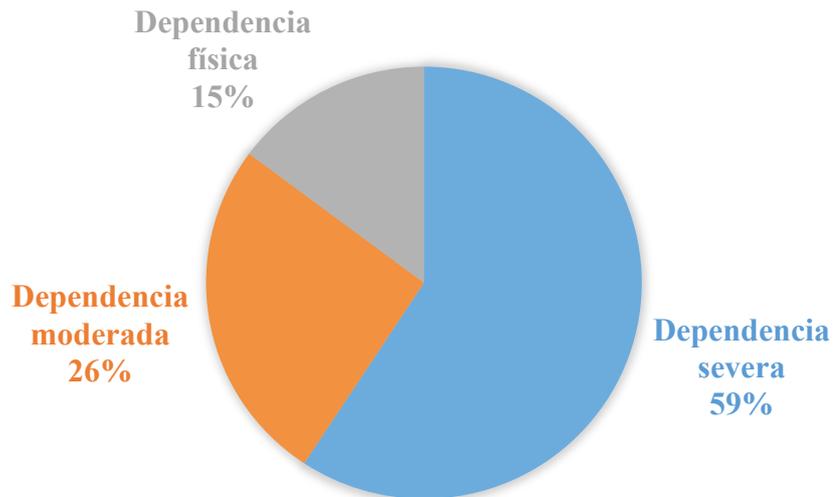
## 2.5. Resultados

A continuación, se presentan los resultados descriptivos que configuran la parte sociodemográfica de la muestra.

**Tabla 2. Edades y grado de severidad de dependencia al alcohol**

	Grado de severidad					
	Dependencia severa		Dependencia moderada		Ligera dependencia física	
	n	%	n	%	n	%
18	0	0,00	0	0,00	0	0,00
19	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20	0	0,00	0	0,00	0	0,00
21	0	0,00	1	3,70	0	0,00
22	2	7,40	0	0,00	0	0,00
23	2	7,40	2	7,40	0	0,00
24	1	3,70	0	0,00	0	0,00
25	2	7,40	1	3,70	2	7,40
26	2	7,40	1	3,70	0	0,00
27	0	0,00	0	0,00	0	0,00
28	2	7,40	0	0,00	0	0,00
29	2	7,40	0	0,00	1	3,70
30	3	11,10	2	7,40	1	3,70
<b>Total</b>	16	59,30	7	25,90	4	14,80

La Tabla 2 ilustra que la edad de 30 años representa el mayor porcentaje de la población (11,1%), mientras que 22, 23, 25, 26, 28 y 29 años corresponden al 7,4%, equivalentes a dependencia severa. También es importante mencionar que dentro de la dependencia moderada las edades 23 y 30 son las más pronunciadas puesto a que manifiestan un 7,4% de los 27 participantes.



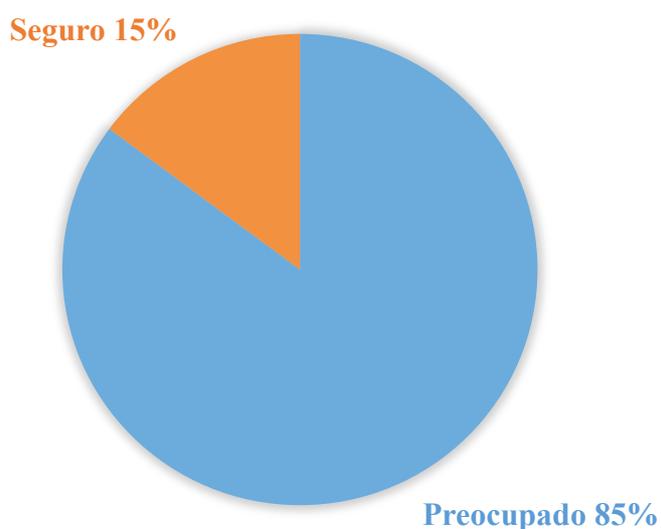
**Figura 1. Grado de severidad de consumo de alcohol en los pacientes.**

De acuerdo a la Figura 1, 59,3% (n=16) de la población investigada presentan una dependencia severa; 25,9% (n=7) dependencia moderada; 14,8% (n=4) ligera dependencia física.

**Tabla 3. Distribución de los estilos de apego respecto a la edad**

	Estilo de apego			
	Preocupado		Seguro	
	n	%	n	%
18	0	0,00	0	0,00
19	0	0,00	0	0,00
20	0	0,00	0	0,00
21	1	3,70	0	0,00
22	2	7,40	0	0,00
23	3	11,10	1	3,70
24	1	3,70	0	0,00
25	4	14,80	1	3,70
26	3	11,10	0	0,00
27	0	0,00	0	0,00
28	2	7,40	0	0,00
29	3	11,10	0	0,00
30	4	14,80	2	7,40
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>85,20</b>	<b>4</b>	<b>14,80</b>

Los resultados de la Tabla 3, demuestra que no se encontró población que comprendan las edades entre 18, 19, 20 y 27 años. Las edades 25 y 30 son las más pronunciadas debido a que presentan el 14,8% de un estilo de apego preocupado; 3,7% y 7,4% un apego seguro respectivamente. Fue particularmente notable también las edades de 23, 26 y 29, puesto a que cada una representa el 11.1% de un estilo de apego preocupado dentro de la población. El estilo de apego seguro fue encontrado en participantes de 23 (n=1), 25 (n=1) y 30 años (n=2).



**Figura 2. Estilos de apego presentes en la población**

En la Figura 2, únicamente se han encontrado referencias de estilos de apego seguro y preocupado dentro del proyecto de investigación; 14,8% y 85,2 %, respectivamente. De los 27 participantes, 23 mantienen un apego preocupado y 4 muestran un apego seguro.

Se proporciona a continuación la edad que presentan cada uno de los participantes en relación con el estilo de apego y el grado de severidad.

Seguidamente, se presenta de forma individual los porcentajes válidos de grado de severidad y estilos de apego encontrados en la población estudiada:

**Tabla 4. Relación de estilos de apego y grado de severidad de dependencia al alcohol.**

Estilos de apego	Grado de severidad de consumo alcohol.							
	Dependencia severa		Dependencia moderada		Ligera dependencia física		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Preocupado</b>	15	55.6	5	18.5	3	11.1	23	85.2
<b>Seguro</b>	1	3.7	2	7.4	1	3.7	4	14.8
<b>Evitativo</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Desorganizado</b>	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Total</b>	16	59.3	7	25.9	4	14.8	27	100.0

En la Tabla 4, se puede observar que existe 23 participantes que presentan el estilo de apego *preocupado*, de los cuales 55.6% padecen dependencia severa; 18,5%, dependencia moderada; y el 11.1%, ligera dependencia física. Según la investigación se muestra que 23 de los participantes manifiesta un apego *preocupado*; 15, padece dependencia severa; 5, dependencia moderada; y 3, ligera dependencia física. No se encontró el estilo de apego evitativo ni preocupado dentro de la población investigada.

## CAPÍTULO III

### DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

A continuación, se discuten los resultados obtenidos en este estudio; el objetivo principal de la investigación fue identificar el estilo de apego en adultos varones que sufren de trastornos por consumo de alcohol. Para organizar la información se ha realizado en dos partes, en el grado de severidad de consumo de alcohol y los estilos de apego; más adelante se exponen las conclusiones y recomendaciones que se dan luego de haber finalizado este proyecto.

#### *3.1. Dependencia al alcohol*

Según la Real Academia de la lengua Española en su 23.<sup>a</sup> edición (2014), denomina a la dependencia como la necesidad compulsiva de un tipo de sustancia (alcohol), para sentir sus efectos o aliviar la incomodidad provocada por su carencia.

Según estudios de Jellinek, (1960), Heckman, & Silveira (2009), manifiestan que la dificultad en el control y el deseo obsesivo e intenso de consumir alcohol son los principales fenómenos de la dependencia, esto precisa que el individuo alcoholizado nunca está conforme con la cantidad ingerida, lo que conduce a incontables motivos para consumir bebidas alcohólicas. Tal como se evidencia en los resultados de la presente investigación el 59,3% de la población investigada padece dependencia severa; 25,9% dependencia moderada; 14,8% ligera dependencia física. Se obtuvo mediante la indagación de las 5 áreas pertenecientes al test SADQ, las cuales hacen referencia a los últimos 6 meses de consumo del usuario.

A la luz de los datos conseguidos, es interesante comparar los resultados obtenidos por la Secretaria Técnica de Drogas del Ecuador (CONSEP) en el 2015, donde señala un decremento en el consumo de alcohol en comparación con los años 2005, 2008 y 2012; sin embargo, se encontró que a partir de los 14.3 años se inicia el consumo de pasta base de cocaína; en esta investigación, se confirma este fenómeno dentro del rango estudiado; según la edad: 18 a 20 años no se encontraron participantes monoconsumidores, mientras que entre 25 y 30 años se observó que el 70, 37%, padecen exclusivamente trastorno por consumo de alcohol.

Este hallazgo se lo considera particularmente importante, puesto que en la actualidad al policonsumo se le conoce como una característica común de la época. La predisposición de consumir drogas paralelamente al alcohol obtiene relevancia en el policonsumo recreativo combinándose con varias sustancias (*cannabis*, nicotina, cocaína y drogas de diseño). El alcohol es la sustancia predestinada para empezar la noche, que en su transcurso se le van aumentando otras y, finalizando, con el uso de pastillas para dormir y tranquilizantes, cuando se desea detener los efectos de sustancias estimulantes (Gómez, 2013).

Además se ha comprobado que entre mayor percepción de riesgo de una droga menor es su consumo, en un estudio realizado por la Dirección Nacional del Observatorio de Drogas y el CONSEP, en el 2014 aluden que el 10 % de la población investigada desconoce el riesgo que proviene del uso de drogas ilícitas, siendo este parte de un factor social importante dentro del consumo de drogas y alcohol.

Los resultados sugieren que el monoconsumo de sustancias está disminuyendo progresivamente; este hallazgo sirve de sustento para futuras investigaciones que consideren los factores de riesgo respecto al policonsumo en la actualidad.

### **3.2. Estilos de apego**

El apego podría interferir en la necesidad de una persona de crear vínculos afectivos para poder acudir en momentos de estrés y sufrimiento (Guzmán, & Contreras, 2012).

En los resultados obtenidos se evidenció que el principal estilo de apego dentro de la población es el preocupado correspondiendo al 85,18 % de la población estudiada. El 14,81% manifiesta un apego seguro, siendo un resultado poco frecuente en la literatura investigada. Al respecto existen dos dimensiones, la ansiedad del abandono y la evitación de la cercanía emocional, las mismas que generan los modelos de categoría de apego, entre estos el *preocupado*, presenta una persistente idea negativa de sí y positiva de los demás, manifiesta alta ansiedad y baja evitación (Bartholomew, & Horowitz, 1991; Guzmán, & Contreras, 2012).

Los estilos de apego inseguros (preocupado), se exponen a relaciones más complicadas y de menor duración. Los individuos tendrán mayor probabilidad de padecer alteraciones

emocionales (Rivera, Cruz, & Muñoz, 2011), como lo menciona Kvirgic, (et al., 2011), donde aluden que un factor de riesgo para la depresión es el estilo de apego preocupado; es decir, las personas que mantienen este patrón presentan mayor propensión a padecer depresión puesto que según lo mencionado anteriormente las características que lo manifiestan son proclives a un estado de ánimo deprimido. También los autores indican que este estilo tiene un efecto potenciador en la adherencia al tratamiento debido a que brinda una fortaleza para el desarrollo del proceso psicoterapéutico dentro de una comunidad.

Según Quezada, & Santelices (2010), nombran a Bolwby y su afirmación de los niños que desencadenan perfiles negativos de sí mismos y de los otros, son proclives a la psicopatología debido a que los modelos operativos internos afectan la vivencia y el comportamiento, de la misma manera se ve deteriorado el autoconcepto, autoestima y las relaciones personales. Esta literatura existente ha encontrado una relación del apego preocupado (adultos), entre trastornos de ansiedad, altos niveles de sintomatologías psiquiátricas, indicadores de estrés percibido y complicaciones en las relaciones interpersonales.

### ***3.3. Estilos de apego y consumo de alcohol.***

Se debe tomar en cuenta los factores de la dependencia al alcohol han sido estudiados en la investigación de Heckman, & Silveira en el 2009; aluden que las circunstancias biológicas, psicológicas, sociales y ambientales son necesarias para la presencia de vulnerabilidad y susceptibilidad a una adicción, vinculando los datos de nuestra investigación, el estilo de apego preocupado mantiene mayor relación con la dependencia severa al alcohol, siendo el 55,6% de la población tratada, y 18,5% presenta dependencia moderada.

Resultados similares han sido obtenidos en la investigación de Linares, García, Delgado, & O'Ferral (2014), donde se nombran el estudio de Magai en el 1999, que explica las diferentes razones para consumir, mediante la evaluación de autoregistros de alcohólicos, obtuvo como resultado que los sujetos preocupados bebían para disminuir estados de ánimo negativos. La frecuencia de consumo se relacionó específicamente con el preocupado.

Los estilos de apego son factores psicológicos, por las características que manifiesta; según el estudio de Talvera en el 2012, expresa que el estilo de apego preocupado enuncia una

necesidad de cercanía simultáneamente con inseguridad, muestran temor al abandono y baja autonomía, su memoria del pasado incluye rechazo o interferencia de sus figuras de apego, resentimiento a las experiencias pasadas de apego, desconfianza, reacios a comprometerse afectivamente y presentan una tendencia a desarrollar conductas celotípicas; Esto indica que existe una mayor predisposición a un trastorno por consumo de alcohol.

De manera adicional, Thorberg & Lyvers (2010), realizaron una relación transversal entre la historia familiar del alcoholismo, los estilos de apego y los trastornos por consumo de alcohol, encontraron que el poseer un estilo de apego inseguro es un factor de riesgo para trastornos por ingesta de alcohol, independientemente del riesgo hereditario al alcoholismo. Demuestran que la relación entre apego inseguro, miedo a la intimidad y dificultades de regulación de la emoción intervienen en el abuso de sustancias, se manifiestan como consecuencia de la regulación emocional con individuos que usan alcohol o drogas para evitar intimidad o rechazo, para aliviar el dolor, ira, ambivalencia y posiblemente establecer una "base segura". En consecuencia, los estudios sugieren que el apego inseguro se asocia con consumo de alcohol, patrones de consumo de alcohol y trastornos por consumo de sustancias.

Como se mencionó anteriormente, el apego en la niñez mantiene relación con el problema de abuso de sustancias en la edad adulta; por ejemplo los individuos con un apego seguro generalmente experimentaran con sustancias durante la adolescencia como una conducta exploratoria mientras que los individuos que presentan un estilo de apego inseguro (preocupado), experimentan con sustancias pero se convierte en una forma de enfrentar la angustia emocional y es posible que se continúe en la edad adulta (Linares, García, Delgado, & O'Ferrall, 2014).

### **3.4. Limitaciones**

Es importante tener en cuenta que la primera limitación fue la apertura de las comunidades terapéuticas debido a que mantienen un protocolo que impide la realización de investigaciones externas. Dado que el tipo de estudio es descriptivo, no se puede generalizar a

la población, pero podría ser un referente para investigaciones de tipo cualitativo que profundicen la situación de los pacientes y su abordaje.

### **3.5. Conclusiones**

- El estilo de apego en adultos varones que sufren de trastornos por consumo de alcohol más común fue el preocupado siendo el 85.2% de la población estudiada. El 14,8% mantiene un estilo de apego seguro. Los estilos evitativo y desorganizado no se encontraron en la población.
- Los niveles de dependencia al alcohol fueron evaluados mediante el test SADQ y sus resultados mostraron que la dependencia severa se encontró en primer lugar siendo el 59,3%, la dependencia moderada ocupa el segundo lugar con el 25,9% y la ligera
- El estilo de apego preocupado ha sido relacionado con la dependencia severa y moderada al alcohol dentro de la población tratada.

### **3.6. Recomendaciones**

- Se considera importante realizar otro estudio más amplio modificando los criterios de inclusión propuestos (edad, monoconsumo, internamiento), para poder obtener resultados más relevantes del cantón Cuenca.
- Recomendamos psicoeducar a los padres, para fomentar un estilo de apego seguro en sus hijos y con esto mejorar la calidad de desenvolvimiento inter e intrapersonal.
- Para psicoterapia individual en las comunidades, se propone reconocer el estilo de apego del usuario para modificar las áreas negativas que han llevado al consumo, mediante los vínculos afectivos conocidos previamente debido a que facilita la relación terapeuta – paciente.
- Ampliar el estudio de estilo de apego y consumo de sustancia, mediante una investigación donde se incluya al género femenino, para observar si existe alguna diferencia significativa comparable con este estudio.

- Brindar psicoeducación a nivel global sobre el uso de drogas y sus efectos nocivos para que las personas tengan una mejor percepción del factor de riesgo que podría desencadenar una adicción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, A. Á., Castillo, M. M. A., Torres, R. A. B., García, C. S. L., Facundo, F. R. G., & Castillo, B. A. A. (2010). *La prevención de adicciones desde el análisis evolucionario de Rodgers*. CIENCIA ergo-sum, 17(3), 253-257.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th ed.). Doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.744053.
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Anguiano Serrano, S. A., Vega Valero, C. Z., Nava Quiroz, C., & Soria Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit*, 16(1), 17-26.
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2015). CONSEP Emite cifras sobre el consumo de drogas. Recuperado de: <http://www.asambleanacional.gob.ec/es/noticia/34312-consep-emite-cifras-sobre-consumo-de-drogas>.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486-494.
- Bascarán, M., González, M., Marín, M., Alfaro, G. P., Gras, I. M., & Valladolid, G. R. (2013). Evaluación y diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol. *Alcoholismo: guía de intervención en el trastorno por consumo de alcohol*. Madrid: Saned.
- Bowlby J. (1993). *El Apego: El apego y la pérdida*. I. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.
- Bowlby, J (1988). *Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Castañeda Arcila, J. A., & Chaves Castaño, L. (2013). Relaciones entre estilos de personalidad y tipos de consumo de alcohol. *Pensamiento psicológico*, 11(1), 55-69.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine*, 64(4), 660-667.
- Consejo de Seguridad Ciudadana Cuenca, Consejo Cantonal Salud Cuenca, GAD Municipal Cuenca. (Junio 2014). Encuesta Línea Base Sobre el Consumo de Alcohol y Tabaco en el Cantón Cuenca.
- Cristóvão-Calado, J.M., & Rodríguez – Méndez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2)

- Danza C. (2009). ¿Tratable o intratable? La comunidad terapéutica para drogodependientes, una alternativa. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*; 73(1); 99-108.
- De Lucas Taracena, M. T., & Rada, F. M. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377-386.
- Dirección Nacional del Observatorio de Drogas & Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. (2014). *IV Estudio Nacional sobre uso de drogas en la población de 12 a 65 años. Informe de investigación*. Recuperado de: <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>
- El Comercio. (2014). Ecuador ocupa el noveno puesto regional en consumo de alcohol, según la OMS. Recuperado de: <http://www.elcomercio.com/tendencias/ecuador-ocupa-noveno-puesto-regional.html>
- Erazo Erazo, D., & Zúñiga Urriago, J. (2015). *Adicción y deseo: el desanudamiento del sujeto [recurso electrónico]* (Doctoral dissertation).
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Estados Unidos: Jason Aronson.
- García, E. Mompó, G. Vilas, L. Casanova, P. Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana Medicina Militar*, 33(2).
- Gómez, R. A. (2013). Drogas, consumo y época: alcohol en atracón (Binge), policonsumo y adicciones sin sustancias. Los nuevos fenómenos y sus desafíos. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Argentina: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Guzmán, M., & Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su Asociación con la Satisfacción Marital. *Psykhé (Santiago)*, 21(1), 69-82.
- Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. *Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. Barueri (SP): Minha Editora, 67-87.*
- Kameniecki, Mario. (2012). El aporte del psicoanálisis a la clínica de las adicciones y el recurso al dispositivo grupal: una apuesta desegregativa. *Boletín del Centro de Día Carlos Gardel de Asistencia en adicciones*. Recuperado de: <http://centrocarlosgardel.blogspot.com/search/label/Bolet%C3%ADn%20N%C2%BA19%20abril%202012>
- Kinley, J. L., & Reyno, S. M. (2013). Attachment style changes following intensive short-term group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(1), 53-75. doi:<http://dx.doi.org/101521ijgp201363153>
- Kvrgic, S., Beck, E. M., Cavelti, M., Kossowsky, J., Stieglitz, R. D., & Vauth, R. (2011). Focusing on the adult attachment style in schizophrenia in community mental health

- centres: validation of the Psychosis Attachment Measure (PAM) in a German-speaking sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764011399004.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. & Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology*, 67(2), 193-203.
- Linares, C., García, G., Delgado, M., & O'Ferrall González, C. P. (2014). Apego adulto y comorbilidad psiquiátrica en pacientes alcohólicos. A Propósito de un Estudio Exploratorio.
- Magariños, C. C. (2011). Alcoholismo: perspectiva psiquiátrica para clínicos. *Galicia Clínica*, 72(1), 7-10.
- Melo, D. S., & Nascimento, L. C. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Monsalve, A. S., Espinosa, X. P., & Espinosa, Á. F. (2011). Consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 29(1), 77-97.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10: Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Centro de Prensa: Alcohol. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization. Recuperado de: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/who\\_lexicon/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/)
- Quezada, V., & Santelice, M. P. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 53-61.
- Ramos, D. L., Álvarez, A. A., & Penedo, H. G. (2013). Estilos de vida de un grupo de alcohólicos abstinentes. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(1).
- Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. (23.a ed). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=CEjjsLO>
- Rivera, D., Cruz, C., & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las relaciones de pareja en la adultez emergente: el rol del apego, la intimidad y la depresión. *Terapia psicológica*, 29(1), 77-83.

- Romero Hung, M. K., Bravo, V., William, Á., Grills, C. T., Hernández Roca, C. V., Sarracent, A. S., & Aguilar Amaya, R. J. (2014). Relación de los efectos nocivos laborales y comunitarios en adictos al alcohol y cocaína. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 11(1).
- Ruisard, D. (2016). Transformation Through Attachment: The Power of Relationship in Clinical Social Work. *Clinical Social Work Journal*, 44(3), 279-292. doi:10.1007/s10615-015-0537-2}
- Roca, V.H., Sarracent, A.S., & Amaya, R.J.A. (2014). Relación de los efectos nocivos, laborales y comunitarios en adictos al alcohol y cocaína. *Revista Hospital Psiquiatrico de la Habana* 11(1).
- Santos de Leon C, Parra A. (2016). Estudio de la correlación entre el apego y la mentalización. Tesis de grado. Universidad de la República Uruguay.
- Schindler A, Thomasius R, Petersen K, Sack PM. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development*, 11(3), 307-330.
- Schindler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Kustner U, Eckert J. (2005) Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in a drug dependent adolescents. *Attachment and Human Development*, 7(3), 207-228.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., & Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9(2), 111-126.
- Serecigni, J. (2012). *Monografía Sobre el Alcoholismo*. 1era ed. [ebook] Barcelona: Socidrogalcohol. Recuperado de: [http://www.beveumenys.cat/\\_Adm/upload/docs/ITEMDOC\\_583.pdf#page=144](http://www.beveumenys.cat/_Adm/upload/docs/ITEMDOC_583.pdf#page=144).
- Shin, S. E., Kim, N. S., & Jang, E. Y. (2011). Comparison of problematic internet and alcohol use and attachment styles among industrial workers in Korea. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(11), 665-672.
- Talavera, E. L. G. (2012). Evaluación del apego en estudiantes universitarios. *Horizonte Médico*, 12(3).
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 464-478.
- Valladares V. (2015). Dependencia del alcohol y su influencia en las habilidades sociales de los pacientes internos de la comunidad terapéutica Recuperando la Vida (COTREVID) de la ciudad del Puyo. Universidad Técnica de Ambato.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Heitmann, S., Havemann-Reinecke, U., Engel, K. R., & Huether, G. (2013). Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in

withdrawn alcohol addicted inpatients. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 8(1), 1.

Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., & Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.

## ANEXOS

### Anexo A. Documento digital Google Docs

# Investigación sobre el consumo de alcohol en hombres

\*Obligatorio



#### Comunidad terapéutica a la que pertenece \*

- Comunidad Terapéutica Amor y Vida "Centeravid"
- Comunidad Terapéutica del Austro la Hacienda
- Casa de Retiros 28 días
- CREIAD
- Centro de Recuperación Hacia una Nueva Vida
- Centro de Rehabilitación Alcohol y Drogas 12 Pasos Varones
  - CENCICACU
  - Casa de reposo y adicciones Humberto Ugalde Camacho - CRA
  - CETAC
  - CETVI

#### Género \*

- Masculino
- Femenino

#### Edad \*

Elige ▾

#### Consentimiento informado.

La meta de este estudio es conocer los estilos de apego en usuarios que se encuentran internados en una clínica de rehabilitación en el cantón Cuenca debido al síndrome de dependencia al alcohol. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.



¿Acepta usted participar en esta investigación? \*

- SI
- NO

SIGUIENTE

## Investigación sobre el consumo de alcohol en hombres

\*Obligatorio

### Cuestionario de Severidad de Dependencia al Alcohol (SADQ)

Este cuestionario permite identificar la severidad de dependencia al alcohol.



En los últimos 6 meses, durante el período de tiempo en que bebía mucho:

**1. Me despertaba sudando \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**2. Tenía palpitaciones a primera hora de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**3. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**4. Tenía náuseas a primera hora de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**5. Todo mi cuerpo temblaba violentamente, sino bebía algo \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**6. Me despertaba completamente bañado en sudor \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**7. Vomitaba a primera hora de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**8. Temía que llegase la hora de levantarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**9. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**10. Me encontraba a disgusto al despertarme por la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**11. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**12. Me sentía aturdido al despertarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**13. Me sentía muy nervioso al despertarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**14. Me sentía asustado al despertarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**15. Me gustaba beber alcohol por la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**16. Me aseguraba de que me quedara algo de alcohol para por la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**17. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**18. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana \***

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

19. Consumía por lo menos 4 copas de licor durante la hora siguiente a haberme levantado (el equivalente es una botella de vino o 9 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

20. Bebía por la mañana para calmar los temblores \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

21. Sentía una fuerte necesidad de alcohol al despertarme \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

22. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino o 9 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

23. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

24. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 4 botellas de vino o 36 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

25. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 8 botellas de vino o 72 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

26. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

27. Llegaba a beber en menos de 1 hora 16 copas de licor (el equivalente son 4 botellas de vino o 36 cañas de cerveza) \*

- Nunca o casi nunca (0)
- A veces (1)
- Frecuentemente (2)
- Casi siempre (3)

**Si tras varias semanas de abstinencia tiene una recaída durante la cual pasa dos días bebiendo en exceso, ¿cómo se encontraría a la mañana siguiente a esos dos días?**

28. Por la mañana comenzaría a sudar \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

29. Tendría palpitaciones \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

30. Tendría temblor en las manos \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

31. Tendría náuseas \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

32. Mi cuerpo temblaría \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

33. Mis deseos por beber serían \*

- Nada (0)
- Un poco (1)
- Moderadamente (2)
- Bastante (3)

ATRÁS

SIGUIENTE

## Investigación sobre el consumo de alcohol en hombres

\*Obligatorio

### CAMIR-R

Este cuestionario es sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. El cuestionario tiene tres tipos de frases:

- Frases que se refieren a lo que has vivido en tu familia de origen. Estas frases están generalmente formuladas en tiempo pasado, o si no, mencionan claramente palabras como "niño", "padre" o "familia de origen".
- Frases que describen tus experiencias en tu familia o en tu pareja actual. Estas frases hablan generalmente de "mis seres queridos" y están siempre formuladas en tiempo presente (la familia actual puede ser la familia de origen).
- Frases que se refieren al funcionamiento y valores familiares.



1. Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

2. Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

3. En caso de necesidad, estoy seguro(a) que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

4. Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo he sido \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

5. En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

6. De niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

7. Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

8. Detesto el sentimiento de depender de los demás \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

9. Sólo cuento conmigo para resolver mis problemas. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

10. De niño(a), a menudo mis seres queridos, se mostraban impacientes e irritables \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

11. A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

12. Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO

13. No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tienen problemas. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

14. De niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte. \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO
- MUY FALSO

15. Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos \*

- MUY VERDADERO
- VERDADERO
- NI VERDADERO NI FALSO
- FALSO

MUY FALSO

16. De niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

17. De adolescente, nunca nadie de mi entorno, ha entendido del todo mis preocupaciones. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

18. Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

19. Tengo la sensación que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

20. Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

21. Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

22. Me siento en confianza con mis seres queridos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

23. De niño(a), he tenido que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

24. De mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

25. De niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a). \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

26. Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

27. Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

28. Cuando era niño(a) había peleas insoportables en casa. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

29. En mi familia vivíamos aislados. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

30. De niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

31. La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

32. Durante mi niñez, he sufrido la indiferencia de mis seres queridos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

33. A menudo, me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos. \*

MUY VERDADERO

VERDADERO

NI VERDADERO NI FALSO

FALSO

MUY FALSO

Muchas Gracias Por Participar

*¡Gracias!*

ATRÁS

ENVIAR