



Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ESTILOS DE APEGO Y TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA QUE

PRESENTA:

ALAN RAYMUNDO HERNÁNDEZ SALGADO

Tutor Teórico	Tutor Metodológico
Dr. Hugo González Cantú	Ing. José Francisco Cortés Sotres

MÉXICO., D.F.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Tabla de contenido

Trastornos por consumo de sustancias – Definiciones.	5
Generalidades y Epidemiología	6
Teoría del Apego – Fundamentos de John Bowlby.	8
Subtipos de apego – Los trabajos de Mary Ainsworth y colaboradores	9
Estilo de apego en Adultos – Modelo de Kim Bartholomew y Leonard Horowitz	11
<i>Fig.1: Modelo de apego en el adulto.</i>	13
<i>Fig.2: Análisis factorial de la evaluación de apego por entrevistas, autorreporte y reporte de amigos.</i>	14
Conceptualización de la relación entre Estilos de Apego y Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias.	15
Fig. 3 - Distribución de los estilos de apego en una muestra de pacientes alcohólicos en remisión.....	24
Fig. 4 - Relación entre el estilo de apego y edad en una muestra de adultos jóvenes con historia familiar de trastornos por uso de alcohol.	25
Fig. 5 - Relación entre el estilo de apego y trastornos por uso de sustancias basado en un modelo de regresión logística en una muestra de adultos jóvenes con historia familiar de trastornos por uso de alcohol.	25
Planteamiento del Problema	26
Justificación	26
Método	28
Hipótesis	28
Hipótesis general	28
Objetivos	28
Objetivo General.....	28
Objetivos Específicos.....	28
Metodología	29
Tipo de Estudio	29
Universo de estudio, muestra, selección y tamaño.....	29
Criterios de Selección – Grupo de Pacientes	29
Criterios de Inclusión.....	29
Criterios de Exclusión	30

Criterios de Selección – Grupo Control	30
Criterios de Inclusión.....	30
Criterios de Exclusión	31
Criterios de eliminación (ambos grupos)	31
Variables.....	32
Escalas e instrumentos de evaluación	33
Formato de Datos Clínicos Demográficos	33
Cuestionario de Apego del Adulto	33
Procedimiento	34
Análisis Estadístico	35
Consideraciones Éticas	35
Resultados	37
Participantes.....	37
Comparación de resultados dimensionales	37
Comparación de prevalencia	39
Comparaciones de Apego Adulto con las Variables Sociodemográficas.....	42
Tablas de comparación entre estilos de apego y variables sociodemográficas	46
Sexo.....	46
Edad	48
Religión.....	50
Escolaridad	52
Estado civil.....	54
Ocupación.....	57
Limitaciones.....	60
Conclusiones.....	61
Bibliografía	64
ANEXOS	70
ANEXO A1 - Carta de Consentimiento Informado – Grupo de Pacientes	70
ANEXO A2 - Carta de Consentimiento Informado – Grupo de Hermanos	72
ANEXO B – Criterios Diagnósticos de los Trastornos por Consumo de Sustancias (DSM-IV-TR)	74
A1. Dependencia de Sustancias	74

A2. Abuso de Sustancias.....	75
A3. Abstinencia de Alcohol.....	76
ANEXO C – Escala de Datos Clínicos Demográficos.....	77
ANEXO D – Cuestionario de Apego del Adulto.	79

ANTECEDENTES

Trastornos por consumo de sustancias – Definiciones.

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos.

El abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de sustancias.

La dependencia a sustancias se caracteriza por un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella, existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia; la necesidad irresistible de consumo se observa en la mayoría de los pacientes con dependencia a sustancias.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico en su Cuarta Edición Texto Revisado los trastornos por uso de sustancias se dividen en: Dependencia, Abuso, Intoxicación y Abstinencia mientras que las sustancias comprendidas son: Alcohol; Alucinógenos;

Anfetaminas; *Cafeína*; *Cannabis*; *Cocaína*; Fenciclidina; Inhalantes; Opioides; Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; Varias sustancias y Otros. ⁽¹⁾

Dado que el Alcohol es la sustancia utilizada con mayor frecuencia en nuestra población ^(2,3) el presente estudio se centra en dicha sustancia.

Generalidades y Epidemiología

La adicción al alcohol y otras sustancias son trastornos complejos que en conjunto muestran una alta prevalencia y un elevado impacto sobre aspectos relacionados con la salud y otros aspectos socioeconómicos. Existen muchos factores que se han involucrado con el desarrollo de una adicción a sustancias incluyendo predisposición genética así como fenómenos del desarrollo neuronal y social ^(4, 5).

Los trastornos por uso de alcohol se encuentran entre los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial y los problemas relacionados con su consumo ocupan el tercer lugar como factor de riesgo para enfermedad y discapacidad, están asociados así mismo con costos personales y sociales importantes tales como violencia, negligencia y abuso infantil y ausentismo laboral^(6, 7). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el alcohol es el principal factor de riesgo para hombres entre 15-59 años, principalmente a causa de lesiones, violencia y enfermedades cardiovasculares. De manera global, 6.2% de las muertes de hombres pueden ser asociadas al alcohol, comparadas con sólo 1.1% de aquéllas en mujeres. ^(8, 9)

De acuerdo con la Encuesta Nacional Epidemiología Psiquiátrica en México en el 2003⁽¹³⁾ se reportó que 14.3% de los hombres y 2.3% de las mujeres mostraban un patrón de abuso o dependencia al alcohol, esto en la población general representaba 8.1%; la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) realizada en 2002, 2008 y 2011⁽³⁾ muestra una tendencia al incremento en dependencia a alcohol en la población general, pasando de 4.1 a 5.0 y hasta 6.2%. Al realizar una comparación entre los resultados de la ENA del 2008 al 2013 se pudo apreciar así mismo que el grupo de 17 años o menos fue el que presentó el incremento más significativo con respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol, pasando de un 49.1 a un 55.2%.^(2, 3, 10)

Los resultados previos son comparables con lo reportado en 1991 y 1992 cuando el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) realizó el National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) con un tamaño de muestra $n=42,862$ individuos de población abierta en el cual se estudió la prevalencia de abuso y dependencia a alcohol. En el 2001 y 2002 el NIAAA llevó a cabo el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC) con una muestra total $n=43,093$ individuos de población abierta en el cual se estudió la historia de uso actual y previo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales así como evaluar la comorbilidad psiquiátrica.^(6, 11) En Estados Unidos de América de los 11.1 millones de víctimas de un crimen violento reportado en 1998 al menos 2.7 millones -casi uno de cada cuatro- reportó que el agresor había ingerido alcohol previo al crimen. Los costos económicos en ese mismo año asociados con el abuso y dependencia de alcohol fueron de \$184.6 mil millones de dólares.^(6, 11, 12)

Como se puede observar de los reportes en la literatura, los trastornos relacionados con el uso de alcohol resultan un problema de salud pública con un impacto especialmente importante para la población joven; entre los adolescentes que presentan un uso excesivo de alcohol se aprecian como problemas particularmente relevantes: deterioro en el rendimiento escolar; mayor proclividad a participar en riñas, ser lastimado o lastimar a otros y problemas relacionales y conducta sexual riesgosa^(13, 14, 15).

Teoría del Apego – Fundamentos de John Bowlby.

La Teoría del Apego deriva del trabajo de John Bowlby quien enfatizó la persistencia de necesidades de dependencia a lo largo de la vida y, la importancia de las necesidades de apego desde el nacimiento hasta la muerte. Bowlby puntualizó que el apego constituye una fuerza motivacional central y que el apego entre el niño y su madre -o su cuidador primario- era un medio esencial de interacción humana que tenía importantes consecuencias para el desarrollo ulterior y el funcionamiento de la personalidad, encontrándose relación entre los patrones de apego en la infancia temprana y su relación en interacciones de adultos con objetos significativos⁽¹⁶⁾. La teoría del apego postula que a través de dichos estilos de paternaje, un ser humano universal forma lazos afectivos cercanos cuya meta es la seguridad. El eje de dicha teoría postula que la reciprocidad entre las relaciones tempranas primarias es la condición del desarrollo normal, probablemente en todos los mamíferos, incluido el ser humano. Las conductas de apego de los niños son correspondidas por las conductas de apego de los adultos; es así como estas respuestas

fortalecen el apego del niño hacia ese adulto en particular. La activación de este apego depende de la evaluación de una amplia gama de señales, que resultan en la sensación de seguridad e inseguridad. Así pues, la experiencia de seguridad es la meta del sistema de apego, que a su vez es un regulador de la experiencia emocional ^(17, 18, 19).

Subtipos de apego – Los trabajos de Mary Ainsworth y colaboradores

La segunda gran pionera de la teoría del apego, Mary Ainsworth -junto con su equipo de colaboradores- desarrolló el procedimiento para observar los modelos de trabajo interno en los infantes, mejor conocido como “paradigma de situación frente al extraño” ⁽²⁰⁾: éstos, al ser separados de sus cuidadores en una situación extraña para ellos, muestran diferentes patrones de comportamiento:

- A) Apego seguro: niños que presentan conductas exploratorias ante la presencia del cuidador primario; se muestran ansiosos ante la presencia de un extraño y lo evitan; se estresan ante la ausencia del cuidador, en consecuencia rápidamente buscan contacto con éste último, regresando a su estado exploratorio. Este comportamiento está basado en la experiencia de interacciones sensitivas bien coordinadas donde el cuidador raramente es sobreestimulado y es capaz de reestabilizar las respuestas emocionales desorganizadas; así pues, permanecen relativamente organizados en situaciones estresantes.

- B) Apego inseguro: que a su vez, puede subdividirse en:

- 1) Ansioso/evitativo: niños que se muestran menos ansiosos ante la separación de su cuidador y quizá no lo prefieren sobre los extraños. Se ha propuesto que estos niños han tenido experiencias donde la estimulación emocional no fue establecida por el cuidador, o donde fueron sobreestimulados a través de un paternaje intrusivo; así pues, sobrerregulan su afecto y evitan situaciones que puedan ser estresantes.
- 2) Ansioso/resistente: niños que muestran conductas de exploración y juego limitados; tienden a estresarse fuertemente ante la separación de su cuidador; muestran gran dificultad de resolución subsecuente, manifestando forcejeo, rigidez, llanto continuo o preocupación en un modo pasivo. La presencia del cuidador o los intentos de reconfortarlo fallan, y la ansiedad y enojo del niño parecen prevenirlo de obtener comodidad a través de la proximidad. Al contrario, subregulan haciendo más intensa la expresión del estrés, posiblemente en un esfuerzo para solicitar la respuesta esperada del cuidador. Existe un bajo umbral para la amenaza, y el niño se muestra preocupado al tener contacto con el cuidador, sintiéndose frustrado incluso cuando éste se encuentra disponible.
- c) Desorganizado: niños que muestran una respuesta sin dirección, como quedarse paralizados, aplaudir, balanceo o el deseo de escapar de la situación aún ante la presencia del cuidador. Este grupo también ha sido llamado desorganizado/desorientado por Main y Solomon. En términos generales, ha sido aceptado que el cuidador sirve como fuente de consuelo y miedo; así pues, la estimulación del sistema de apego genera motivaciones conflictivas. ⁽²¹⁾

En síntesis, el primer estilo de apego corresponde únicamente al de tipo organizado, presente hasta en el 60% de los lactantes estudiados por Ainsworth en su trabajo original; en tanto que los tres restantes se pueden agrupar de manera general, como un estilo de apego inseguro.

Estilo de apego en Adultos – Modelo de Kim Bartholomew y Leonard Horowitz

De acuerdo con la teoría de Bowlby en que se postulan dos modelos internos de trabajo - un modelo interno del *self* y un modelo interno de otros- cada uno de los cuales puede ser dicotomizado como positivo y negativo. Un principio básico de la teoría de apego es que las relaciones de apego continúan siendo importantes a lo largo de la vida, lo que llevó a la necesidad de examinar la relación entre los modelos de trabajo del apego y la adaptación social y emocional en adultos. La imagen abstracta del *self* de la persona puede ser dicotomizada como positiva o negativa (el *self* es digno de amor y apoyo o no) así como su imagen del otro igualmente dicotomizada (otros son vistos como dignos de confianza y disponibles versus inconsistentes y rechazadores), esto puede ser combinado en un prototipo teórico ideal (véase figura 1).

De acuerdo con el modelo de Bartholomew⁽²²⁾, se divide a los adultos en cuatro bloques o grupos:

- Grupo 1, *Seguro*: Muestra una sensación de valía (digno de ser amado) y una expectativa de que otras personas son en general acogedoras y responsivas.

- Grupo 2, *Ambivalente o Preocupado*: Muestra una sensación de baja valía (no es digno de amor), combinada con una evaluación positiva de otros, lo que lleva a que la persona constantemente luche por la autoaceptación ganando la aceptación de otras personas a quienes valora.
- Grupo 3, *Temeroso-Evitativo*: Muestra una sensación de baja valía combinada con una expectativa de que los otros presentan una disposición negativa (poco dignos de confianza y rechazantes). El evitar involucrarse de manera cercana con otras personas, este estilo le permite a las personas protegerse a sí mismas de un rechazo anticipado por otros.
- Grupo 4, *Descartante-avoidante*: Muestra una sensación de ser digno de amor combinado con una disposición negativa hacia otros. Estas personas se protegen a sí mismas contra la decepción evitando las relaciones cercanas y manteniendo una sensación de independencia e invulnerabilidad.

		Modelo del <i>self</i> (dependencia)	
		Positivo (Bajo)	Negativo (Alta)
Modelo del otro (Evitación)	Positivo (Baja)	<p>Grupo 1</p> <p>SEGURO</p> <p>Cómodo con la intimidad y autonomía.</p>	<p>Grupo 2</p> <p>PREOCUPADO</p> <p>Preocupado con las relaciones.</p>
	Negativo (Alta)		

	Negativo (Alta)	Grupo 4	Grupo 3
		DESCARTANTE	TEMEROSO
		Descartante de la intimidad, contradependiente	Temeroso de la intimidad, socialmente evitativo.

Fig.1: Modelo de apego en el adulto, modificado de Bartholomew y Horowitz, 1991.

De acuerdo con el trabajo original de Bartholomew y Horowitz (sc. Bartholomew K, Horowitz LM, 1991) en que se evaluó una n=77 (40 mujeres y 37 hombres) se clasificó a los sujetos en la siguientes categorías: Apego seguro, 47 %; descartante, 18 %; preocupado 14 % y temeroso, 21 %. El grupo con apego *seguro* obtuvo calificaciones particularmente altas en la coherencia de sus entrevistas y el grado de intimidad con sus amistades, así como recibir puntuaciones altas en calidez, balance del control en amistades y grado de involucramiento en relaciones románticas. El grupo *descartante* presentó puntuaciones particularmente altas en autoconfianza y particularmente bajas en expresividad emocional, frecuencia de llorar y calidez así como presentar calificaciones más bajas que los grupos *seguro* y *preocupado* en su autoapertura, intimidad, involucramiento romántico, capacidad de contar con otros y usar a los otros como una base segura. El grupo *preocupado* presentó puntuaciones particularmente altas en su autoapertura, uso de otros como base segura, llorar en presencia de otros y otorgar cuidado. También mostraron un alto involucramiento romántico y baja coherencia y balance en el control en las relaciones. Finalmente, el grupo *temeroso* fue evaluado particularmente bajo en autoconfianza, bajos en el balance del

control, así mismo mostraron una baja puntuación en autoapertura, intimidad, involucramiento romántico, confianza en otros y uso de otros como base segura cuando se encontraban molestos. (Véase figura 2)

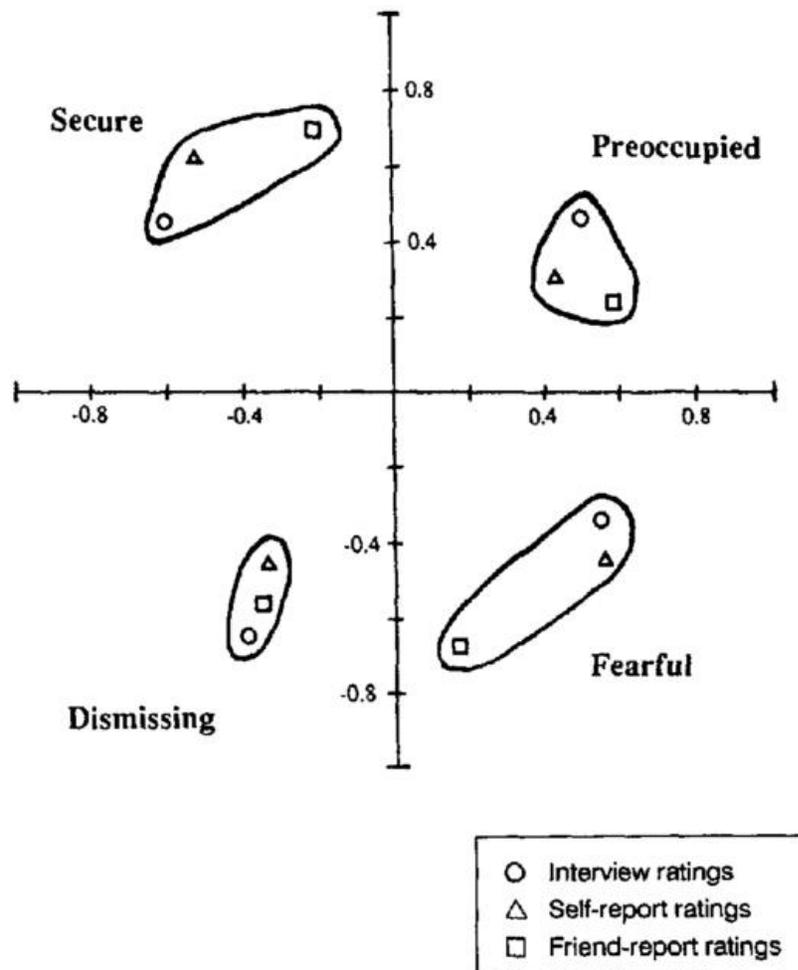


Figure 3. Factor analysis of interview, self-report, and friend-report attachment ratings.

Fig.2: Análisis factorial de la evaluación de apego por entrevistas, autorreporte y reporte de amigos; tomado de Bartholomew & Horowitz, 1991. Eje X: Dependencia; Eje Y: Evitación.

Conceptualización de la relación entre Estilos de Apego y Trastornos por uso de alcohol y otras sustancias.

La investigación sobre el apego ha reportado de manera consistente la influencia de las interacciones sociales tempranas para desarrollar modelos internos de trabajo y representaciones objetales que impactarán de manera sustancial en el comportamiento de vinculación, interacciones entre el sujeto y su ambiente y psicopatología en etapas posteriores. De acuerdo con la descripción de Bowlby, las interacciones genéticas, neurobiológicas y factores del desarrollo contribuyen para establecer redes neuronales involucradas en la regulación de la resiliencia al estrés, ansiedad, sensibilidad y desarrollo de la personalidad. Ainsworth *et al* describieron por primera vez diferentes patrones de comportamiento a los que llamaron “estilos de apego” y que posteriormente fueron incluidos en diversas escalas para su valoración y diferenciación entre estilos individuales. En personas con un estilo de apego inseguro se muestra una pronunciada dificultad para controlar estados afectivos negativos en relación a estímulos adversos; el consumo de sustancias como el alcohol con función GABAérgica puede utilizarse con el objetivo de controlar la hiperexcitación, lo que lleva a instauración de la dependencia con el tiempo. Los trastornos de ansiedad son una comorbilidad frecuente en pacientes con dependencia y viceversa, relación que también se observa en personas con un estilo de apego inseguro (4, 23, 24, 25). Los sujetos con un estilo de apego inseguro muestran menor expresión de emocionalidad positiva y una menor actividad en su sistema de recompensa así como mostrarse más reservados en su interacción social debido a bajas expectativas de

resultados positivos en relaciones interpersonales, lo que puede llevar a utilizar el alcohol como un potenciador de un sistema de recompensa embotado ⁽⁴⁾.

Existe importante evidencia ^(4, 7, 23) que apoya la asociación entre la calidad de la relación padre-hijo y el desarrollo del niño, esta relación se refiere a la evaluación que hacen las partes entre sí, caracterizada por conductas parentales que muestran una relación cálida y de apoyo -otorgar afecto emocional o loas, escuchar activamente, proporcionar fomento y mostrar respeto-, esto mismo puede ser comparado con una dimensión negativa -rechazo, criticar ideas frecuentemente, discusiones constantes o limitar el afecto. Se ha demostrado que la relación padre-hijo tiene una relación linear negativa con el consumo de alcohol en el adolescente, una relación negativa se asocia con trastornos externalizados tales como comportamiento agresivo y delincuencia así como con trastornos internalizados como síntomas depresivos, ansiedad e incluso comportamiento suicida.

Los adolescentes que progresan hasta un patrón problemático de ingesta de alcohol pueden verse influidos por un ambiente de pares que consumen sustancias, un bajo nivel de apego a las instituciones sociales convencionales, estar más involucrados en una cultura de consumo de alcohol -determinado en parte por medios de entretenimiento, ambiente familiar, social y cultural- y la creencia de que el alcohol tiene efectos positivos en diversas áreas. Los pares pueden facilitar el uso de alcohol de manera inicial promoviendo su experimentación y después al proveer una estructura de normas alterna que refuerza el comportamiento inapropiado; los adolescentes con mayor tendencia a la rebeldía y menos involucrados en actividades convencionales pueden ser los más susceptibles a este tipo de influencia. ⁽¹⁵⁾

La familia representa la fuente primaria de apego, crianza y socialización para los humanos en nuestra sociedad actual: cada familia y cada miembro de ésta es afectado de manera única por un individuo usuario de sustancias, esto puede llevar a no que se hayan cumplido las necesidades de desarrollo, alteraciones en el apego, dificultades económicas, problemas legales, dificultades afectivas y violencia⁽²⁶⁾. Para los niños, esto representa un riesgo particularmente importante de desarrollar un trastorno por uso de sustancias (TUS) ya que cuando estos niños crecen y se convierten en adultos con un TUS identifican sus relaciones con sus padres con una emocionalidad desfavorable, calificándola como « agresiva y brusca » o « fría y distante », así como presentar una pobre vigilancia por parte de sus padres, comunicación negativa y alteraciones en la estructura familiar.^(25, 27) Se ha demostrado que aquellos abordajes orientados a la familia son superiores a los tratamientos individuales o grupales y el hecho de tratar solo al individuo limita la efectividad debido a que ignora el impacto de los TUS en el sistema familiar -dejando a los familiares sin tratamiento-, y no reconoce a la familia como un potencial soporte para el cambio y tratamiento^(14, 26). Se estima que en EUA más de ocho millones de niños menores de 18 años viven con al menos un adulto quien padece algún TUS, la mayoría de los cuales son menores de 5 años. Estas familias se caracterizan por un ambiente de pérdida, conflicto, violencia, abuso, caos emocional, miedo e inversión de roles.⁽²⁶⁾

Las relaciones sirven como el medio de comunicación que conecta a los miembros de la familia entre sí. La teoría del apego provee una manera para entender el desarrollo y calidad de las relaciones entre los miembros de la familia. En 1988, John Bowlby desarrolló la teoría del apego a través del estudio clínico de humanos y otros mamíferos. En ella

postula que al momento del nacimiento la relación principal de un niño es -aunque no siempre- con su madre y sirve de marco de referencia para las relaciones futuras a lo largo de su ciclo vital. Esta relación forma un subsistema dentro de un sistema familiar más grande y a través de aquélla, el niño es capaz de comunicarse y relacionarse con su entorno a través del llanto, vocalizaciones, arraigo, adherencia, etc. La forma en que el cuidador primario responda a estas señales establecerá la calidad del apego. De manera general, si el niño experimenta a su cuidador primario como responsivo y propicio para la crianza llevará a la formación de un apego seguro. Si el niño experimenta a su cuidador primario como no responsivo o inconsistente, puede formarse un apego inseguro que dará lugar a una variedad de problemas tales como ansiedad, depresión y desmedro.^(17, 18, 19) Un padre con algún TUS cuyo ánimo está alterado, preocupado por la búsqueda de los efectos de la sustancia o quien gasta una parte importante de tiempo recuperándose de sus consecuencias puede perder las oportunidades de fomentar un apego saludable, de tal suerte que el intrincado sistema de apego que es construido a partir de una enorme cantidad de interacciones recíprocas e implícitas entre el niño y su figura de apego se verá afectada, dejando al niño mucho más vulnerable a sufrir de trastornos mentales.^(5, 25, 26)

En diversos estudios donde se examina la percepción de adultos con abuso de sustancias con respecto a su crianza^(7, 23, 24, 27, 28) veían a sus padres como menos cariñosos y más intrusivos al compararlos con adultos sin abuso de sustancias. Esto da lugar a que estos mismos adultos presenten un pobre ajuste psicosocial y lleva a que esa misma percepción en el cuidado recibido presente una continuación en la crianza hacia la siguiente generación, esto se corrobora al estudiar los casos de mujeres con abuso de sustancias

quienes han perdido la custodia de sus hijos, presentando estas madres una historia de abuso en la infancia, negligencia, exposición a eventos negativos y experimentar violencia domestica. Con frecuencia se ha establecido que los adultos hijos de alcohólicos experimentan dificultades significativas en su funcionamiento interpersonal, particularmente al establecer y conservar relaciones íntimas. Se ha ^(25, 26, 29) que los padres alcohólicos son inconsistentes en el afecto que ofrecen a sus hijos, vacilando entre demostraciones de cariño y calidez en ciertos momentos y rechazo en otros, lo que lleva a estos niños, desde edades tempranas, a no confiar en las personas y experimentar un miedo persistente al abandono. Así, aunque los adultos hijos de alcohólicos puedan desear amor e intimidad, con frecuencia pueden mostrar temor a que las relaciones en su vida adulta puedan lastimarlos de la misma manera que sus relaciones tempranas ^(30, 31). Al evaluar las relaciones de pareja se aprecia que los hombres con un historial de padres alcohólicos se aprecian a sí mismos como menos dignos de amor y apoyo y con visiones menos positivas respecto de los otros como dignos de confianza y disponibles ^(25, 31).

En el caso de las mujeres con historia de padres alcohólicos, se observa un patrón peculiar, en un estudio ⁽²³⁾ se observó que al momento del matrimonio, estas mujeres no presentaban alteraciones en la impresión de sí mismas pero mostraron la visión más positiva respecto de los demás como disponibles y dignos de confianza; en cambio, después del primer aniversario esto declinó de manera importante y su visión de otros se convirtió en la más negativa de los grupos estudiados. También, los adultos hijos de alcohólicos presentan de manera consistente un mayor uso de alcohol y otras sustancias, consecuencias más negativas relacionadas con su uso, mayor expectativa de sus efectos

positivo y reciben con mayor frecuencia un diagnóstico de trastornos relacionados con alcohol y otras sustancias⁽²⁵⁾

El temperamento incluye una función de regulación -control con esfuerzo- que se refiere a la eficiencia de la atención ejecutiva con la habilidad para inhibir una respuesta dominante y/o activar una respuesta subdominante, planear y detectar errores; así como componentes reactivos como la impulsividad -velocidad para iniciar una respuesta- y acercamiento -emoción y anticipación positiva ante actividades esperadas como placenteras-. Tanto un control con esfuerzo bajo como una alta impulsividad se han relacionado de manera positiva con trastornos externalizados. Así, los problemas temperamentales llevan a una pobre resiliencia y/o caracterizada por escasa flexibilidad de adaptación, incapacidad para responder a circunstancias cambiantes, tendencia a perseverar o presentar desorganización al enfrentarse con cambio y estrés y dificultad para recuperarse tras situaciones traumáticas. En cambio, una alta resiliencia presenta riqueza de recursos para adaptarse a circunstancias cambiantes, uso de estrategias flexibles para resolución de problemas y un ajuste positivo ante emociones negativas. Los hijos de alcohólicos se encuentran particularmente en riesgo para presentar un temperamento problemático y mal ajuste. Se ha encontrado que esto es debido a que tienden a presentar elevadas emocionalidad negativa, impulsividad y reactividad y baja regulación⁽²⁵⁾. Déficit en el funcionamiento ejecutivo, autorregulación basada en el temperamento e impulsividad, incluyendo las habilidades para enfocar atención, integrar información e inhibir conductas, se han asociado a diversos problemas asociados con el uso de alcohol y otras sustancias en general. Se ha encontrado que un bajo control con esfuerzo y la

impulsividad están relacionados de manera consistente con mediciones de expresión de trastornos externalizados y tendencias psicopáticas así como agresión relacional aunque con menor consistencia, esto probablemente debido a que la agresión relacional tiene un componente más proactivo y orientado a metas y no tanto dirigido por la emoción como la agresión reactiva, de tal manera que se encuentra menos vinculado a la reactividad emocional y su regulación. ^(5, 32)

Los primates aprenden a regular sus emociones a partir de sus principales figuras de apego a través del moldeamiento y el sistema de apego ⁽²⁶⁾. Aunque los estudios de adopción de gemelos ⁽²³⁾ tanto de hombres como de mujeres ofrecen evidencia importante de que los factores genéticos contribuyen al riesgo de dependencia de alcohol éstos no explican la totalidad de dicho riesgo. Padres con algún TUS con frecuencia presentaran alguna disregulación afectiva que puede haber precedido o resultado del uso de la sustancia, esto llevará a que sea más difícil que el niño y adolescente alcance una regulación afectiva saludable. La necesidad de pertenencia y aceptación forman parte de las motivaciones humanas más fundamentales ⁽³¹⁾. Dado que los desacuerdos en las relaciones románticas pueden socavar estos sentimientos de aceptación y autoestima, las personas se muestran vigilantes ante signos potenciales de rechazo en la conducta de sus parejas. El nivel de autoestima que muestra una persona se encuentra relacionado con cuan aceptados se sienten en respuesta a una percepción de rechazo; así, personas con una baja autoestima buscan de manera crónica acercarse a sus parejas románticas para sentirse cómodos pero al mismo tiempo buscan distanciarse de una manera autoprotectora de parejas quienes temen podrían rechazarlos, poniendo a estas personas un dilema de acercamiento-

evitación. El grado de interdependencia y la sensación de valía propia que la gente deriva a partir de sus relaciones románticas es mayor que en ningún otro contexto de la vida adulta y debido a su alto potencial de rechazo en este contexto interpersonal es que la pareja juega un rol tan relevante para la necesidad de aceptación y que el adulto busca más seguridad y comodidad de su pareja que de cualquier otra persona.

Se han planteado modelos motivacionales con respecto a las razones que llevan a las personas a utilizar diversas sustancias. Se plantea, por ejemplo, la búsqueda de una regulación de experiencias negativas (tal como la reducción de tensión asociada con los efectos ansiolíticos del alcohol) así como para mejorar experiencias positivas^(30, 31). El hecho de beber para regular estados afectivos negativos se encuentra relacionado con la carencia de otras estrategias de afrontamiento más adaptativas y una ingesta problemática de alcohol^(7, 31). Los hallazgos de diversos estudios muestran que los días en que las personas presentaban más interacciones interpersonales negativas tenían una mayor ingesta de alcohol cuando se encontraban solos en comparación cuando se encontraban en situaciones sociales; por el contrario, cuando presentaban más experiencias interpersonales positivas, ingerían más alcohol en eventos sociales⁽³¹⁾.

Aunque se ha asumido de manera generalizada que una baja autoestima se asocia con el consumo de alcohol, la evidencia disponible ha resultado ser incierta⁽³¹⁾. Por un lado, se ha observado que una baja autoestima y un estilo de apego ansioso-ambivalente se asocia con un incremento en la ingesta de alcohol; por otro lado, se ha observado que una alta autoestima también se encuentra relacionada con un mayor uso de sustancias. Sin embargo, muchos de tales estudios han realizado valoraciones transversales, de tal manera

que no se evalúa si personas con baja autoestima presentan una mayor ingesta en ciertas situaciones, tal como en respuesta a interacciones negativas^(7, 31). Se ha observado que las personas que sienten ser valoradas con un cariz menos positivo por parte de su pareja no pueden compensar su duda propia activando pensamientos de aceptación por parte de su pareja. Dado que estas personas con baja autoestima no pueden utilizar a su pareja como una fuente regulatoria del *self* en episodios de conflicto de pareja, visualizan la ingesta de alcohol como una vía para autorregularse en respuesta a dichos eventos⁽³¹⁾.

El estilo de apego seguro en el adulto refleja una sensación de valía y una percepción general de la gente como aceptadora y responsiva. Estos individuos se caracterizan por sentirse cómodos con la dependencia y cercanía hacia otros^(25, 30). En cambio, adultos con un apego inseguro de tipo evitativo se sienten incómodos con el deseo de otros de aproximarse, mientras que el ansioso-ambivalente (también conocido como 'preocupado') desean un alto nivel de cercanía con otros pero se sienten ansiosos de que otros puedan no querer mantener esta cercanía con ellos^(4, 33). Los adultos con un estilo de apego inseguro reportan haber experimentado una historia de crianza caracterizada por enfermedad, frialdad, rechazo, injusticia y falta de apoyo parental. Así los hijos de alcohólicos presentan severas dificultades en su apego dada la importancia de la predictibilidad y estabilidad de la vida familiar en general y de las figuras que brindan el cuidado en particular para el desarrollo de un apego seguro. Las necesidades de un alcohólico o usuario de alguna otra sustancia para con su consumo impide su disponibilidad como un cuidador responsivo. Incluso cuando el otro padre no presenta un trastorno relacionado con el consumo de alcohol o de otras sustancias, éste se encuentra constantemente preocupado por las

necesidades del usuario de sustancias, de tal manera que las necesidades del hijo quedan relegadas ^(23, 33).

Se ha hipotetizado que las alteraciones afectivas, sensación de *self* deficiente y pobre control de impulsos asociados con estilos de apego inseguro tienen una alta probabilidad e incrementa el riesgo de dependencia a alcohol ⁽²³⁾.

De manera más específica, el apego inseguro puede consolidar las bases para dos vías principales que se establezca el alcoholismo: 1. Regulación afectiva negativa (i. e. consumo de alivio o ‘automedicación’) y 2. Socialización deficiente y asociación con pares dañinos ⁽²³⁾. Estas propuestas se han demostrado en estudios ^(4, 23, 33) en los que se ha observado estilos de apego evitativo y preocupado se encuentran con mayor frecuencia en individuos con una historia familiar positiva de consumo de alcohol, en ese mismo estudio ⁽³²⁾ se observó que la historia familiar positiva de uso de alcohol mostraba una razón de momios de 2.15 (IC 95% = 1,39-3,31) para un estilo de apego inseguro; en particular, el estilo de apego evitativo es el que se ha observado con mayor prevalencia en pacientes con trastornos por uso de alcohol (véanse figuras 3, 4, 5).

Fig. 3 - Distribución de los estilos de apego en una muestra de pacientes alcohólicos en remisión.				
	Apego Seguro	Inseguro ambivalente	Inseguro descartante	Inseguro evitativo
Mujeres (n=16)	31% (n=5)	31% (n=5)	25% (n=4)	13% (n=2)
Hombres (n=43)	35% (n=15)	21% (n=9)	23% (n=10)	21% (n=9)
Muestra total (n=59)	33% (n=20)	24% (n=14)	24% (n=14)	19% (n=11)
<i>Adaptado de Wedekind et al. 2013</i>				

Fig. 4 - Relación entre el estilo de apego y edad en una muestra de adultos jóvenes con historia familiar de trastornos por uso de alcohol.

Estilo de apego (Año 11)	Historia Familiar de Alcoholismo					
	FH-		FH+		Total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Seguro	130	71.8	102	54.2	232	62.9
Temeroso-evitativo	17	9.4	30	16.0	47	12.7
Preocupado	6	3.3	12	6.4	18	4.9
Descartante evitativo	28	15.5	44	23.4	72	19.5
Total	181		188		369	

Nota: $\chi^2 [3, N= 369] = 12.40$ ($P < 0.01$). Historia Familiar de Alcoholismo (FH): 0, FH-; 1, FH+.

Adaptado de Vungkhanching et al. 2004

Fig. 5 - Relación entre el estilo de apego y trastornos por uso de sustancias basado en un modelo de regresión logística en una muestra de adultos jóvenes con historia familiar de trastornos por uso de alcohol.

Estilo de Apego (Año 11)	AUD (DSM-IV) (Año 11)	
	Razón de momios	χ^2
1) Sexo -2 log Razón de probabilidad $\chi^2 [4, N=369] = 23.21^{***}$		
Seguro vs. Temeroso-evitativo	2.18 (1.15, 4.16)	5.64*
Seguro vs. Preocupado	1.66 (0.62, 4.45)	1.03
Seguro vs. Descartante- evitativo	2.13 (1.23, 3.68)	7.26**
Sexo	2.02 (1.31, 3.11)	10.07**
2) Sexo y FH -2 log Razón de probabilidad $\chi^2 [4, N=369] = 33.19^{***}$		
Seguro vs. Temeroso-evitativo	1.93 (1.00, 3.73)	3.89*
Seguro vs. Preocupado	1.43 (0.52, 3.90)	0.48
Seguro vs. Descartante- evitativo	1.92 (1.10, 3.36)	5.23*
Sexo	2.05 (1.32, 3.19)	10.24**
Historia familiar de alcoholismo	2.04 (1.31, 3.18)	9.83**
FH: Historia familiar de alcoholismo. * $P < 0.05$. ** $P < 0.01$. *** $P < 0.001$.		
Adaptado de Vungkhanching et al. 2004		

Planteamiento del Problema

¿Cuál es el estilo de apego en una población de pacientes adultos con trastornos por uso de alcohol y que acude a tratamiento comparados con hermanos sanos de pacientes?
¿Resultan los diferentes estilos de apego en personas en similares condiciones de crianza un **factor de riesgo** para desarrollar trastornos por uso de alcohol?

Justificación

Los trastornos por uso de alcohol (abuso y dependencia) constituyen la tercera causa más importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. ⁽³⁴⁾

En la población Mexicana general se ha observado que el Alcohol es la sustancia de impacto más frecuente y la que da lugar con mayor frecuencia a que se pase a utilizar otras sustancias lícitas o ilícitas. ^(2, 3)

Los trastornos por uso de alcohol se encuentran entre las principales causas de descenso en los años de vida ajustados a la discapacidad y son responsables de múltiples problemas médicos, psicológicos, sociales, económicos y personales.

Se ha evidenciado en la literatura que tanto factores genéticos como ambientales muestran importancia en el desarrollo de un trastorno por uso de alcohol.

No se han realizado estudios donde se evalúe el estilo de apego en una población clínica mexicana de pacientes adultos con trastornos por uso de sustancias y que acudan a tratamiento.

No se han realizado estudios en donde se evalúe el estilo de apego de una población mexicana con presencia de un trastorno por uso de sustancias y se compare con sus hermanos sanos.

Al término de este estudio se espera apreciar si efectivamente los estilos de apego inseguros resultaron ser un factor de riesgo para los sujetos estudiados para la presencia de un trastorno por uso de alcohol en comparación con los controles; esto tiene como implicación clínica la posibilidad de detectar a sujetos con riesgo antes de que presenten un trastorno por uso de alcohol, agregando elementos preventivos a fin de reducir el impacto personal, social, económico, de salud e interpersonal que surgen como consecuencia de dichos trastornos.

Método

Hipótesis

Hipótesis general

El tipo de apego inseguro en los pacientes con diagnóstico de trastornos por uso de alcohol se presentará con mayor frecuencia e intensidad que en hermanos de pacientes sin un trastorno por uso de alcohol

Objetivos

Objetivo General

Evaluar los estilos de apego presentes en una población clínica mexicana con trastornos por uso de alcohol y en hermanos sin un trastorno por uso de alcohol.

Objetivos Específicos

- Identificar el estilo de apego presente en pacientes mexicanos con trastornos por uso de alcohol.
- Identificar el estilo de apego presente en hermanos sanos de pacientes mexicanos con trastornos por uso de alcohol.
- Determinar si los estilos de apego inseguros son un factor de riesgo para presentar trastornos por uso de alcohol al compararlo con una población en similares condiciones de crianza.

Metodología

Tipo de Estudio

- Según la clasificación de Feinstein:
- Propósito: Escrutinio.
- Asignación del agente: Observacional.
- Seguimiento: Transversal.
- Recolección de datos: Prolectivo.

Universo de estudio, muestra, selección y tamaño

Individuos con un diagnóstico de Trastorno por Uso de Alcohol (Abuso o Dependencia), ambulatorios, que acudan al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en la Ciudad de México.

El grupo control consistirá en hermanos de pacientes diagnóstico de Trastorno por Uso de Alcohol (Abuso o Dependencia) mencionados y que no cuenten con criterios para un diagnóstico por consumo de sustancias ni actual ni previo.

Criterios de Selección – Grupo de Pacientes

Criterios de Inclusión

- Hombres o mujeres con más de 18 años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos de medición.

- Pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia a alcohol actual o previo de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR.
- Que sean capaces de leer y escribir.
- Que otorguen su consentimiento informado para la participación en el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición.

Criterios de Exclusión

- Presencia de cualquier trastorno psicótico.
- Pacientes que no estén de acuerdo en participar.
- Pacientes con algún trastorno del desarrollo o cuya condición médica general o psiquiátrica los haga incapaces de otorgar su consentimiento informado según criterio del investigador.

Criterios de Selección – Grupo Control

Criterios de Inclusión

- Hombres o mujeres con más de 18 años cumplidos al momento de la aplicación de los instrumentos de medición.
- Hermanos de pacientes con trastornos por uso de alcohol.
- Que no presenten ningún trastorno por uso de alcohol ni actual ni previamente.
- Que sean capaces de leer y escribir.

- Que otorguen su consentimiento informado para la participación en el estudio y la aplicación de los instrumentos de medición.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con algún trastorno del desarrollo o cuya condición médica general o psiquiátrica los haga incapaces de otorgar su consentimiento informado según criterio del investigador.

Criterios de eliminación (ambos grupos)

- Participantes quienes retiren su consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

Variables

	Variable	Tipo de Variable	Medición
Independientes	Trastorno por Uso de Alcohol	Cualitativa, nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Abuso de alcohol. • Dependencia a alcohol.
Dependientes	Estilos de apego	Cualitativa, nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro • <u>Inseguro</u> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalente o preocupado. • Temeroso Evitativo. • Descartante-evitativo.
	Componentes del Estilo de Apego	Cuantitativas discretas.	<ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. • Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. • Expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones. • Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.
Intervinientes	Edad	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • 36 años o menos • 37 años o más
	Sexo	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer • Hombre
	Religión	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Ninguna
	Escolaridad	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ Básica • ≥ Superior
	Estado civil	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Con pareja • Sin pareja
	Ocupación	Categórica	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación no remunerada • Empleado • Desempleado

Escalas e instrumentos de evaluación

Formato de Datos Clínicos Demográficos

Es un formato que contiene los siguientes apartados: número de folio, estado civil, ocupación, diagnóstico, religión, actividad física, antecedentes familiares de la enfermedad, antecedente de uso o abuso de sustancias, otro tipo de estresores, registro del tratamiento y del tiempo de evolución.

Cuestionario de Apego del Adulto

Es un instrumento desarrollado por Melero y Cadenas ⁽³⁵⁾ que evalúa los estilos de apego (estados afectivos) del adulto; su formato es autoaplicable y tiene correspondencia clínica a la tipología de 3 (Main, 1985) y 4 (Bartholomew, 1990) estilos de apego. Consta de 40 preguntas con posibilidad de 1 de 6 respuestas en escala tipo Likert, cubriendo el espectro entre los extremos de completamente desacuerdo – completamente de acuerdo. De acuerdo a su sencillez, es comprensible, replicable, y la escala de salida es pertinente. Para su validez de apariencia, se realizaron modificaciones para mejorar su comprensión (ítems 2, 3, 7, 19, 20, 31, 33, 36), evitando preguntas en negativo o bien con dos negaciones en el mismo enunciado; presenta adecuada validez de contenido; y respecto a la validez de constructo, el Screen test de Cattell, mostró como más adecuada la solución de 4 factores: (a) Factor 1: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, con una alfa de Cronbach de 0.86 (b) Factor 2: resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, con una

alfa de Cronbach de 0.80 (c) Factor 3: expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones, con una alfa de Cronbach de 0.77 (d) Factor 4: autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, con una alfa de Cronbach de 0.68.

Para establecer tipologías se realizaron análisis de conglomerados. La solución de dos clusters clasificó a los sujetos en seguros e inseguros; en tanto la solución de cuatro en seguros, preocupados, alejados y temerosos-hostiles. Las diferencias obtenidas fueron acordes con la teoría del apego.

Procedimiento

Se llevará a cabo reclutamiento de pacientes de forma consecutiva en el servicio de Consulta Externa general y de la clínica de Trastornos Adictivos del Instituto Nacional de Psiquiatría hasta lograr la muestra deseada. Se determinará con cada uno de los pacientes y sus hermanos si cumplen con los criterios de inclusión para el presente estudio. Posteriormente, se les brindará una explicación verbal sobre los procedimientos que se realizarán durante este estudio; a aquéllos quienes acepten participar se les entregará el Consentimiento Informado el cual será leído y explicado de manera detallada al participante para asegurarse de que éste ha sido comprendido de manera adecuada y se aclarará cualquier duda que pueda surgir con respecto al mismo.

Una vez que el paciente ha brindado su consentimiento informado, se procederá a completar el Formato de Datos Clínicos Demográficos; la información será recolectada

mediante interrogatorio directo, posteriormente se realizará una entrevista durante la cual se realizará la aplicación del Cuestionario de Apego del Adulto (CAA).

Una vez realizados estos procedimientos, se procederá a la realización del estudio del estilo de apego presente en la muestra de participantes.

Análisis Estadístico

Las comparaciones entre pacientes y sus hermanos se realizarán por medio de ANOVA factorial para dos grupos vs las categorías de cada variable..

Los análisis se efectuarán con el paquete estadístico **SPSS v21**.

Se considerará en todas las pruebas con una significancia estadística menor a $p < 0.05$.

Consideraciones Éticas

Los pacientes y sus hermanos sanos quienes acepten formar parte de este protocolo de estudios serán informados verbalmente de los procedimientos que se llevarán a cabo, cualquier duda que llegase a surgir será aclarada en cualquier punto de su participación en el estudio. El consentimiento informado será explicado y se realizará por escrito previo a su participación en el protocolo, en todo momento se guardará estricta confidencialidad y aprobación para reportar los resultados. También será solicitado que un familiar y un testigo otorguen el consentimiento informado para garantizar que éste haya sido entendido y comprendido, así como los procedimientos a seguir durante la realización del estudio.

El consentimiento informado cuenta con los siguientes apartados: a) Justificación y objetivos de la investigación, b) procedimientos o consignas a seguir durante la investigación, c) garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgo, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del paciente, d) la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado.

Con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad, cada uno de los expedientes de los pacientes que acepten participar recibirán un código numérico, permitiendo así que el nombre y datos generales queden bajo resguardo del investigador principal y éstos no aparecerán en ninguno de los reportes que surjan de la investigación.

Resultados

Participantes

Se obtuvo una muestra total $n=56$, ésta se encontró conformada por 39 pacientes con Trastorno por Uso de Alcohol (TUS) y 17 hermanos, la muestra total consistió así mismo en 27 hombres y 19 mujeres, encontrándose la mayor cantidad de hombres dentro del grupo de personas con TUS (29 con TUS, 8 sin este diagnóstico) mientras que las mujeres ambos grupos presentan un número aproximado (10 con TUS, 9 sin TUS).

Tabla 1 - Distribución de la muestra por sexo, edad y TUS vs hermano.

Grupo	Femenino			Masculino			Total		
	n	Media de Edad	DStd	n	Media de Edad	DStd	n	Media de Edad	DStd
Alcohólico	10	36.4	12.1	29	40.5	12.7	39	39.4	12.5
Hermano de Alcohólico	9	39.7	16.9	8	32.5	11.1	17	36.3	14.5

Comparación de resultados dimensionales

El Cuestionario de Apego Adulto de Melero y Cantero ⁽³⁵⁾ consiste en 40 ítems evaluados en una escala tipo Likert con valores del 1 al 6 divididos a lo largo de cuatro subescalas. Se realizó un análisis dimensional de los resultados tomando el valor total obtenido en cada una y dividiéndolo por el número de ítems que la conforman y de esta manera comparar a los pacientes con TUS con sus hermanos así como los resultados obtenidos en cada una de las subescalas. Se observó que al comparar las dos poblaciones hubo diferencias estadísticamente significativas en la *Subescala 1* con una $p=0.031$, lo que muestra que los

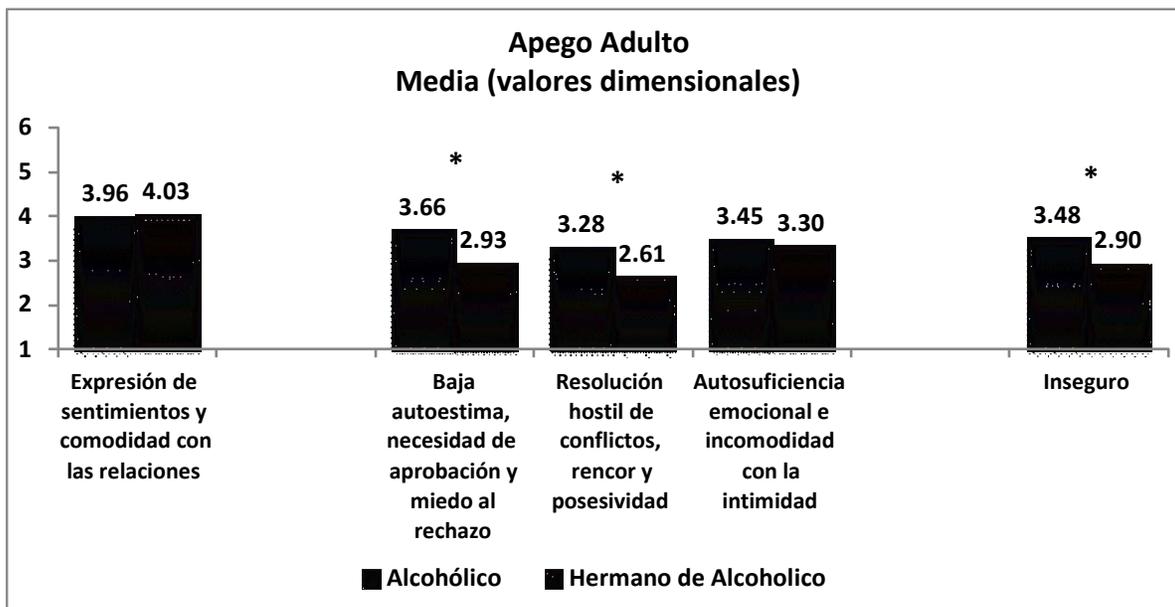
pacientes con TUS tienden a mostrar una más baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo. También se observó una diferencia estadísticamente significativa en la *Subescala 2* con una $p=0.030$, por lo que se observa que los pacientes con TUS muestran una mayor resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad. Así mismo se observó que al considerar las *Subescalas 1, 2 y 4* hubo una diferencia estadísticamente significativa con una $p=0.037$, estas tres subescalas, al ser tomadas de manera global hacen referencia a un estilo de apego inseguro de manera global, por lo que se observa que los pacientes con TUS tienen un estilo de apego más inseguro que el grupo de hermanos (véase *Tabla 2 y Gráfica 1*).

Tabla 2 - Análisis dimensional de los estilos de apego en pacientes con TUS comparado con sus hermanos.

	Apego Adulto Escalas	Alcohólico (n=39)		Hermano de Alcohólico (n=17)		Sig. (p)
		Media	DStd	Media	DStd	
Sub. 3	Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	3.96	0.75	4.03	0.69	0.768
Sub. 1	Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	3.66	1.17	2.93	1.01	0.031
Sub. 2	Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	3.28	1.11	2.61	0.81	0.030
Sub. 4	Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	3.45	0.90	3.30	0.81	0.553
Sub. 1, 2 y 4	Inseguro	3.48	0.96	2.90	0.82	0.037

Por otro lado, no se encontró diferencia estadísticamente significativa para la *Subescala 3* ($p=0.768$), esta escala evalúa el estilo de apego seguro, por lo que no se encontró que el grupo de hermanos tuviera un estilo de apego más seguro en comparación con el grupo de pacientes con TUS. En este mismo tenor, no se encontró diferencia significativa en la

Subescala 4 ($p=0.553$), por lo que no se hubo diferencia entre los grupos con respecto a la autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (véase Tabla 2 y Gráfica 1).



Gráfica 1. Comparación entre los grupos Alcohólico vs Hermano de Alcohólico, valores dimensionales de la media para cada subescala y conjunción de subescalas 1, 2 y 4 como apego inseguro. * $p < 0.05$

Comparación de prevalencia

Melero y Cárdenas realizaron un estudio en 2008⁽³⁵⁾ en que se incluyó a 445 sujetos españoles con una muestra heterogénea a partir de la cual se realizó una baremación de la población con respecto al Cuestionario de Apego Adulto, es decir, la construcción de tablas percentilares que nos permiten ubicar a un sujeto dado, tomando la puntuación directa obtenida de la escala y conocer así la posición que ocupa en relación con el grupo normativo del baremo. A partir de este estudio se tomó como punto de corte el percentil 75 para determinar cuándo la puntuación obtenida en una subescala se consideraba como

caso para el constructo evaluado; para el estilo de apego inseguro considerado de manera global se utilizó como punto de corte una puntuación total ≥ 108 obtenido al sumar el resultado de las subescalas 1, 2 y 4.

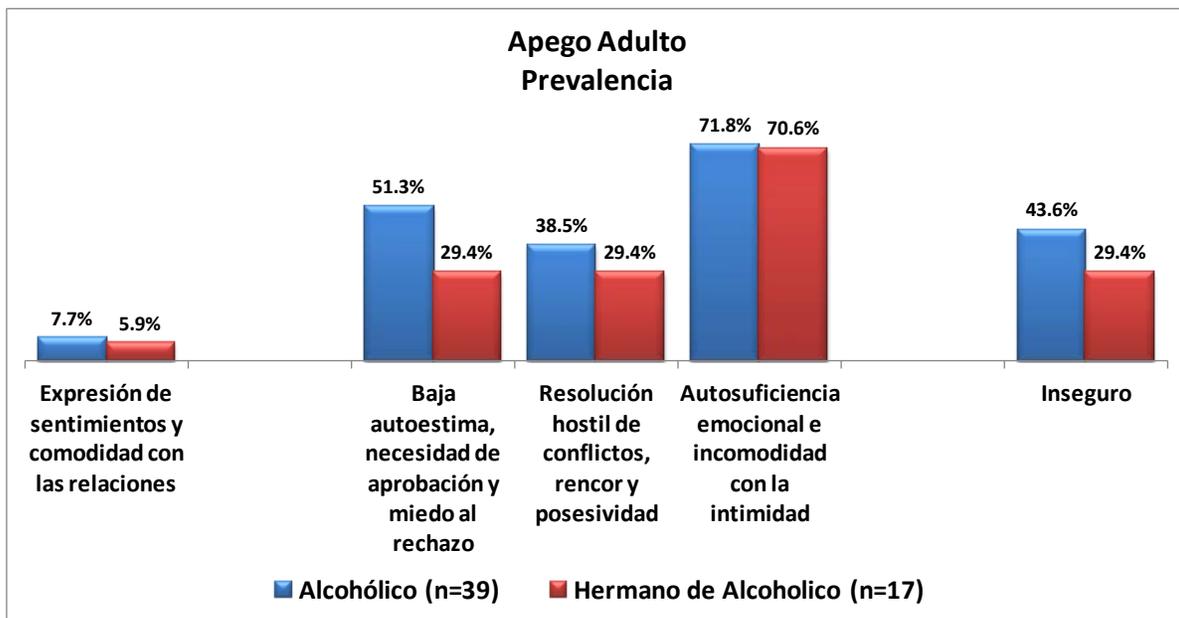
A partir de estos valores se obtuvo la prevalencia correspondiente para cada uno de los estilos de apego evaluados así como para el estilo inseguro. Resulta interesante observar que la *Subescala 3* que evalúa la expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones fue la que presentó la prevalencia más baja de todas, tanto en el grupo de Alcohólicos como en los Hermanos ($n=4$; 3 pacientes con TUS, 7.7%; 1 hermano, 5.9%). Al evaluar los resultados obtenidos en esta subescala por parte de la muestra estudiada se obtuvo una puntuación promedio de 35.8, lo que la coloca por debajo del percentil 25 de acuerdo con el baremo realizado por Melero y Cárdenas ⁽³⁵⁾. En cambio, en ambos grupos se observó que la *Subescala 4* fue la que mostró la mayor prevalencia ($n=40$; 28 pacientes con TUS, 71.8%; 12 hermanos, 70.6%), es decir, en ambos grupos se observó con mayor frecuencia la autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Se observó así mismo que el grupo de alcohólicos en comparación con los hermanos presentó con mayor frecuencia baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (51.3% vs 29.4%); mayor resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (38.5% vs 29.4%) y un estilo de apego inseguro de manera global (43.6% vs 29.4%) (*véase Tabla 3 y Gráfica 2*).

Mediante la prueba de χ^2 no se obtuvo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos para ninguno de los estilos de apego evaluados, esto probablemente obedece al tamaño pequeño de la muestra (véase Tabla 3).

Tabla 2 - Prevalencia de cada uno de los estilos de apego en los grupos Alcohólico y Hermanos.

Apego Adulto Escalas	Alcohólico (n=39)		Hermano de Alcohólico (n=17)		Sig. χ^2
	n	%	n	%	
Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	3	7.7%	1	5.9%	.809
Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	20	51.3%	5	29.4%	.130
Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	15	38.5%	5	29.4%	.516
Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad	28	71.8%	12	70.6%	.927
Inseguro	17	43.6%	5	29.4%	.318



Gráfica 2: Prevalencia de los cuatro estilos de apego adulto y el estilo de apego inseguro global en Alcohólicos y hermanos.

Comparaciones de Apego Adulto con las Variables Sociodemográficas

Se realizó el análisis de la relación entre las variables sociodemográficas con los grupos estudiados del paciente con Trastorno con Uso de Alcohol (Alcohólico) y los hermanos de éstos (Hermano de Alcohólico) mediante ANOVA, las tablas de la relación se encuentran al final de esta sección, donde se presenta así mismo cómo se conformaron los grupos para las distintas variables sociodemográficas incluidas en el análisis.

Con respecto a la variable Sexo se observó una diferencia estadísticamente significativa para la subescala de Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (véase tabla 4) [$F=5.178$, $p=0.027$], donde se encontró que los hombres presentaron mayor calificación en este estilo de apego, con una media de 3.76 ± 1.09 en comparación con las mujeres quienes obtuvieron una media de 2.81 ± 1.08 . Así mismo, sólo se observó una tendencia a la diferencia en el estilo de apego inseguro global (véase Tabla 4) [$F=3.114$, $p=0.08$], donde se encontró que las mujeres presentaron una media de 2.87 ± 0.90 y los hombres una media de 3.53 ± 0.91 , de tal manera que en la muestra estudiada los hombres presentaron una tendencia hacia un estilo de apego más inseguro de manera global en comparación con las mujeres.

Al considerar la variable Edad con respecto a la subescala de Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo se observó una tendencia a la diferencia entre los alcohólicos y los hermanos (véase Tabla 5) [$F=3.851$, $p=0.055$], donde los alcohólicos presentaron una media de 3.66 ± 1.17 y en sus hermanos se encontró una media de

2.93±1.01, observándose en ambos grupos etéreos una mayor puntuación para este estilo de apego. Así mismo, en la variable de Edad se observó una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (véase Tabla 5) [F=4.331, p=0.042], de tal manera que en ambos grupos etéreos, los pacientes alcohólicos presentaban mayor preponderancia de este estilo de apego (media 3.28±1.11) en comparación con los hermanos (media 2.61±0.81). Finalmente, con respecto al estilo de apego inseguro global se observó una tendencia a la diferencia entre ambos grupos (véase Tabla 5) [F=3.434, p=0.070], presentando los alcohólicos un estilo de apego más inseguro global con una media de 3.48±0.96 en comparación con los hermanos con media de 2.90±0.82.

A partir de la variable Escolaridad y con respecto a la subescala de Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo se observó una tendencia a la diferencia entre alcohólicos y hermanos (véase Tabla 7) [F=3.724, p=0.059], encontrándose la mayor diferencia entre los grupos en aquéllos que tenían menor escolaridad, con los alcohólicos con una puntuación media para este estilo de apego de 3.86±1.16 en comparación con los hermanos quienes obtuvieron una media de 2.77±0.91. Al considerar la subescala de Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad nuevamente se observó una tendencia a la diferencia entre ambos grupos (véase tabla 7) [F=3.053, p=0.086], la diferencia más grande se observa así mismo en el grupo de educación básica, con los alcohólicos con una media de 3.57±1.16 y los hermanos con una media de 2.59±0.58. Finalmente, para el estilo de apego inseguro global se observa otra vez una tendencia a la diferencia entre ambos

grupos (véase Tabla 7) [$F=3.204$, $p=0.079$], donde los alcohólicos con educación básica presentan mayor puntuación con media 3.69 ± 0.99 y los hermanos con media 2.80 ± 0.72 .

Con respecto al estado civil y la subescala Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre alcohólicos y los hermanos (véase tabla 8) [$F=7.888$, $p=0.007$] donde los alcohólicos presentaban una media de 3.66 ± 1.17 y los hermanos 2.93 ± 1.01 . La interacción con el Estado civil mostró también diferencia significancia (véase Tabla 8) [$F=4.209$, $p=0.045$] donde los alcohólicos con pareja presentan mayor estilo de apego temeroso (media 3.90 ± 0.92) que los hermanos sin pareja (media 2.23 ± 0.45). En la subescala Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad se encontró diferencia estadísticamente significativa entre alcohólicos y hermanos (véase tabla 8) [$F=7.493$, $p=0.008$], donde los alcohólicos presentaron una media de 3.28 ± 1.11 en comparación con los hermanos que presentaron una media de 2.61 ± 0.81 ; así mismo se observó una tendencia a la diferencia entre los grupos con y sin pareja [$F=3.404$, $p=0.071$], presentando las personas sin pareja una mayor puntuación en este estilo de apego, con una media de 3.19 ± 1.03 comparado con aquéllos con pareja con una media de 2.89 ± 1.12 . Finalmente, se observó una tendencia a la diferencia entre los alcohólicos y los hermanos con respecto al estilo de apego inseguro global [$F=7.173$, $p=0.10$], con los alcohólicos presentando mayor estilo de apego inseguro global con una media de 3.48 ± 0.96 en comparación con los hermanos con una media de 2.90 ± 0.82 ; también se observó una tendencia a la diferencia en la interacción con el estado civil [$F=3.325$, $p=0.078$], donde los alcohólicos sin pareja presentan mayor

estilo de apego inseguro global con una media de 3.40 ± 1.09 que los hermanos con pareja con una media de 2.32 ± 0.46 así como los alcohólicos con pareja presentan mayor estilo de apego inseguro global con una media de 3.60 ± 0.77 que los hermanos de alcohólicos sin pareja con una media de 3.15 ± 0.83

Como última variable se consideró a la Ocupación, se observó una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (véase Tabla 9) [$F=4.817$, $p=0.033$], observándose una mayor calificación en este estilo de apego entre alcohólicos con una media de 3.66 ± 1.17 en comparación con los hermanos con una media de 2.93 ± 1.01 . Además, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la subescala de Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (véase tabla 9) [$F=4.738$, $p=0.034$], con los alcohólicos presentando una media de 3.28 ± 1.11 mientras los hermanos presentaron una media de 2.61 ± 0.81 . Finalmente, se encontró una diferencia estadísticamente significativa para el estilo de apego inseguro global (véase tabla 9) [$F=4.406$, $p=0.041$], donde los alcohólicos presentaron una media de 3.48 ± 0.96 y los hermanos una media de 2.90 ± 0.82

Tablas de comparación entre estilos de apego y variables sociodemográficas

Sexo

Tabla 4- Relación entre la variable Sexo y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones				
Grupo	Sexo	Media	DStd	N
Alcohólico	Femenino	4.17	0.81	10
	Masculino	3.89	0.74	29
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	Femenino	3.89	0.77	9
	Masculino	4.18	0.58	8
	Total	4.03	0.69	17
Total	Femenino	4.04	0.78	19
	Masculino	3.95	0.71	37
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.001	0.982
Sexo	1	0.002	0.969
Grupo * Sexo	1	1.591	0.213

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Sexo	Media	DStd	N
Alcohólico	Femenino	2.92	1.22	10
	Masculino	3.91	1.06	29
	Total	3.66	1.17	39
Hermano de Alcohólico	Femenino	2.70	0.96	9
	Masculino	3.19	1.08	8
	Total	2.93	1.01	17
Total	Femenino	2.81	1.08	19
	Masculino	3.76	1.09	37
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	2.042	0.159
Sexo	1	5.178	0.027
Grupo * Sexo	1	0.597	0.443

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Sexo	Media	DStd	N
Alcohólico	Femenino	2.74	1.14	10
	Masculino	3.47	1.06	29
	Total	3.28	1.11	39
Hermano de Alcohólico	Femenino	2.51	0.77	9
	Masculino	2.74	0.89	8
	Total	2.61	0.81	17
Total	Femenino	2.63	0.96	19
	Masculino	3.31	1.06	37
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	2.450	0.124
Sexo	1	2.474	0.122
Grupo * Sexo	1	0.661	0.420

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Sexo	Media	DStd	N
Alcohólico	Femenino	3.31	1.12	10
	Masculino	3.50	0.83	29
	Total	3.45	0.90	39
Hermano de Alcohólico	Femenino	3.40	0.93	9
	Masculino	3.20	0.70	8
	Total	3.30	0.81	17
Total	Femenino	3.35	1.01	19
	Masculino	3.44	0.80	37
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.172	0.680
Sexo	1	0.001	0.982
Grupo * Sexo	1	0.520	0.474

Inseguro

Grupo	Sexo	Media	DStd	N
Alcohólico	Femenino	2.94	1.04	10
	Masculino	3.66	0.88	29
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	Femenino	2.79	0.78	9
	Masculino	3.03	0.90	8
	Total	2.90	0.82	17
Total	Femenino	2.87	0.90	19
	Masculino	3.53	0.91	37
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	2.057	0.157
Sexo	1	3.114	0.080
Grupo * Sexo	1	0.762	0.387

Edad

Tomando los datos de la base de datos realizada se identificó la media de edad para la muestra total en 37 años por lo que se tomó ésta para el punto de corte.

Tabla 5: Relación entre la variable Edad y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones

Grupo	Edad	Media	DStd	N
Alcohólico	36 ó menos	4.05	0.74	16
	37 ó más	3.90	0.78	23
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	36 ó menos	4.09	0.54	12
	37 ó más	3.87	1.01	5
	Total	4.03	0.69	17
Total	36 ó menos	4.07	0.65	28
	37 ó más	3.90	0.80	28
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.000	0.988
Edad	1	0.640	0.427
Grupo * Edad	1	0.030	0.863

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Edad	Media	DStd	N
Alcohólico	36 ó menos	3.67	1.20	16
	37 ó más	3.65	1.17	23
	Total	3.66	1.17	39
Hermano de Alcohólico	36 ó menos	2.90	0.97	12
	37 ó más	3.02	1.23	5
	Total	2.93	1.01	17
Total	36 ó menos	3.34	1.16	28
	37 ó más	3.54	1.19	28
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	3.851	0.055
Edad	1	0.019	0.891
Grupo * Edad	1	0.037	0.849

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Edad	Media	DStd	N
Alcohólico	36 ó menos	3.40	1.30	16
	37 ó más	3.20	0.98	23
	Total	3.28	1.11	39
Hermano de Alcohólico	36 ó menos	2.61	0.75	12
	37 ó más	2.64	1.03	5
	Total	2.61	0.81	17
Total	36 ó menos	3.06	1.15	28
	37 ó más	3.10	1.00	28
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	4.331	0.042
Edad	1	0.072	0.789
Grupo * Edad	1	0.131	0.719

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Edad	Media	DStd	N
Alcohólico	36 ó menos	3.51	0.87	16
	37 ó más	3.42	0.93	23
	Total	3.45	0.90	39
Hermano de Alcohólico	36 ó menos	3.12	0.69	12
	37 ó más	3.74	1.00	5
	Total	3.30	0.81	17
Total	36 ó menos	3.34	0.81	28
	37 ó más	3.47	0.93	28
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.013	0.908
Edad	1	0.947	0.335
Grupo * Edad	1	1.725	0.195

Inseguro

Grupo	Edad	Media	DStd	N
Alcohólico	36 ó menos	3.54	1.09	16
	37 ó más	3.44	0.89	23
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	36 ó menos	2.84	0.79	12
	37 ó más	3.05	0.98	5
	Total	2.90	0.82	17
Total	36 ó menos	3.24	1.01	28
	37 ó más	3.37	0.90	28
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	3.434	0.070
Edad	1	0.029	0.866
Grupo * Edad	1	0.268	0.607

Religión

La mayor parte de los sujetos de estudio profesa la religión católica (n=39), cristiana (n=8) o mormona (n=1), todos éstos fueron incluidos dentro del rubro de 'Religión Católica'; un menor número de individuos no practicaba ninguna religión (n=8)

Tabla 6: Relación entre la variable Religión y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones

Grupo	Religión	Media	DStd	N
Alcohólico	Ninguna	4.02	0.50	5
	Católicos	3.95	0.79	34
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	Ninguna	4.30	0.34	3
	Católicos	3.97	0.74	14
	Total	4.03	0.69	17
Total	Ninguna	4.13	0.44	8
	Católicos	3.96	0.77	48
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.236	0.629
Religión	1	0.446	0.507
Grupo * Religión	1	0.192	0.663

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Religión	Media	DStd	N
Alcohólico	Ninguna	3.00	1.94	5
	Católicos	3.75	1.02	34
	Total	3.66	1.17	39
Hermano de Alcohólico	Ninguna	3.00	1.03	3
	Católicos	2.92	1.05	14
	Total	2.93	1.01	17
Total	Ninguna	3.00	1.56	8
	Católicos	3.51	1.09	48
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.868	0.356
Religión	1	0.560	0.458
Grupo * Religión	1	0.868	0.356

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Religión	Media	DStd	N
Alcohólico	Ninguna	2.73	1.24	5
	Católicos	3.36	1.09	34
	Total	3.28	1.11	39
Hermano de Alcohólico	Ninguna	2.70	1.01	3
	Católicos	2.60	0.81	14
	Total	2.61	0.81	17
Total	Ninguna	2.72	1.08	8
	Católicos	3.14	1.06	48
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.937	0.338
Religión	1	0.425	0.517
Grupo * Religión	1	0.800	0.375

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Religión	Media	DStd	N
Alcohólico	Ninguna	3.26	0.85	5
	Católicos	3.48	0.91	34
	Total	3.45	0.90	39
Hermano de Alcohólico	Ninguna	3.33	0.86	3
	Católicos	3.30	0.84	14
	Total	3.30	0.81	17
Total	Ninguna	3.29	0.79	8
	Católicos	3.43	0.89	48
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.025	0.876
Religión	1	0.071	0.791
Grupo * Religión	1	0.139	0.711

Inseguro				
Grupo	Religión	Media	DStd	N
Alcohólico	Ninguna	2.96	1.36	5
	Católicos	3.55	0.89	34
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	Ninguna	2.97	0.98	3
	Católicos	2.89	0.83	14
	Total	2.90	0.82	17
Total	Ninguna	2.96	1.15	8
	Católicos	3.36	0.92	48
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA			
Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.798	0.376
Religión	1	0.488	0.488
Grupo * Religión	1	0.830	0.367

Escolaridad

Se tomó como punto de corte para la escolaridad el contar con un nivel de educación bachillerato incompleto o menor (marcada como escolaridad Básica o menor) contra bachillerato completo o mayor (marcada como escolaridad superior o mayor). La población se distribuyó de la siguiente manera: Ninguna n=2, Primaria (completa o incompleta) n=7; Secundaria (completa o incompleta) n=14; Bachillerato incompleto n=9; Bachillerato completo n=11; Licenciatura incompleta n=9; Licenciatura completa n=3; Posgrado = 1.

Tabla 7: Relación entre la variable Escolaridad y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones				
Grupo	Escolaridad	Media	DStd	N
Alcohólico	≤ Básica	3.99	0.87	26
	≥ Superior	3.91	0.48	13
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	≤ Básica	3.67	0.84	6
	≥ Superior	4.22	0.53	11
	Total	4.03	0.69	17
Total	≤ Básica	3.93	0.86	32
	≥ Superior	4.05	0.52	24
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.000	0.985
Escolaridad	1	1.105	0.298
Grupo * Escolaridad	1	2.056	0.158

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Escolaridad	Media	DStd	N
Alcohólico	≤ Básica	3.86	1.16	26
	≥ Superior	3.24	1.12	13
	Total	3.66	1.17	39
Hermano de Alcohólico	≤ Básica	2.77	0.91	6
	≥ Superior	3.02	1.10	11
	Total	2.93	1.01	17
Total	≤ Básica	3.66	1.19	32
	≥ Superior	3.14	1.09	24
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	3.724	0.059
Escolaridad	1	0.294	0.590
Grupo * Escolaridad	1	1.638	0.206

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Escolaridad	Media	DStd	N
Alcohólico	≤ Básica	3.57	1.16	26
	≥ Superior	2.70	0.74	13
	Total	3.28	1.11	39
Hermano de Alcohólico	≤ Básica	2.59	0.58	6
	≥ Superior	2.63	0.94	11
	Total	2.61	0.81	17
Total	≤ Básica	3.39	1.14	32
	≥ Superior	2.67	0.82	24
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	3.053	0.086
Escolaridad	1	1.926	0.171
Grupo * Escolaridad	1	2.284	0.137

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Escolaridad	Media	DStd	N
Alcohólico	≤ Básica	3.54	0.98	26
	≥ Superior	3.27	0.71	13
	Total	3.45	0.90	39
Hermano de Alcohólico	≤ Básica	3.17	0.76	6
	≥ Superior	3.38	0.87	11
	Total	3.30	0.81	17
Total	≤ Básica	3.47	0.94	32
	≥ Superior	3.32	0.77	24
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.262	0.611
Escolaridad	1	0.012	0.913
Grupo * Escolaridad	1	0.792	0.378

Inseguro

Grupo	Escolaridad	Media	DStd	N
Alcohólico	≤ Básica	3.69	0.99	26
	≥ Superior	3.06	0.79	13
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	≤ Básica	2.80	0.72	6
	≥ Superior	2.96	0.90	11
	Total	2.90	0.82	17
Total	≤ Básica	3.52	1.00	32
	≥ Superior	3.01	0.82	24
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	3.204	0.079
Escolaridad	1	0.711	0.403
Grupo * Escolaridad	1	2.088	0.154

Estado civil

La mayor parte de la población se encontraba al momento del estudio sin una pareja (n=35), presentando la siguiente distribución: Solteros n=23, divorciado o separado n=9, viudo n=3; la población con pareja al momento del estudio (n=21) se distribuyó como Casados n=13 y en Unión libre n=8.

Tabla 8: Relación entre la variable Estado Vil y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones

Grupo	Estado Civil	Media	DStd	N
Alcohólico	Sin Pareja	3.86	0.79	23
	Con Pareja	4.10	0.70	16
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	Sin Pareja	3.95	0.76	12
	Con Pareja	4.20	0.47	5
	Total	4.03	0.69	17
Total	Sin Pareja	3.90	0.77	35
	Con Pareja	4.13	0.64	21
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.161	0.690
Estado Civil	1	1.111	0.297
Grupo * Estado Civil	1	0.000	0.988

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Estado Civil	Media	DStd	N
Alcohólico	Sin Pareja	3.48	1.31	23
	Con Pareja	3.90	0.92	16
	Total	3.66	1.17	39
Hermano de Alcohólico	Sin Pareja	3.22	1.05	12
	Con Pareja	2.23	0.45	5
	Total	2.93	1.01	17
Total	Sin Pareja	3.40	1.22	35
	Con Pareja	3.51	1.10	21
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	7.888	0.007
Estado Civil	1	0.697	0.408
Grupo * Estado Civil	1	4.209	0.045

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Estado Civil	Media	DStd	N
Alcohólico	Sin Pareja	3.34	1.16	23
	Con Pareja	3.20	1.07	16
	Total	3.28	1.11	39

Hermano de Alcohólico	Sin Pareja	2.92	0.69	12
	Con Pareja	1.89	0.61	5
	Total	2.61	0.81	17
Total	Sin Pareja	3.19	1.03	35
	Con Pareja	2.89	1.12	21
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	7.493	0.008
Estado Civil	1	3.404	0.071
Grupo * Estado Civil	1	1.957	0.168

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Estado Civil	Media	DStd	N
Alcohólico	Sin Pareja	3.32	1.01	23
	Con Pareja	3.65	0.70	16
	Total	3.45	0.90	39
Hermano de Alcohólico	Sin Pareja	3.36	0.77	12
	Con Pareja	3.17	0.99	5
	Total	3.30	0.81	17
Total	Sin Pareja	3.33	0.92	35
	Con Pareja	3.54	0.78	21
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.646	0.425
Estado Civil	1	0.074	0.786
Grupo * Estado Civil	1	0.905	0.346

Inseguro

Grupo	Estado Civil	Media	DStd	N
Alcohólico	Sin Pareja	3.40	1.09	23
	Con Pareja	3.60	0.77	16
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	Sin Pareja	3.15	0.83	12
	Con Pareja	2.32	0.46	5
	Total	2.90	0.82	17
Total	Sin Pareja	3.31	1.00	35
	Con Pareja	3.29	0.89	21
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
---------------------	----	---	------

Grupo	1	7.173	0.010
Estado Civil	1	1.191	0.280
Grupo * Estado Civil	1	3.235	0.078

Ocupación

La población se agrupó en tres categorías distintas de acuerdo con su ocupación, la primera categoría que corresponde a una ocupación no remunerada incluyó personas que se dedican a las actividades del hogar (n=8) y estudiantes (n=6); la segunda categoría incluye a personas con trabajos remunerados tanto fijos como eventuales (n=33) y finalmente, la tercera categoría corresponde a personas desempleadas (n=9)

Tabla 9: Relación entre la variable Ocupación y estilo de apego en pacientes alcohólicos y sus hermanos.

Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones				
Grupo	Ocupación	Media	DStd	N
Alcohólico	No remunerado	4.4	0.74	5
	Empleado	3.88	0.75	25
	Desempleado	3.95	0.77	9
	Total	3.96	0.75	39
Hermano de Alcohólico	No remunerado	3.90	0.82	9
	Empleado	4.17	0.52	8
	Total	4.03	0.69	17
Total	No remunerado	4.08	0.80	14
	Empleado	3.95	0.71	33
	Desempleado	3.95	0.77	9
	Total	3.98	0.73	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.087	0.769
Ocupación	2	0.121	0.887
Grupo * Ocupación	1	2.385	0.129

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo

Grupo	Ocupación	Media	DStd	N
Alcohólico	No remunerado	3.25	1.56	5
	Empleado	3.85	1.16	25
	Desempleado	3.35	0.96	9
	Total	3.66	1.17	39

Hermano de Alcohólico	No remunerado	2.91	1.15	9
	Empleado	2.96	0.91	8
	Total	2.93	1.01	17
Total	No remunerado	3.03	1.26	14
	Empleado	3.63	1.16	33
	Desempleado	3.35	0.96	9
	Total	3.44	1.17	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	4.817	0.033
Ocupación	2	0.774	0.467
Grupo * Ocupación	1	0.488	0.488

Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad

Grupo	Ocupación	Media	DStd	N
Alcohólico	No remunerado	3.18	1.43	5
	Empleado	3.37	1.12	25
	Desempleado	3.09	1.01	9
	Total	3.28	1.11	39
Hermano de Alcohólico	No remunerado	2.57	0.91	9
	Empleado	2.67	0.74	8
	Total	2.61	0.81	17
Total	No remunerado	2.79	1.11	14
	Empleado	3.20	1.07	33
	Desempleado	3.09	1.01	9
	Total	3.08	1.07	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	4.738	0.034
Ocupación	2	0.273	0.762
Grupo * Ocupación	1	0.013	0.908

Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

Grupo	Ocupación	Media	DStd	N
Alcohólico	No remunerado	3.29	1.21	5
	Empleado	3.40	0.86	25
	Desempleado	3.70	0.89	9
	Total	3.45	0.90	39

Hermano de Alcohólico	No remunerado	3.24	0.94	9
	Empleado	3.38	0.69	8
	Total	3.30	0.81	17
Total	No remunerado	3.26	1.00	14
	Empleado	3.39	0.81	33
	Desempleado	3.70	0.89	9
	Total	3.41	0.87	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	0.344	0.560
Ocupación	2	0.524	0.595
Grupo * Ocupación	1	0.001	0.971

Inseguro

Grupo	Ocupación	Media	DStd	N
Alcohólico	No remunerado	3.23	1.36	5
	Empleado	3.58	0.96	25
	Desempleado	3.34	0.80	9
	Total	3.48	0.96	39
Hermano de Alcohólico	No remunerado	2.86	0.91	9
	Empleado	2.95	0.77	8
	Total	2.90	0.82	17
Total	No remunerado	2.99	1.05	14
	Empleado	3.43	0.94	33
	Desempleado	3.34	0.80	9
	Total	3.30	0.95	56

ANOVA

Fuente de Variación	gl	F	Sig.
Grupo	1	4.406	0.041
Ocupación	2	0.355	0.703
Grupo * Ocupación	1	0.153	0.697

Limitaciones

Con frecuencia las personas con trastorno por uso de alcohol no buscan atención médica y como se pudo constatar incluso cuando la buscan tienden a ser irregulares en su seguimiento. Con frecuencia estos pacientes no acuden por propia convicción sino que muchas veces acuden convencidos y acompañados por otros familiares, sin embargo, era infrecuente que este familiar fuera un hermano o que éste mismo buscara atención. Esto llevó a que no fuera posible conseguir una muestra pareada de pacientes y sus hermanos como originalmente era el propósito de este estudio. Incluso cuando se retiró el requisito de una muestra pareada la población de hermanos que fue posible reclutar resultó pequeña. Debido al reducido tamaño de muestra al aplicar las pruebas de χ^2 se obtuvieron resultados que no alcanzaban la significancia estadística. Aunque se considera que de haber conseguido una muestra más grande se podría haber obtenido resultados con significancia estadística.

Conclusiones

Como se pudo observar al comparar los resultados del baremo realizado por Melero y Cárdenas en 2008 en población española ⁽³⁵⁾ con la población muestreada se observó que el estilo de apego seguro fue infrecuente, esto puede obedecer a que aquí no se trata de un estudio naturalístico sino de una muestra clínica y con adversidades psicosociales, tratándose de pacientes con trastorno por uso de alcohol o sin este diagnóstico, pero que se trata de una población que busca activamente la atención psiquiátrica. En nuestra muestra se obtuvo una calificación promedio de 35.8 en la *Subescala 3* (Expresión de sentimientos y comodidad con la cercanía), lo que coloca a esta población por debajo del percentil 25 mientras que en la población española la puntuación promedio fue de 40.07.

Al realizar el análisis dimensional y comprar la población de pacientes con trastorno por uso de alcohol y los hermanos se observó una diferencia estadísticamente significativa en las *Subescalas 1* (*Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo*) $p < 0.05$, *Subescala 2*, (*Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad*) $p < 0.05$ y el estilo de apego inseguro global (*subescalas 1, 2 y 4*) $p < 0.05$.

Al realizar el análisis de prevalencias si bien no se observó significancia estadística en ninguna de las subescalas, se observa que las escalas que más diferencia en prevalencia fueron la *Subescala 1* (Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo con 51.3% en pacientes con TUA vs 29.4% en hermanos), *Subescala 2* (Resolución hostil de

conflictos, rencor y posesividad con 38.5% en pacientes vs 29.4% en hermanos) y el estilo de apego inseguro global (43.6% en pacientes vs 29.4% en hermanos).

Al analizar estos resultados de manera conjunta se observa que concordancia para la *Subescala 1* y el estilo de apego inseguro. Debido a que el estilo de apego es un constructo que se forma durante los primeros años de la vida y es estable a lo largo de la vida, se puede considerar que resultados positivos en estas subescalas (i.e. > percentil 75) es un marcador de riesgo para desarrollar un trastorno por uso de alcohol. De esta manera se puede considerar que la aplicación del Cuestionario de Apego del Adulto presenta relevancia clínica debido a que es un procedimiento seguro y sencillo y su aplicación nos facilitará identificar a pacientes con riesgo de desarrollar un trastorno por uso de alcohol y el hecho de identificar el estilo de apego de la persona también nos permitirá conocer otras cuestiones que resulta relevante abordar durante el manejo de pacientes.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : DSM-IV-TR, Elsevier Masson, España, Barcelona, 2002.
2. Villatoro-Velázquez JA, et al, Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012
3. Villatoro-Velázquez JA et al, Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud, 2012
4. Wedekind D, Bandelow B, Heitmann S, Havemann-Reinecke U, Engel KR, Huether G. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. Substance abuse treatment, prevention, and policy [Internet]. 2013 Jan 10 [cited 2013 Feb 10];8(1):1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23302491>
5. Harter SL. Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: a review of the recent empirical literature. Clinical psychology review [Internet]. 2000 Apr;20(3):311–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10779897>
6. Grant B, Dawson D. Introduction to the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Alcohol Research & Health. 2006;29(2):74–8.

7. Backer-Fulghum L, Patock-Peckham J. stress-response dampening hypothesis: How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addict. Behav.* [Internet]. Elsevier Ltd.; 2012 [cited 2013 Oct 16];37(4):477–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.012>
8. World Health Organization, *The World Health Report*. Geneva: World Health Organization. 2003;204.
9. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization. 2011;85.
10. Medina-Mora ME, Bet al, *Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, Salud Mental*, vol. 2
11. Grant B, Dawson D. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence. *Alcohol Research & Health*. 2006;29(1):223–34.
12. Grant B, Dawson D. Prevalence and Co-Occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Alcohol Research & Health*. 2006;29(2):107–20.
13. Visser L, de Winter AF, Reijneveld S a. The parent-child relationship and adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *BMC public health* [Internet]. BMC Public Health; 2012 Jan [cited 2013 Aug 20];12(1):886.

Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3534438&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

14. Baldwin S a, Christian S, Berkeljon A, Shadish WR. The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of marital and family therapy* [Internet]. 2012 Jan;38(1):281–304. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22283391>
15. Stoolmiller M, Wills Ta, McClure AC, Tanski SE, Worth Ka, Gerrard M, et al. Comparing media and family predictors of alcohol use: a cohort study of US adolescents. *BMJ open* [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Aug 20];2:e000543. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3289988&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
16. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vol 1 & 2, 9th ed.*, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2009.
17. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 1. Attachment.* London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1969.
18. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 2. Separation: Anxiety and Anger.* London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1973.
19. Bowlby J. *Attachment and Loss, Vol 3. Loss: Sadness and Depression.* London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis; 1980.
20. Ainsworth M. *Patterns of attachment: A psychological Study of the Strange Situation.* New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1978.

21. Main M. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1990.
22. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* [Internet]. 1991 Aug;61(2):226–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1920064>
23. Vungkhanching M, Sher KJ, Jackson KM, Parra GR. Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and alcohol dependence* [Internet]. 2004 Jul 15 [cited 2013 Aug 20];75(1):47–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15225888>
24. De Rick A, Vanheule S. The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive behaviors* [Internet]. 2006 Jul [cited 2013 Feb 10];31(7):1265–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16139435>
25. Kearns-Bodkin JN, Leonard KE. Relationship functioning among adult children of alcoholics. *Journal of studies on alcohol and drugs* [Internet]. 2008 Nov;69(6):941–50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2583382&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
26. Lander L, Howsare J, Byrne M. The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social work in public health*

- [Internet]. 2013;28(0):194–205. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19371918.2013.759005>
27. Zimić JI, Jukić V. Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *J. Psychoactive Drugs* [Internet]. 2012 Apr [cited 2013 Oct 14];44(2):173–85. Available from:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2012.685408>
28. Suchman N, McMahon T, Zhang H. Substance-abusing mothers and disruptions in child custody: An attachment perspective. *Journal of substance abuse treatment* [Internet]. 2006;30(3):197–204. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547205002515>
29. Caspers KM, Yucuis R, Troutman B, Spinks R. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy. 2006;10:7–10.
30. Thorberg FA, Lyvers M. Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addict. Behav.* [Internet]. 2006 Apr [cited 2013 Aug 20];31(4):732–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15970395>
31. DeHart T, Tennen H, Armeli S, Todd M, Affleck G. Drinking to regulate negative romantic relationship interactions: The moderating role of self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology* [Internet]. 2008 May [cited 2013 Aug 20];44(3):527–38. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S002210310700145X>

32. Eisenberg N, Haugen R. Relations of Temperament to Maladjustment and Ego Resiliency in At-risk Children. *Soc Dev.* [Internet]. 2010 [cited 2013 Sep 23];19(3):1–23. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9507.2009.00550.x/full>
33. McNally AM, Palfai TP, Levine R V., Moore BM. Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults. *Addict. Behav.* [Internet]. 2003 Aug [cited 2013 Aug 20];28(6):1115–27. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460302002241>
34. Franck J, Jayaram-Lindström N. Pharmacotherapy for alcohol dependence: status of current treatments. *Curr. Opin. Neurobiol.* [Internet]. 2013 Aug [cited 2013 Oct 30];23(4):692–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23810221>
35. Melero R, Cantero J. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clin y Salud* [Internet]. 2008;19(1):83–100. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v19n1/v19n1a04.pdf>

ANEXOS

ANEXO A1 - Carta de Consentimiento Informado – Grupo de Pacientes



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ”
CLÍNICA DE ADICIONES**

ESTILOS DE APEGO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL Y SUS HERMANOS SIN TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio

El objetivo es estudiar por medio de un interrogatorio y la aplicación de escalas a pacientes con trastorno por consumo de alcohol; la aplicación de escalas tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Nos interesa estudiar el fenómeno de su estilo de apego, el cual se refiere a la manera en que una persona se relaciona con otras.

Procedimientos del estudio

Los pacientes que acepten participar en este estudio serán interrogados por psiquiatras. Una vez que se haya establecido el diagnóstico, se procederá con la aplicación de las encuestas para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos relacionados con el trastorno por consumo de alcohol y sus características individuales. Posteriormente se procederá a la aplicación de una escala la cual es contestada por parte del participante aunque contará con asistencia de un psiquiatra en caso de requerirla para contestar dicho cuestionario.

Consignas:

1. Se pedirá su cooperación para realizar las aplicaciones.
2. La aplicación de la encuesta y de la escala serán sin cargo económico.
3. Su participación en este estudio es voluntaria; así pues, usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones en su tratamiento futuro.

Ventajas posibles:

1. Aún cuando los resultados de esta investigación no tienen una influencia directa en su diagnóstico, pronóstico y tratamiento ni reportan un beneficio directo para usted, las evaluaciones realizadas en este

ANEXO A2 - Carta de Consentimiento Informado – Grupo de Hermanos



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA “RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ”

CLÍNICA DE ADICCIONES

ESTILOS DE APEGO EN PACIENTES CON TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL Y SUS HERMANOS SIN TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del Estudio

El objetivo es estudiar por medio de la aplicación de una encuesta y una escala a los hermanos de pacientes con trastorno por consumo de alcohol; **la aplicación tiene una duración aproximada de 30 a 45 minutos**. Nos interesa estudiar el fenómeno de su estilo de apego, el cual se refiere a la manera en que una persona se relaciona con otras.

Procedimientos del estudio

Los hermanos de los pacientes que acepten participar en este estudio serán interrogados por psiquiatras. Una vez que se haya descartado el diagnóstico, se procederá con la aplicación de la encuesta para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos relacionados con el trastorno por consumo de alcohol y sus características individuales. Posteriormente se procederá a la aplicación de una escala la cual es contestada por parte del participante aunque contará con asistencia de un psiquiatra en caso de requerirla para contestar dicho cuestionario.

Consignas:

4. Se pedirá su cooperación para realizar las entrevistas.
5. Las entrevistas y aplicación de escalas serán sin cargo económico.
6. **Su participación en este estudio es voluntaria; así pues, usted podrá retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones.**

Ventajas posibles:

4. **En caso de que se detecte la presencia de un trastorno por uso de alcohol usted podrá recibir, si así lo desea y sin cargo económico, orientación con respecto a los tipos de atención disponibles.**
5. Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer mejor la relación de situaciones ambientales (estilo de apego) en personas que presentan algún trastorno por consumo de alcohol.

6. Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las entrevistas y estudios que se le realicen.
7. Indirectamente usted ayudará a otros pacientes al contribuir en el conocimiento sobre la naturaleza y evolución de los trastornos por consumo de alcohol.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de estas entrevistas son de carácter estrictamente confidencial. Se asignará un código numérico a cada uno de los participantes con base en el cual se creará un expediente único y su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones Generales

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con el responsable del proyecto, Dr. Alan Raymundo Hernández Salgado a la extensión 5434 durante horas regulares de trabajo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Entiendo que puedo hacer cualquier pregunta en cualquier etapa del estudio.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga repercusiones. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la hoja de información.

·Contacto

Si tengo alguna duda, puedo contactar al Dr. Alan Raymundo Hernández Salgado a la extensión 5434.

Firma del Participante	Fecha	Firma del Testigo 1	Fecha
Nombre del Participante		Nombre del Testigo 1	
Firma del Testigo 2	Fecha	Firma del Investigador	Fecha
Nombre del Testigo 2		Nombre del Investigador	

ANEXO B – Criterios Diagnósticos de los Trastornos por Consumo de Sustancias (DSM-IV-TR)

A1. Dependencia de Sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
- 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
- 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.

- 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener consciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: _ Signos de tolerancia o abstinencia.

Sin dependencia fisiológica: No hay signos de tolerancia o abstinencia.

Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito.

A2. Abuso de Sustancias

- A) Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
 - 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
 - 3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
 - 4) Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

- B) Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

A3. Abstinencia de Alcohol

- A) Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B) Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
- 1) Hiperactividad autonómica.
 - 2) Temblor distal de las manos.
 - 3) Insomnio.
 - 4) Náuseas o vómitos.
 - 5) Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
 - 6) Agitación psicomotora.
 - 7) Ansiedad.
 - 8) Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).
- C) Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- D) Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si: **Con alteraciones perceptivas.**

ANEXO C – Escala de Datos Clínicos Demográficos.

Nombre completo _____

Teléfono _____ correo electrónico _____

Instrucciones: Por favor, lea cuidadosamente los siguiente datos, llene a mano los recuadros correspondientes con letra de molde y coloque una X en los incisos que así lo soliciten

Edad _____ Género (M) (F)

Religión

- (1) ninguna
- (2) católica
- (3) cristiana
- (4) testigo de Jehová
- (5) otra, especifique cuál _____

Máximo grado de estudios

- (1) Ninguno
- (2) Primaria
- (3) Secundaria
- (4) Medio Superior (Preparatoria/Bachillerato/Carrera Técnica) incompleto
- (5) Medio Superior (Preparatoria/Bachillerato/Carrera Técnica) completo
- (6) Licenciatura incompleta
- (7) Licenciatura completa
- (8) Posgrado, especifique cuál _____

Estado civil

- (1) Soltero(a)
- (2) Casado(a)
- (3) Unión libre
- (4) Divorciado o separado(a)
- (5) Viudo(a)

Ocupación; especifique cuánto tiempo (en años) lleva en dicha ocupación; si se trata de desempleo, especifique cuánto tiempo lleva desempleado _____

- (1) Hogar
- (2) Estudiante
- (3) Empleado
- (4) Eventual
- (5) Profesionista
- (6) Otro, especifique cuál _____
- (7) Desempleado

Especifique la persona que se encargó principalmente de su crianza a lo largo de su infancia (desde el nacimiento hasta los 14 años de edad):

- (1) Madre
- (2) Padre
- (3) Ambos padres
- (4) Abuelo(a) materno
- (5) Abuelo(a) paterno
- (6) Hermano(s)
- (7) Hermana(s)
- (8) Tío(a) materno
- (9) Tío(a) paterno

(10) () Otro

Nivel socioeconómico reportado por Trabajo Social en su carnet _____

Lugar que ocupa usted entre sus hermanos (cuente a todos sus hermanos del uno en adelante, incluyéndolo/a a usted; en el primer espacio especifique el número que ocupa usted entre ellos; en el segundo espacio coloque el número total de sus hermanos incluyéndolo a usted; si es hijo único, llene ambos espacios con un 1) _____/_____

¿Alguna vez ha estado internado/a en un Hospital Psiquiátrico? (sí) (no). En caso afirmativo, especifique el número de hospitalizaciones psiquiátricas que ha tenido (incluyendo aquéllas fuera de esta institución): _____

ANEXO D – Cuestionario de Apego del Adulto.

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO **(Melero, R. y Cantero, M.J., 2008)**

CÓMO CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO

- A continuación encontrará una serie de afirmaciones, rodee el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe sus sentimientos o la forma de comportarse en sus relaciones.
- Puede que no encuentre la respuesta que defina exactamente lo que siente, en ese caso marque la respuesta que más se aproxime a sus sentimientos. **LA REACCIÓN INICIAL A CADA UNO DE ESTOS ENUNCIADOS SUELE SER LA RESPUESTA.**
- Para responder a las afirmaciones, utilice la siguiente escala de respuesta

COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1	2	3	4	5	6

A CONTINUACIÓN LE ENUMERAMOS UNA SERIE DE SITUACIONES, SEÑALE EN QUE GRADO DESCRIBEN SUS SENTIMIENTOS O FORMA DE COMPORTARSE EN LAS RELACIONES

	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6

	COMPLETAMENTE EN DISACUERDO	BASTANTE EN DISACUERDO	ALGO EN DISACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6