

Bidependencia, percepción del riesgo de abandono y adherencia al tratamiento en drogodependientes

Bidependency, perception of drug addicts' risk of abandonment and adherence to treatment

Alba Paradelo Arias, María de la Villa Moral Jiménez y Carlos Sirvent Ruiz

Universidad de Oviedo (España)

Recibido: 12/07/2017 · Aceptado: 12/01/2018

Resumen

Introducción: La baja adherencia al tratamiento constituye en adictos un factor facilitador de una posible recaída, siendo otro predictor del fracaso terapéutico la dependencia emocional. *Objetivos:* Explorar el constructo Bidependencia, entendido como una doble dependencia (a sustancias psicoactivas y a relaciones interpersonales), determinando un perfil diferencial respecto a una adicción únicamente a sustancias y relacionarlo con la percepción del riesgo de abandono y la adherencia al tratamiento. *Metodología:* La muestra consta de 107 participantes adictos en tratamiento y cuyas edades fluctúan entre los 18 y los 66 años (Media: 45,54; DT: 10,15). *Resultados:* Se ha hallado un perfil clínico diferencial entre adictos bidependientes y sujetos adictos no bidependientes. También se presentan diferencias significativas entre estos dos grupos en la percepción del riesgo de abandono y la adherencia al tratamiento, siendo el grupo bidependiente el que presenta mayor riesgo de fracaso terapéutico. *Conclusiones:* Dada la importancia de la adherencia al tratamiento en adictos se invita a una reflexión y se aboga por dar continuidad a esta novedosa línea de investigación.

Palabras Clave

Bidependencia, Adicción, Dependencia Emocional, Adherencia al tratamiento, Riesgo de abandono.

— Correspondencia a: _____
María de la Villa Moral Jiménez
e-mail: mvilla@uniovi.es



Abstract

The aim of this piece of research is to explore the bidependency construct, which can be understood as double dependency (on a psychoactive substance and interpersonal relationships), shaping a different profile with respect to an addiction only to substances. The sample was made up of 115 participants in treatment of both sexes and of ages from 18 to 66, at the time of the investigation, (Querage: 45.54; SD: 10.15). The research used the Spouse- Specific Dependency – SSDS- (Rathus & O’Leary, 1997, adapted by Esposito et al., 2000), the Inventory of Interpersonal Relationships and Sentimental Dependencies –IRIDS 100- (Sirvent & Moral, 2007, and the Questionnaire Prediction of Therapeutic Abandonment in addiction (vs. Success) –VPA 30- (Sirvent, 2009). A different clinical profile was discovered between bidependent addicts and non-bidependent addicts. Significant differences were also found between these two groups with regard to adherence to the treatment and the risk of abandonment. The bidependent group were the ones with the greatest risk. This calls for reflection and continuing with a new line of research.

Key Words

Bidependency, Addiction, Emotional dependency, Adherence to treatment, Risk of abandonment.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples los factores con relevante valor clínico que actúan como predictores del abandono y, subsiguientemente, de la adherencia al tratamiento en adicciones, tales como el craving, la falta de conciencia del problema o un bajo nivel de insight, la desmotivación por realizar el tratamiento, la denominada autosuficiencia o “euforia terapéutica” típica del abandono tardío y los sentimientos adversos o negativos, sobre todo las fluctuaciones anímico afectivas (Sirvent, Moral y Blanco, 2009). Otros factores determinantes del abandono terapéutico de segundo orden son los relativos a la atracción por el ambiente (pro-hedonista), la discrepancia con el programa por parte del adicto y/o los conflictos con el equipo asistencial.

A partir de evidencias empíricas se ha demostrado que el uso y/o abuso de sustancias psicoactivas no responde a ningún factor determinante, sino que su origen y mantenimiento es de carácter multidimensional. De igual manera, la adherencia al tratamiento y el riesgo de abandono obedecen a diversos agentes. Ciertamente, existen factores relacionados con el paciente y la propia patología adictiva capaces de predecir la adherencia al tratamiento (De Andrés, 2017; López-Goñi, Fernández, Illescas, Landa y Lorea, 2008; Roncero, Rodríguez, Barral, Daigre, Ramos-Quiroga y Casas, 2012), de ahí la conveniencia de una perspectiva de análisis integral en adicciones (Moral y Sirvent, 2014).

Al emplear indicadores asistenciales se incorporan habitualmente los términos



abandono como sinónimo de fracaso y *adherencia* o adhesión como equivalente de cumplimiento terapéutico. Se apela a criterios cuantitativos, definiendo la adherencia, por ejemplo, cuando se realiza un 25% (o más de 2 meses) de tratamiento, si bien se puede optar por criterios cualitativos, como haber cubierto objetivos principales con independencia del tiempo de permanencia (Sirvent et al., 2009). Desde hace décadas se resaltó la baja adhesión como factor facilitador ante una recaída (Baekeland y Lundwall, 1975; O'Malley, Anderson y Lazare, 1972). Como consecuencia de dicha realidad, se busca identificar los diferentes factores que están en relación con la baja adherencia, con el objetivo de adecuar el tratamiento y el programa a cada caso particular (Secades y Fernández-Hermida, 2000). En la literatura se contemplan diversos factores de riesgo relacionados con múltiples variables diferenciales, tales como las edades extremas (menores y adultos mayores), el tiempo de consumo (aumentado el riesgo para aquellas personas o que están comenzando el consumo, o a aquellas que llevan un tiempo extenso), el género y la comorbilidad psíquica. Asimismo, se incide en que los niveles más elevados de impulsividad al iniciar el tratamiento, así como la presencia de sentimientos adversos representan indicadores identificativos del perfil de pacientes con mayor riesgo de abandono del tratamiento (Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-Rojas y Verdejo-García, 2014). Por otra parte, también se ha constatado que los principales motivos de abandono referidos están relacionados con la consideración propia de mejora (mejoría autodecidida) e incompatibilidades por motivos personales (Calvo-García, Costa-Ribot y Valero-Piquer, 2016).

En nuestro estudio proponemos la vinculación entre la Bidependencia y el riesgo de abandono terapéutico en adicciones.

Ciertamente, es posible que se las relaciones de pareja presenten una base toxicofílica y un alto grado de disfuncionalidad dado que los miembros que integran la relación pueden manifestar desajustes a nivel emocional, cognitivo y conductual, tales como una inhibición del crecimiento personal o una tendencia a cohibir la libre expresión psicoafectiva (Aiquipa, 2012; López-Andrade, 2009; Salazar, Castro, Giraldo y Martínez, 2013). Partiendo de esta caracterización de las relaciones interpersonales, se plantea que puede llegar a instaurarse una Dependencia Emocional (D.E.) hacia la pareja (véase Moral y Sirvent, 2008). Dicha concepción está englobada dentro de las adicciones sociales también denominadas nuevas adicciones o adicciones conductuales, entendidas como conductas normales que en ciertos casos se pueden convertir en desadaptativas si se hace un uso anormal de ellas, bien por su intensidad, por su frecuencia, o por la cantidad de tiempo o dinero invertido, interfiriendo gravemente en la vida de las personas afectadas (Echeburúa, 1999; Echeburúa y Corral, 2010; Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010). Es decir, la matriz de la adicción social reside en la relación anómala que mantiene el individuo con el objeto adictivo (Alonso-Fernández, 2003).

Conceptualizamos la Dependencia Emocional (D.E.) como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas, dotándola de tres componentes fundamentales (Moral y Sirvent, 2008; Sirvent, 2000):

- a) *Adictofílicos*, los cuales asemejan la DE a los comportamientos adictivos, tales



como la búsqueda de sensaciones, craving o anhelo intenso de la pareja, vacío emocional, necesidad afectiva extrema junto a una subordinación sentimental y síntomas de abstinencia en su ausencia;

- b) *Vinculares*, conductas que manifiestan una patología en la relación, como es el apego invalidante con menoscabo de la propia autonomía, juego de roles y estilo relacional;
- c) *Cognitivo-afectivo*, manifiestan psicopatologías asociadas, tales como autoengaño o mecanismos de negación, sentimientos negativos como la culpa, el abandono o la inescapabilidad emocional y la integridad del yo. Además, el dependiente emocional se caracterizará por un ensalzamiento de la pareja, ignorando los defectos o cuestiones negativas y ensalzando los sentimientos, emociones y gratificaciones que le suscita estar junto a la otra persona.

Se trata de una problemática muy presente en el ámbito clínico, manifestándose como base nuclear de numerosos trastornos, a pesar de que si no se aporta un buen diagnóstico clínico diferencial puede pasar desapercibida (Moral y Sirvent, 2008; Santamaría et al., 2015). Respecto a su prevalencia, en una encuesta con población general (Jiménez Burillo, Sangrador, Barrón y Yela, 1995), se declararon como interdependientes sentimentales el 55 % de los participantes (N=1949), resultados similares a los obtenidos por Caldera y Tascón (2001) sobre 100 universitarios, en los que se hallaron un 54% de casos. En estudios realizados por Sirvent, Moral, Blanco y Palacios (2004) se baraja que un 12% de la población general presenta dependencia emocional y un 8,66%

lo padece de forma severa, si bien de declara como dependiente emocional el 45,8% de los participantes (Sirvent et al., 2004).

Para aquellos vínculos en los que se manifiesta de manera conjunta una dependencia emocional y una adicción a sustancias químicas Sirvent (1994, véase en Moral et al. 2014, p. 7) acuña el término Bidependencia, el cual define como:

“El conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción, existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere una hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción. En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante”.

Dicho constructo forma parte del grupo de dependencias relacionales, las cuales engloban aquellos comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la propia relación interpersonal, caracterizándose por una asimetría de roles entre los miembros de la pareja, ya sea a causa de un sometimiento voluntario o impositivo, obteniendo como resultado una disolución de la personalidad del sujeto dependiente. Asimismo, se busca en la pareja sensaciones de hiper-estimulación similares a las obtenidas a través de las sustancias psicoactivas, ensalzando a la persona de la que se depende y encubriendo los inconvenientes de mantener dicha relación. Este esquema de interrelación con la pareja no es exclusiva, sino que se repetirá en las sucesivas relaciones de manera no consciente (Moral et al. 2014; Sirvent, 2000).



Frente a la relación interpersonal, la persona bidependiente manifiesta síntomas típicos de la adicción, como son el *craving* (necesidad irresistible de consumo de la sustancia o de estar con la persona de la cual se dependen emocionalmente), la recompensa inmediata, la abstinencia ante la ausencia, los sentimientos de vacío y las sensaciones de inescapabilidad (Moral et al. 2014; Sirvent, 2000). Otra de las características determinantes es la *impulsividad*, como factor que predispone y facilita la adquisición de la conducta adictiva y que potencia otros factores de vulnerabilidad. Está asociada a la necesidad de gratificación inmediata, a pesar de que lleve ligado una estimulación adversa con demora, además se vincula con excitabilidad exploratoria, la curiosidad, la búsqueda de estímulos novedosos, la rapidez y la flexibilidad de procesamiento cognitivo (Pedrero, 2009; Pedrero y Rojo, 2008).

Al explorar la existencia de diferencia inter-género en Bidependencia se ha confirmado la existencia de dos perfiles: la modalidad *autodestructiva* más frecuente en mujeres, siendo característica la necesidad imperiosa de afecto, el sometimiento buscando el agrado de la pareja, a la vez que se hace presente el sentimiento de inescapabilidad. La segunda tipología es la denominada *parasitaria*, más frecuente en varones, en la que se manifiestan rasgos de personalidad antisocial, chantajismo, egoísmo y manipulación emocional. Se presenta de forma más prototípica el sometimiento de la pareja, en el que priman más las necesidades materiales a las afectivas, llevando un estilo de vida parasitaria, en el que se abandona a la pareja en el momento en el que encuentre otra que le aporte mayores beneficios (Sirvent, 2000). En estudios previos realizados por Moral y colaborado-

res (2014) se señala una mayor prevalencia de mujeres bidependientes frente a hombres, alcanzando un 70% de la morbilidad total.

Fundamentado el constructo Bidependencia, surge la duda de cómo afectará en la adhesión al tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas, es decir si actuará como facilitador o inhibidor ante una posible recaída.

De acuerdo con el modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985) se determina que entre un episodio de abstinencia, por parte de una persona que está en recuperación, y la ocurrencia de recaída se manifiesta una situación de riesgo, la cual es entendida como una situación en la que predomina un sentimiento de pérdida de control. Se añade la importancia de valorar los contextos ambientales, los cuales van asociados a la historia personal de cada individuo (Ustárroz, Landa y Lorea, 2003). Además, se determinan tres de los rasgos predominantes de una persona drogodependiente, como son la falta de voluntad, la tendencia a la mentira y la reincidencia en la conducta adictiva, también se manifestarán como factores facilitadores ante una posible recaída. De este modo, los profesionales no solo deben actuar sobre la sustancia, sino también sobre cualquier otro factor que suponga un riesgo de recidiva (Domínguez-Martín, Miranda-Estríbí, Pedrero-Pérez, Pérez-López y Puerta-García, 2008). Partiendo de esta premisa se propone la cuestión: ¿existe relación entre la dependencia a personas y/o situaciones, de manera sociopática, y la adherencia al tratamiento?

Con el propósito de clarificar dicha cuestión, resulta de importancia analizar si en la Bidependencia se presentan marcadas dife-



rencias frente a una dependencia exclusivamente al uso de sustancias, y cómo afectará esto en el proceso de tratamiento.

Objetivos e hipótesis

El objetivo general del presente trabajo es el estudio de la dependencia emocional en una población diagnosticada por trastorno de adicción a sustancias psicoactivas según los criterios del DSM-5 (APA, 2013) o del CIE-10 (OMS, 1992), calificada como Bidependencia o doble dependencia (Sirvent, 1994).

A partir de este objetivo general, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- 1) Determinar la prevalencia del trastorno de Bidependencia en una muestra de personas con trastorno adictivo en tratamiento.
- 2) Explorar el perfil de la Bidependencia, determinando cuáles son los factores sindrómicos que lo caracterizan e identificando las diferencias inter-género y en función de la edad.
- 3) Evaluar la relación existente entre la Bidependencia como coadición y la adherencia al actual tratamiento en adicciones.

Se plantean las siguientes hipótesis de investigación:

- Se considera que habrá diferencias significativas en los indicadores de Triada Dependiente (Dependencia pura, Búsqueda de sensaciones y Craving/Abstinencia) en función de la presencia o no de Bidependencia.
- Se hallarán diferencias inter-género en Bidependencia, en el sentido de que las

mujeres puntuarán más bajo en los indicadores de Acomodación Situacional, Vacío emocional y Culpa, y los hombres en Búsqueda de Sensaciones.

- Se prevé que se obtendrán diferencias significativas en función de la variable edad.
- Se encontrarán relaciones significativas entre la Bidependencia y una mala adherencia al tratamiento, siendo un factor de riesgo ante una recaída y/o el abandono del actual tratamiento.

MÉTODO

Participantes

Para la presente investigación se utilizó una muestra intencional o de conveniencia, incluyendo a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra total, que está compuesta por un total de 115 participantes adictos en tratamiento en siete clínicas o asociaciones del Principado de Asturias que han colaborado en la investigación en el período en el que se llevó a efecto (enero a marzo de 2017). Como criterio de inclusión se han considerado los siguientes: los participantes han de estar diagnosticados de trastorno adictivo y en la actualidad han de participar en un programa de tratamiento residencial o ambulatorio de dicho trastorno, ya sea en fase de deshabituación, rehabilitación o reinserción. Como criterio de exclusión quedarán eliminadas las siguientes situaciones: (1) participantes menores de dieciocho años, (2) personas con dificultad para la comprensión de la lengua castellana o padecer una discapacidad mental, que impida la comprensión y la correcta realización del cuestionario, (3) pa-



cientes que están en fase de desintoxicación, (4) sujetos que no han tenido ninguna pareja estable a lo largo de la vida.

Aplicando estos criterios, si bien participaron en el estudio 115 adictos en tratamiento se descartaron ocho casos, debido a que los cuestionarios no estaban debidamente cumplimentados. Finalmente, la muestra está constituida por 107 participantes, de los cuales 21 son mujeres (19,6%) y 86 varones (80,4%), y cuyas edades fluctúan entre los 18 y los 66 años (Media: 45,54; DT: 10,15). El tamaño de muestra utilizado, así como el rango de edad responde a los criterios de accesibilidad. Así, dado nuestro interés de investigación se han creado tres niveles de edad balanceados, a razón de los datos obtenidos a partir de investigaciones previas, en los cuales se señalan a los adictos más jóvenes y, a su vez, a los adultos mayores como grupos con mayor riesgo en relación con edades intermedias (Grupo 1: Menos de 35 años, n= 34, 31,77%; Grupo 2: Entre 35 y 50 años, n=36, 33,64%; Grupo 3: Más de 50 años, n= 37, 34,57).

El régimen de tratamiento corresponde en el 55,14% a centros residenciales (n=59) y el 44,86% restante concierne a centros de día o ambulatorios (n=48). El tipo de régimen afecta a la duración del tratamiento, puesto que hay centros residenciales que marcan una fecha límite para la consecución del alta.

Respecto al diagnóstico actual de problemas adictivos un 32,1% (n=30) de los adictos en tratamiento participantes en el estudio presentan problemas de politoxicógeno y un 26,1% (n=28) de alcoholismo, así como diversas adicciones a psicofármacos (11,2%, n=12), cocaína (9, 3%, n=10), opiáceos (8,4, n=9), etc.

Una cuestión nuclear para la presente investigación, y por ello criterio de inclusión para la realización del cuestionario, es la presencia de alguna pareja estable a lo largo de la vida, valorando el número de relaciones que se considera significativas o determinantes (Media: 2,33; DT: 1,877). Además, el 37,4% (N=40) de los encuestados mantienen una relación sentimental en la actualidad frente al 62,6% (N=67) que en el momento de la realización de la prueba estaban sin pareja.

Instrumentos de medida

En primer lugar, para evaluar el constructo dependencia emocional y, específicamente dependencia interpersonal hacia la pareja, se ha empleado la versión validada al español del *Spouse-Specific Dependency Scale (SSDS)*, desarrollado originalmente por Rathus y O'Leary (1997), integrado por tres subescalas, las cuales evalúan la dependencia interpersonal hacia la pareja. La escala se compone, en un inicio, de 60 ítems que se diferencian en función del género y cuentan con una consistencia interna de 0.93. La versión española (Rathus y O'Leary, 1997, adaptada por Expósito et al., 2000), utilizada en el presente trabajo, consta de 17 ítems, en el cual no hay diferencias de género en las distintas preguntas. Se evalúan las dimensiones: a) *Dependencia exclusiva*, con 6 ítems en los que se valora la confianza única en la pareja como compañero-confidente, excluyendo otros apoyos sociales, intereses o actividades (Linville, 1985), b) *Dependencia emocional*, que hace referencia a cómo la relación de pareja será el elemento central del autoestima, la identidad y el funcionamiento general del individuo (Bornstein, 1993) y se evalúa a través de 6 ítems, c) finalmente, el *Apego ansioso* define el miedo ante la se-



paración, el sentimiento de incertidumbre ante el abandono por parte de la pareja y una excesiva preocupación (Bowlby, 1973) y se compone de 5 ítems. Para ello, se emplea un formato de respuesta de tipo Likert con puntuaciones que oscilan entre 1 “*Totalmente en desacuerdo*” y 6 “*Totalmente de acuerdo*”. A mayor puntuación se debería interpretar como una superior dependencia específica hacia el otro miembro de la pareja.

En los estudios psicométricos de fiabilidad del instrumento se ha evidenciado una adecuada consistencia interna para las tres dimensiones, *Dependencia exclusiva* (.79), *Dependencia emocional* (.80) y *Apego ansioso* (.79). Mediante el análisis de correlación entre las tres dimensiones se pone de manifiesto que están significativamente correlacionadas entre sí, de modo que entre *Dependencia exclusiva* y *Dependencia emocional* obtiene un valor de $r = 0,34$ ($p < ,01$), *Dependencia exclusiva* y *Apego ansioso* una puntuación $r = 0,38$ ($p < ,01$), y entre *Dependencia emocional* y *Apego ansioso* $r = 0,46$ ($p < ,01$) (Expósito et al., 2000). En nuestro estudio, se evidencia una consistencia interna moderada (.63), a causa de que la fiabilidad de las tres dimensiones de las que está compuesta la prueba, manifiesta gran discordancia. Puesto que la escala *Apego ansioso* no es una variable de interés para la presente investigación, se optó por la eliminación, incrementando la consistencia interna (.75).

Se ha aplicado el *Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales (IRIDS-100)*, cuyos autores son Sirvent y Moral (2007), con el fin de evaluar comportamientos referidos a las relaciones de pareja, ya sean en la actualidad o pasadas y, específicamente para el constructo Bidependencia. El IRIDS-100 Está compuesto por 100

ítems, los cuales se puntuarán mediante escala Likert de 5 puntos, siendo 1 “*Totalmente de acuerdo*” y 5 “*Totalmente en desacuerdo*”. Según la estructura factorial, obtenida por rotación varimax, está integrado por tres escalas de Dependencia Sentimental (Dependencia Emocional, Codependencia y Bidependencia) y siete subescalas (Interdependencia, Acomodación, Autoengaño, Sentimientos negativos, Identidad y límites relacionales, Antecedentes personales y Heterocontrol). En el presente estudio se han reducido los ítems a un total de 86, debido a que la Escala de Codependencia junto a la dimensión de Heterocontrol, no son de interés para la consecución de los objetivos formulados. Los estudios psicométricos de fiabilidad del instrumento han evidenciado una consistencia interna alta (Alfa de Cronbach de ,985 para una muestra de 585 participantes) (Moral y Sirvent, 2008). En los análisis realizados en la presente investigación hemos hallado una elevada consistencia interna (.941), valor que se asemeja a los datos obtenidos por Moral y Sirvent (2008).

Finalmente, con objeto de evaluar el curso del tratamiento que están llevando a cabo, en la actualidad, los participantes del estudio, se empleó el cuestionario *Predicción del abandono (vs. Éxito) terapéutico en adicciones (VPA-30)* (Sirvent, 2009), el cual deriva del VPA-60 (Sirvent, 2008). Consta de 30 ítems integrados en los siguientes factores: *Escala general* (riesgo de abandono por parte del paciente), *Motivación* (interés con el que aborda el tratamiento), *Conciencia del problema* (capacidad de objetivar el problema), *Sentimientos adversos* (englobando emociones, sensaciones y sentimientos), *Deseos de consumo*, *Tratamiento* (se valora de manera subjetiva el programa terapéutico



en cuanto a la confianza, dificultad, adecuación y aceptación del mismo) y *Adherencia al tratamiento* (eficacia del cumplimiento del mismo y tendencia a continuar en él). Los ítems se evalúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “Muy de acuerdo” y 5 “Muy en desacuerdo”, siendo interpretadas como mayor riesgo de abandono a mayor puntuación en los ítems. Los estudios psicométricos evidenciaron que la consistencia interna, validez y demás parámetros se superaron holgadamente (Sirvent, 2009). Resultados análogos a los que se han hallado en la muestra usada en la presente investigación, alfa de Cronbach de ,86.

Asimismo, se realizaron preguntas de carácter socio-demográfico (Edad, Género, Nivel socio-económico), y también se efectuaron las siguientes preguntas teniendo en cuenta nuestro interés investigador: “¿Tiene pareja en la actualidad?”, “Número de parejas que considere estables” y “¿Cuánto tiempo lleva en el actual tratamiento?”.

Procedimiento

El muestreo fue llevado a cabo en el Principado de Asturias a través de la colaboración de siete clínicas o asociaciones que abordan programas específicos de tratamiento para personas con trastornos de adicción diagnosticados. Se facilitó a los responsables una memoria de proyecto y un contrato de confidencialidad. Además, se informaba a los participantes de cuál era el objetivo de la investigación, ofreciendo garantías sobre la confidencialidad de los datos obtenidos y solicitando su consentimiento autoinformado.

Los instrumentos utilizados se administraron mediante el modelo de encuesta auto-aplicada, de manera presencial en la

que los participantes de modo individual, respondían en una sala polivalente a los diferentes ítems. La duración de la prueba no era limitada, aunque la media osciló en torno a los treinta minutos.

Diseño y análisis de datos

La presente investigación consiste en un estudio transversal con un diseño de carácter descriptivo- correlacional, en la cual se llevó a cabo un análisis descriptivo para los indicadores sociodemográficos, determinando para las variables cualitativas la frecuencia y el porcentaje, y para las cuantitativas, indicadores de tendencia central y dispersión.

Por otra parte, y con el objetivo de comprobar la validez de contenido, se realizó una correlación entre los factores *Dependencia Emocional* y *Dependencia Exclusiva*, obtenida mediante la escala *Spouse-Specific Dependency Scale* (SSDS) y la escala *Dependencia Afectiva del Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales* (IRIDS-100), calculando posteriormente la prevalencia de participantes bidependientes a partir de los baremos tipificados.

Para hallar comparaciones entre las diferentes variables y factores se ha empleado una prueba t de Student a objeto de realizar una comparación de medias entre los factores de la escala IRIDS- 100, y también para los factores de la escala VPA- 30, realizando un análisis estadístico sobre los mismos (significación y tamaño del efecto *-d-*). Además, también se realizaron dos pruebas de comparaciones de medias para las variables “género” y “edad”, mediante pruebas no paramétricas puesto que no se cumplían los supuestos de normalidad de las variables (*U*



de *Mann-Whitney* para el género, y la prueba de *Kruskal-Wallis* para la edad).

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico S.P.S.S. versión 19 para Windows.

RESULTADOS

En primer lugar, a objeto de comprobar la validez del constructo Dependencia Emocional se ha realizado un análisis de correlación entre los factores *Dependencia Emocional* y *Dependencia Exclusiva*, obtenida mediante la escala *Spouse-Specific Dependency Scale* (SSDS) y la escala *Dependencia Afectiva* del *Inventario de Relaciones Interpersonales* y *Dependencias Sentimentales* (IRIDS-100). Los resultados hallados indican que están significativamente correlacionados entre sí, de modo que la correlación entre *Dependencia Exclusiva* y *Dependencia Afectiva* obtiene un valor de $r = ,25$ ($p < ,01$) y entre *Dependencia Emocional* y *Dependencia Afectiva* una puntuación de $r = ,30$ ($p < ,01$). Esta correlación media-baja podría interpretarse teniendo en cuenta las diferentes conceptualizaciones de la DE en ambos casos.

Con objeto de abordar los objetivos propuestos en el presente estudio, se determinó la prevalencia de personas que presentan Bidependencia sobre la muestra total de la investigación, a partir de los baremos fijados por Sirvent y Moral (2007). En este sentido, se ha hallado que un 64,5 % ($n=69$) de los adictos no presentan Bidependencia frente a un 35,5 % ($n=38$), en los que se presentan valores inferiores a 2,85 lo que refiere su presencia, de los cuales el 20,5 % ($n=22$) lo manifiestan de manera acusada, llegando a ser intensa en el 4,6% de los casos ($n=5$).

Para obtener el diagnóstico y perfil diferencial de los adictos bidependientes y no bidependientes se han analizado las diferencias en los factores sindrómicos obtenidos en el IRIDS-100 sobre la muestra total de participantes, diferenciando la población en función de si presentan o no Bidependencia. Se ha hallado que el grupo BDP presenta un perfil diferencial clínico en los factores Triada Dependiente, Dependencia pura, Búsqueda de sensaciones, Craving/ Abstinencia, Autoengaño, Reiteración, Mecanismo de negación y no afrontamiento, Sentimientos negativos, Aislamiento social, Vacío emocional, Culpa, Autodestrucción, Inescapabilidad emocional, Recreación de sentimientos negativos, Identificación/ Caracterosis, Identidad/ Identificación, Límites débiles: ego débil, Límites rígidos: ego rígido y Antecedentes personales, obteniéndose puntuaciones que refieren presencia del síndrome contando con un elevado tamaño del efecto (véase Tabla 1).

A continuación, se procedió a realizar las comparaciones de medias con el fin de comprobar si existen diferencias significativas según el género y la edad en los indicadores investigados en los adictos bidependientes.

En cuanto al género, debido a que no se cumplía el supuesto de normalidad, se procedió a realizar una prueba no paramétrica de *U de Mann-Whitney*. Las diferencias significativas se han confirmado en el factor *Límites débiles* ($p = ,033$) (véase Figura 1, Tabla 2).

Posteriormente, se realizaron las comparaciones de medias en función del rango de edad, empleándose la prueba no paramétrica de *Kruskal-Wallis*. Se confirma la existencia de diferencias significativas en función de la edad en los factores *Triada Dependiente* y



Tabla 1. Diferencias entre adictos Bidependientes (BDP) y no Bidependientes (No BDP) en los factores sindrómicos de Dependencia Sentimental (IRIDS-100)

	Media		Desviación típica		F	Tamaño del efecto
	BDP	No BDP	BDP	No BDP		
Triada Dependiente	2,627	3,563	,314	,468	6,251**	1,50
Dependencia pura	2,725	3,676	,474	,596	2,877**	1,30
Búsqueda de sensaciones	2,461	3,399	,583	,599	2,083**	1,22
Craving/ Abstinencia	2,784	3,687	,551	,691	6,316**	,90
Acomodación	3,039	3,754	,714	,727	6,012**	,84
Autoengaño	2,537	3,506	,453	,577	6,938**	,92
Manipulación	2,853	3,496	,789	,806	2,123**	,72
Reiteración	2,258	3,368	,714	,781	1,119**	1,11
Mecanismo de negación y no afrontamiento	2,658	3,556	,773	,853	1,547**	1,23
Sentimientos negativos	2,490	3,322	,488	,603	1,607**	1,13
Aislamiento social	2,490	3,623	,761	,965	3,139**	1,47
Vacío emocional	2,342	3,239	,694	,864	4,149**	1,02
Culpa	2,518	3,198	,903	,774	1,65**	,74
Autodestrucción	2,671	3,413	,676	,790	2,106**	,87
Inescapabilidad emocional	2,453	3,296	,606	,713	2,736**	,84
Recreación de sentimientos negativos	2,408	2,986	1,096	1,081	1,404*	,55
Identificación/ Caracterosis	2,725	3,570	,410	,516	4,186**	1,24
Identidad/ Identificación	2,675	3,662	,889	,949	3,018**	1,03
Límites débiles	2,541	3,499	,583	,629	2,059**	1,23
Límites rígidos	2,684	3,309	,917	,849	2,083**	,67
Antecedentes personales	2,483	3,255	,825	1,250	1,272*	,76

BDP (Participantes Bidependientes), No BDP (Participantes no Bidependientes).

* $p < .05$, ** $p < .01$

Búsqueda de sensaciones entre los rangos medios de los grupos (Chi- cuadrado= 4,786 $p = .092$, Chi- cuadrado= 5,683; $p = .058$ respectivamente). El grupo I (menores de 35 años) manifiesta una mayor *Búsqueda de sensaciones*, seguidamente el grupo de mayores de 50, y por último, obteniendo una mayor puntuación, el grupo con edades comprendi-

das entre 35 y 50 años. De igual manera sucede con la dimensión *Triada dependiente*, en la cual el grupo con mayor interdependencia es el conformado por aquellos participantes con edades inferiores a 35 años (Grupo I). Sin embargo, no existen diferencias significativas entre los rangos medios del resto de factores (véase Figura 2, Tabla 3).



Figura 1. Diferencias inter-género en adictos Biddependientes en los factores en la Escala IRIDS-100

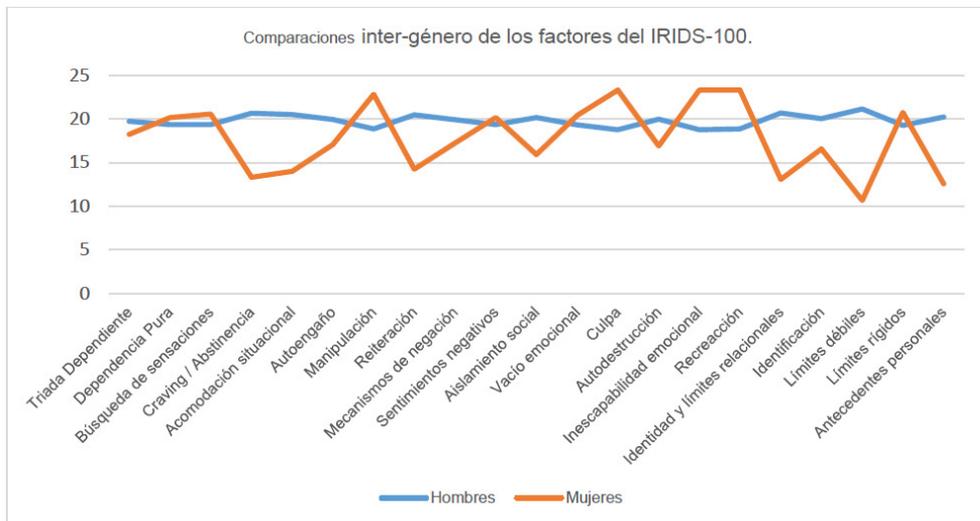


Tabla 2. Estadísticos de contraste en diferencias inter-género en Dependencia Sentimental (IRIDS-100) en adictos biddependientes

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asíntot. (bilateral)
Triada dependiente	88,50	109,50	-,301	,764
Dependencia pura	92,00	620,00	-,161	,872
Búsqueda de sensaciones	89,50	617,50	-,261	,794
Craving / Abstinencia	59,00	80,00	-1,492	,136
Acomodación situacional	63,00	84,00	-1,326	,185
Autoengaño	81,50	102,50	-,830	,560
Manipulación	76,00	604,00	-,806	,420
Reiteración	64,50	85,50	-1,272	,203
Mecanismo de negación	82,50	103,50	-,547	,584
Sentimientos negativos	92,00	620,00	-,160	,873
Aislamiento social	74,50	95,500	-,870	,385
Vacío emocional	90,50	618,50	-,222	,824
Culpa	73,00	601,00	-,934	,351
Autodestrucción	80,50	101,50	-,625	,532
Inescapabilidad emocional	73,00	601,00	-,928	,353
Recreación	76,00	604,00	-,813	,416
Identidad y límites relacionales	57,50	78,50	-1,546	,122
Identificación	78,50	99,50	-,710	,478
Límites débiles	43,00	64,00	-2,132	,033*
Límites fuertes	88,50	616,50	-,305	,760
Antecedentes personales	54,50	75,50	-1,591	,112

* p < .05.



Figura 2. Diferencias de los factores de la Escala IRIDS-100 en función de la edad en adictos bidependientes

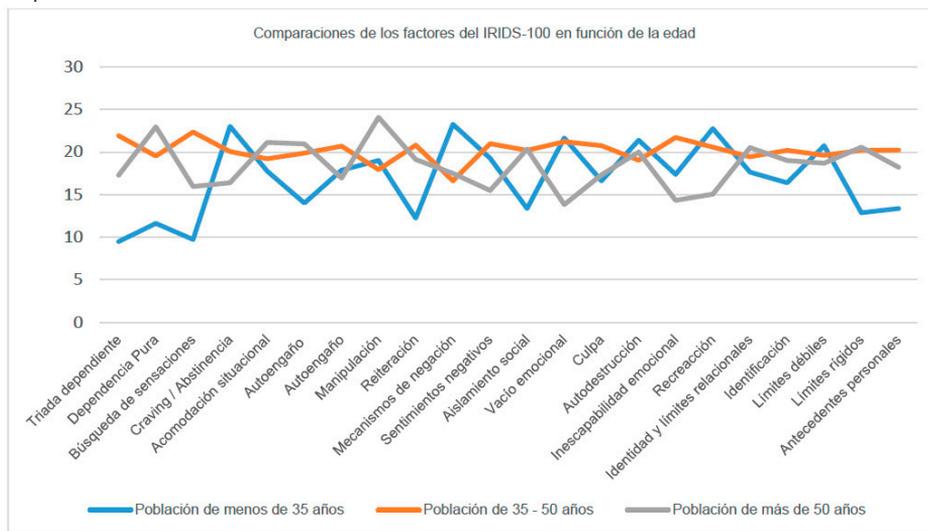


Tabla 3. Estadísticos de contraste en diferencias en función de la edad en los factores de Dependencia Sentimental (IRIDS-100)

	Chi-cuadrado	Sig. asintót.
Triada Dependiente	4,783	,042*
Dependencia pura	2,918	,233
Búsqueda de sensaciones	5,683	,048*
Craving / Abstinencia	1,182	,554
Acomodación situacional	,309	,857
Autoengaño	1,167	,558
Autoengaño	,854	,653
Manipulación	2,041	,360
Reiteración	2,093	,351
Mecanismo de negación	,768	,681
Sentimientos negativos	1,617	,446
Aislamiento social	1,388	,500
Vacío emocional	3,130	,209
Culpa	,947	,623
Autodestrucción	,182	,913
Inescapabilidad emocional	3,119	,210
Recreación	2,082	,353
Identidad y límites relacionales	,189	,910
Identificación	,439	,803
Límites débiles	,104	,949
Límites fuertes	1,651	,438
Antecedentes personales	1,445	,486

* $p < .05$



Por último, se ha evaluado cómo afectaría la presencia o ausencia de Bidependencia a la percepción de la adherencia al tratamiento y a la valoración de la eficacia del cumplimiento del mismo y tendencia a continuar en él, así como el interés con el que el adicto aborda el tratamiento, su capacidad de objetivar el problema, la manifestación de sentimientos adversos y de seos de consumo. Se observó que los adictos bidependientes puntúan más alto en todos los factores explorados relativos a su proceso de tratamiento, lo cual es indicativo de mayor riesgo de abandono. Partiendo de los baremos y percentiles obtenidos en Sirvent (2009), se evalúan dentro del grupo BDP de “Alto riesgo” los factores *Deseos de Consumo y Tratamiento*, y dentro del grupo BDP “Bastante riesgo” la *Escala general, Conciencia del problema y Sentimientos adversos*. Se ha comprobado que todos los factores son estadísticamente significativos y cuentan con un tamaño del efecto adecuado, a excepción del factor *Motivación* en el que las diferencias no son significativas ($p = ,648$; $d = ,1$) (Véase Tabla 4).

DISCUSIÓN

Nuestro interés investigador se ha centrado en estudiar un constructo novedoso, denominado Bidependencia (doble dependencia a personas y a drogas) y se ha analizado cómo puede influir en un tratamiento por adicción. Así, se ha podido determinar la prevalencia de este trastorno de dependencia interpersonal hacia la pareja en una muestra de personas con trastornos adictivos en tratamiento, resultando un 35,5% del total, de modo que dichos participantes presentan de manera concomitante una dependencia a sustancias psicoactivas y una dependencia emocional. Esta última, tal y como se refiere en estudios previos (Moral y Sirvent, 2008; Santamaría et al., 2015; Sirvent, 2007) puede llegar a tener grandes afectaciones sobre la vida de la personas que lo sufren, sin embargo, hay muy pocos estudios sobre esta problemática.

Dada la alta prevalencia, se ha investigado sobre este nuevo constructo, compro-

Tabla 4. Relación entre presencia o no de Bidependencia y adherencia al tratamiento y factores de riesgo de recaída

	Media		Desviación típica		F	Tamaño del efecto
	BDP	No BDP	BDP	No BDP		
Deseos de consumo	2,911	2,406	,862	,870	2,352**	,61
Motivación	1,842	1,672	,786	,649	,612	,10
Conciencia del problema	2,654	2,358	,809	,775	1,286*	,34
Sentimientos adversos	2,979	2,354	,755	,811	2,163**	,67
Tratamiento	2,305	1,849	,672	,617	2,045**	,56

BDP (Participantes bidependientes), No BDP (Participantes no bidependientes).

* $p < ,05$; ** $p < ,01$



bándose un perfil clínico distintivo entre los adictos bidependientes y no bidependientes. Se sugiere una marcada presencia de factores tales como recreación en sentimientos negativos, culpa, vacío emocional y soledad, los cuales se engloban dentro de la subescala *Sentimientos Negativos*, que hace referencia a sensaciones nocivas causadas y mantenidas a través de las relaciones interpersonales. También es de interés el factor *Límites débiles* “ego débil” y los factores *Autoengaño* y *Reiteración*, estos últimos pertenecientes a la subescala *Autoengaño* (incapacidad para darse cuenta de los efectos adversos que le causa la relación, o aunque en su defecto sí que lo advierte, no es capaz de modificar sus conductas y adoptar soluciones). Además, se comprobó que efectivamente existen diferencias significativas en función de si el adicto presentaba o no de manera concomitante Bidependencia en el indicador *Triada Dependiente*, el cual definía la necesidad imperiosa e inevitable del otro, semejante a la que un adicto siente por la droga, subordinándose y experimentando *craving* ante la ausencia. Análogamente, Moral y Sirvent (2008) encontraron resultados similares, manifestando diferencias significativas entre estos dos grupos de población (véase Moral Sirvent, 2013; Moral, Sirvent y Blanco, 2013; Moral, Sirvent, Montes, Cuetos, Rivas y García-Gilbert, 2014). Los factores obtenidos como representativos del perfil clínico, se asemejan a lo que la literatura ha denominado adicciones sociales (Alonso-Fernández, 2003), caracterizándose por una apetencia excesiva, efectos negativos y actos pulsionales manifestando una falta de control sobre la conducta, en este caso relacional.

Partiendo del objetivo de identificar los perfiles diferenciales en bidependientes en función del género, se pudo evidenciar que en la presente investigación solo se ha encontrado diferencias inter-género significativas en el factor *límites débiles*, y es que, en general, el género femenino se caracteriza por un menoscabo de la intimidad. En cambio, en la literatura especializada se señala que el género femenino se caracteriza por mayor presencia de sentimientos negativos tales como la culpa o la soledad y también un mayor autoengaño y sometimiento, y el género masculino una mayor búsqueda de sensaciones (véase Moral et al., 2014; Sirvent, 2000),

En cuanto a la variable edad, no se ha encontrado un perfil diferencial entre los tres rangos de edad que se han propuesto en la presente investigación, aunque sí que se han hallado diferencias significativas en el factor *Búsqueda de sensaciones* y *Triada dependiente*, de tal manera que el grupo que incluye a los participantes más jóvenes (edades hasta los 35 años) presentan una mayor búsqueda de sensaciones, *craving* (expresado como un intenso deseo o anhelo de las sensaciones o emociones que experimenta junto al otro), y una mayor interdependencia, es decir, una necesidad apremiante de la otra persona. Esto responde al perfil toxicofílico propio de edades más jóvenes en el que el consumo viene marcado por la búsqueda de placer inmediato, experimentando nuevas situaciones especialmente aquellas que le evocan emociones similares a las que le produce la droga.

Por lo tanto, aunque no se ha obtenido un claro perfil clínico diferencial ni por género ni por edad, sí que se han determinado ciertas características similares a las halladas



en la literatura previa, y que serán importantes de cara a futuras investigaciones.

Por otra parte, se exploró como afectaría la presencia de una dependencia emocional concomitante a una adicción a sustancias en la percepción de la adherencia al tratamiento. Los resultados muestran la existencia de diferencias entre adictos bidependientes y adictos no bidependientes. Así, los adictos BDP manifiestan un riesgo medio-alto en deseos de consumo, no teniendo una conciencia real del problema y presentando sentimientos adversos. Por ello, revelan un riesgo elevado de mala adherencia al tratamiento y por lo tanto, un riesgo superior de que abandonen el mismo. Estos datos coinciden con investigaciones previas (Ustárroz et al., 2003), en las que se constata que entre un estado de abstinencia de una persona en recuperación y la recaída media una situación de alto riesgo, en la que hay una sensación de pérdida de control, y que puede ir desencadenada por estados emocionales negativos, conflictos interpersonales o contextos de presión social. De este modo, tal y como se ha expuesto anteriormente, los bidependientes muestran de especial manera sentimientos negativos y una reiteración en conflictos interpersonales, pudiendo actuar como precipitante de una posible recaída.

Por lo que respecta a las limitaciones de este estudio, podría considerarse, en primer lugar, que la muestra es relativamente pequeña. Lo óptimo sería que el número fuese mucho más elevado y que estuviese más compensado entre hombres y mujeres y con mayor representatividad en función de la edad de los participantes, para así poder determinar con mayores garantías las diferencias inter-género y por edad. Asi-

mismo, se podría haber tenido en cuenta en los análisis, la procedencia de la muestra (centro residencial o ambulatorio), el tipo de sustancia consumida, así como los intentos previos de tratamiento. En segundo lugar, para un estudio más riguroso sería adecuado que fuese longitudinal y no transversal, ya que nos ofrecería indicadores más exhaustivos entre la adherencia al tratamiento y el tiempo de permanencia basados no solo en la percepción valorativa de los adictos, tal y como hemos estudiado. En tercer lugar, ha de constatar la baja correlación obtenida entre los factores de la escala *Spouce-Specific Dependency Scale* (SSDS) y el *Inventario de Relaciones Interpersonales y Dependencias Sentimentales* (IRIDS-100). Por último, se han de señalar los posibles sesgos en las respuestas de los participantes debido a la extensión de las escalas y la dispersión de la atención, así como las propias del diseño transversal de la investigación y las derivadas del empleo de medidas autoinformadas (sesgo de deseabilidad social).

En suma, cabría continuar con esta fructífera línea de investigación, enfatizando la necesidad de potenciar la realización de estudios integradores mediante los que se consolide la entidad gnoseológica de la Bidependencia desde un posicionamiento de carácter evaluativo y comprensivo (Moral y Sirvent, 2014). En este sentido, se invita a una reflexión sobre la relevancia de diferentes factores identificativos de esta dependencia emocional hacia la pareja en personas adictas y que pueden actuar como facilitadores de una baja adherencia al tratamiento en adicciones, lo cual podría redundar favorablemente en la potencial diversificación de los enfoques psicoterapéuticos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiquipa, J. (2012). Diseño y Validación del Inventario de Dependencia Emocional – IDE. *Revista de Investigación en Psicología, UNMSM, 15*(1), 133-145.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones (alimento, sexo, compras, televisión, juego, trabajo, internet)*. Madrid: TEA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological Bulletin, 85*(5), 738-783.
- Bogerts, B. (2005). Deselusional jealousy and obsessive love: cause and forms. *MMW Fortschritte ter Medizin, 147*(6), 26-29.
- Bornstein, R. (1993). *The dependent personality*. New York: Guildford press.
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J. y Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias, 41*(1), 41-55.
- Cubas, D., Espinoza, G., Galli, A. y Terrones, M. (2004). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes mujeres con Dependencia Afectiva. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan, 5* (2), 81-90.
- Domínguez-Martín, Á. L., Miranda-Estribí, M. D., Pedrero-Pérez, E. J., Pérez-López, M. y Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos Adictivos, 10*(2), 112-120. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74553-7](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74553-7)
- Echeburúa, E. (1999). ¿Adicciones sin droga?: Las nuevas adicciones: Juego, sexo, comida, trabajo, internet. Bilbao: Desclee de Brouweer.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales. *Adicciones, 22*, 91-96.
- Eisenstein, M. (2004). Is it Love... or Addiction? *Laboratory Animal, 33*(3), 10-11.
- Expósito, F., Valor-Segura, I. y Moya, M. (2000). Desarrollo y validación de la versión española de la Spouse- Specific Dependency Scale (SSDS). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(3), 479-500.
- Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2010). *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Jiménez Burillo, F., Sangrador, J. L., Barrón, P. y Yela, C. (1995). *Análisis psicosocial sobre el comportamiento amoroso de los españoles*. Madrid: C.I.S., Estudio nº 2157.
- Linville, P.W. (1985). Self- complexity and affective extremity: Don't put all your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition, 3*, 94-120. <https://doi.org/10.1521/soco.1985.3.1.94>
- López-Andrade, L. M. (2009). Erotomanía, amor y enamoramiento. Contradicciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29*(103), 157-169.



- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, E. I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-111.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press.
- Martínez-González, J. M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26(2), 116-125.
- Moral, M. V. y Sirvent, C. (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 150-167.
- Moral, M. V. y Sirvent, C. (2014). Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(3), 38-56.
- Moral, M. V., Sirvent, C., Montes, M., Cuetos, G., Rivas, C. y García-Gilbert, R. (2014). Craving e impulsividad en bidependientes y adictos: Diferencias inter-género. *XV Congreso Virtuales de Psiquiatría.com "Compartir para crecer". Interpsiquis*.
- O'Malley, J. E., Anderson, W. H., & Lazare, A. (1972). Failure of outpatient treatment of drug abuse: I. Heroin. *American Journal of Psychiatry*, 128, 865-868. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.128.7.865>
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades*, 10.^a ed. (CIE-10): *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Pedrero, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585-591.
- Pedrero, E. J. y Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20, 251-262.
- Rathus, J. H., & O'Leary, K.D. (1997). Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development. *Journal of Family Violence*, 12(2), 159-168. <https://doi.org/10.1023/A:1022884627567>
- Salazar, J. A., Castro, D. P., Giraldo, L. A. y Martínez, L. M. (2013). Relaciones tóxicas de pareja. *Psicología.com: Revista Electrónica de Psicología*, 17(1), 1-15.
- Santamaría, J., Merino, L., Montero, E., Cano, M., Fernández, T., Cubero, P., López, O. y González-Bueso, V. (2015). Perfil psicopatológico de pacientes con dependencia emocional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 116, 36-49.
- Secades, R. y Fernández-Hermida, J.R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencia. *Adicciones*, 12(3), 353-363.
- Sirvent, C. (1994). *La mujer drogodependiente*. Madrid: Edición limitada para el Ins-



tituto de la Mujer y Centros de Documentación en Drogodependencia.

- Sirvent, C. (2000). Dependencias relacionales: codependencia, bidependencia, dependencia afectiva. Ponencia presentada al *I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista NORTE de Salud Mental*, 33, 51- 58.
- Sirvent, C. y Moral, M. V. (2007). Presentación del TDS-100: Test de Dependencias Sentimentales de Sirvent y Moral. *Anales de Psiquiatría*, 23 (3), 94-95.
- Sirvent, C., Moral, M. V., Blanco, P. y Palacios, L. (2004). Estudio sobre Interdependencia Afectiva en la Población General. *Congreso de La Sociedad Española de Toxicomanías*. Santiago de Compostela.
- Sophia, E., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Pathological Love: is it a New Psychiatric Disorder? *Revista Brasileira de Psiquiatría*, 29 (1), 55-62. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000003>
- Ustárrroz, J., Landa, N. y Lorea, I. (2003). Sobre las recaídas, la mentira y la falta de voluntad de los adictos. *Adicciones*, 15 (1), p 7-16