

**Ana Grau Vaquer**

**AUTOESTIMA I DEPENDÈNCIA EMOCIONAL EN PERSONES  
EN TRACTAMENT D'ADDICCIONS I POBLACIÓ GENERAL:  
UN ESTUDI COMPARATIU**

**TREBALL DE FI DE GRAU**

**dirigit per la Dra. Diana Ribes Fortanet**

**Grau de Psicologia**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**2025**

## RESUM

L'autoestima i la dependència emocional són variables psicològiques estretament relacionades amb el desenvolupament i manteniment de les addiccions. Comprendre aquestes dimensions resulta fonamental per dissenyar intervencions terapèutiques més eficaces. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar i comparar els nivells d'autoestima i dependència emocional entre persones en tractament per addiccions i població general. Es va dur a terme un estudi descriptiu, correlacional i transversal amb 81 participants (31 pacients del centre Projecte Home Tarragona i 50 persones de població general), mitjançant l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (RSES) i el Qüestionari de Dependència Emocional de Lemos i Londoño (CDE). Els resultats mostren que els pacients en tractament presenten nivells més baixos d'autoestima i més alts de dependència emocional. Aquestes troballes evidencien la necessitat d'abordar aquests factors dins dels programes de tractament d'addiccions.

**Paraules clau:** autoestima, dependència emocional, addiccions, població general, Projecte Home

## ABSTRACT

Self-esteem and emotional dependence are psychological variables closely related to the development and maintenance of addictions. Understanding these dimensions is essential for designing more effective therapeutic interventions. The objective of this study is to analyze and compare levels of self-esteem and emotional dependence among people undergoing treatment for addiction and the general population. A descriptive, correlational, cross-sectional study was conducted with 81 participants (31 patients from Projecte Home Tarragona and 50 people from the general population), using the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) and the Lemos and Londoño Emotional Dependency Questionnaire (CDE). The results show that patients undergoing treatment have lower levels of self-esteem and higher levels of emotional dependence. These findings highlight the need to address these factors in addiction treatment programs.

**Keywords:** self-esteem, emotional dependency, addictions, general population, Projecte Home

## ÍNDIX

---

<b>1. INTRODUCCIÓ TEÒRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>2. MARC TEÒRIC.....</b>	<b>5</b>
2.1. AUTOESTIMA.....	5
2.1.1. Els pilars de l'autoestima.....	6
2.1.2. Nivells d'autoestima.....	6
2.2. DEPENDÈNCIA EMOCIONAL.....	8
2.2.1. Definicions i conceptualització.....	8
2.2.2. Característiques dels dependents emocionals.....	8
2.3. ADDIDCCIÓ.....	11
2.3.1. Definicions i tipologies.....	11
2.3.2. Tractament d'addiccions: Projecte Home.....	14
2.3.3. Impacte psicològic de les addiccions.....	15
2.3.3.1. Addiccions i la seva relació amb l'autoestima.....	15
2.3.3.2. Addiccions i la seva relació amb la dependència emocional...	16
<b>3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS.....</b>	<b>18</b>
3.1. OBJECTIUS GENERALS I OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	18
3.2. HIPÒTESIS DE LA INVESTIGACIÓ.....	19
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>19</b>
4.1. PARTICIPANTS.....	19
4.2. INSTRUMENTS.....	22
4.3. PROCEDIMENT DE RECOLLIDA DE DADES.....	25
<b>5. RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
5.1. QÜESTIONARI D'AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1965).....	25
5.2. QÜESTIONARI DE DEPENDÈNCIA EMOCIONAL DE LEMOS I LONDOÑO (2006).....	34
<b>6. CONCLUSIONS.....</b>	<b>43</b>
<b>7. LIMITACIONS I FUTURES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ.....</b>	<b>45</b>
7.1. LIMITACIONS.....	45
7.2. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ.....	46
<b>8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....</b>	<b>47</b>
<b>9. ANNEX.....</b>	<b>51</b>

## 1. INTRODUCCIÓ TEÒRICA

Les addiccions constitueixen un fenomen complex que va més enllà del consum de substàncies. Implica una interacció entre factors biològics, psicològics i socials que condicionen profundament el benestar de la persona. En aquest sentit, cada vegada hi ha més interès a comprendre com certes variables personals, com l'autoestima i la dependència emocional, poden influir en la vulnerabilitat a l'addicció i en el procés de recuperació.

Aquest treball de fi de grau sorgeix de l'experiència personal durant les pràctiques externes del grau en Psicologia, realitzades a Projecte Home Tarragona, una entitat sense ànim de lucre especialitzada en la prevenció, el tractament i la reinserció de persones amb problemes d'addiccions. L'observació directa del dia a dia amb els usuaris va despertar l'interès per explorar com certes característiques psicològiques semblaven tenir una presència significativa entre les persones en tractament. Aquesta percepció subjectiva va portar a voler contrastar empíricament si aquestes diferències observades (una autoestima deteriorada i una forta dependència emocional) també es donen de manera objectiva quan es compara amb la població general.

Així, l'objectiu principal d'aquest treball és analitzar i comparar els nivells d'autoestima i dependència emocional entre dues poblacions diferenciades: persones en tractament per addiccions i persones de la població general.

La importància d'aquest estudi rau en el fet que comprendre millor aquestes variables pot tenir implicacions pràctiques rellevants en el disseny d'intervencions terapèutiques. Si es confirma que les persones amb tractament d'addiccions presenten nivells més baixos d'autoestima i més alts de dependència emocional, pot orientar els programes de tractament cap a un treball més focalitzat en aquestes dimensions personals.

Per tal de contextualitzar adequadament l'estudi, en el marc teòric es farà una revisió teòrica que abordarà el concepte d'autoestima, la dependència emocional i el context de les addiccions.

## **2. MARC TEÒRIC**

### **2.1. AUTOESTIMA**

L'autoestima és un dels conceptes centrals de la psicologia moderna i ha estat objecte d'estudi extens. Tot i la seva àmplia utilització en el llenguatge quotidià i acadèmic, no hi ha una única definició consensuada, ja que el constructe ha estat abordat des de múltiples perspectives: cognitiva, emocional, conductual i social. Comentarem algunes d'elles:

L'any 1965, Morris Rosenberg, pioner en l'estudi sistemàtic de l'autoestima, va conceptualitzar aquest constructe com una actitud general, positiva o negativa, cap al propi jo, reflectint el sentiment de valoració personal que la persona té sobre si mateixa segons la seva autopercepció (Rosenberg, 1965).

L'any 1994, Nathaniel Branden, descriu l'autoestima com la disposició de l'individu a reconèixer-se com a competent per afrontar els desafiaments bàsics de la vida i a considerar-se digne de felicitat. També assenyala que les persones amb una autoestima elevada tendeixen a cercar desafiaments i metes exigents, i l'assoliment d'aquestes fites reforça positivament la seva autoestima. Per contra, aquelles amb una autoestima baixa solen preferir el que és conegut i poc exigent, i aquesta actitud contribueix a afeblir la seva autoestima (Branden, 1994).

Reynald Legendre (1993), defineix l'autoestima com el valor global que una persona s'atorga a si mateixa, i fa referència a la confiança fonamental que un individu té en els seus propis recursos, en la seva capacitat d'actuar i en les seves habilitats. És la percepció del valor que una persona té d'ella mateixa i es reflecteix en les actituds i creences que ens permeten fer front als obstacles de la vida (Legendre, 1993).

D'altra banda, l'any 1999, Sánchez descriu dos tipus d'autoestima: autoestima personal i autoestima col·lectiva. L'autoestima personal és la valoració individual que una persona fa de si mateixa, basada en els seus atributs personals, assoliments, fracassos i comparacions socials. D'altra banda, l'autoestima col·lectiva és l'avaluació que l'individu fa sobre els grups als quals pertany i com

creu que aquests grups són valorats pels altres, influint en la seva identitat social (Sánchez, 1999).

Tot i que cada autor aporta matisos propis, es poden identificar **trets comuns**, recollits a la Taula 1, que defineixen l'autoestima des d'una perspectiva global com ara la valoració del propi jo, la confiança en les capacitats pròpies, la seva funció adaptativa i la seva influència en les emocions i la conducta.

### **Taula 1.**

#### *Aspectes comuns de l'autoestima*

<b>Aspectes comuns del concepte d'autoestima segons els diferents autors</b>
Valoració que cada individu fa de si mateix.
Confiança en les capacitats pròpies.
Funció adaptativa davant els reptes de la vida.
Influència en l'actitud i el comportament.
Factors emocionals

#### **2.1.1. Els pilars de l'autoestima**

Branden desenvolupa en el seu llibre "The Six Pillars of Self-Esteem" (1994) sis pràctiques fonamentals per construir i mantenir una autoestima saludable:

1. La pràctica de viure conscientment.
2. La pràctica d'acceptar-se a si mateix
3. La pràctica d'assumir la responsabilitat d'un mateix
4. La pràctica de l'autoafirmació
5. La pràctica de viure amb propòsit
6. La pràctica de la integritat personal

#### **2.1.2. Nivells d'autoestima**

A partir de l'anàlisi anterior, es pot inferir que l'autoestima no és un constructe uniforme, sinó que pot manifestar-se en diferents nivells que influeixen en com una persona enfronta els desafiaments, es relaciona amb els altres i pren

decisions. A continuació, es presenta un quadre comparatiu (veure Taula 2) que resumeix les principals diferències entre l'alta i la baixa autoestima (Naranjo, 2007).

## Taula 2.

*Diferència entre alta i baixa autoestima.*

<b>Alta autoestima</b>	<b>Baixa autoestima</b>
Es reconeix com una persona valuosa, única i digna de respecte.	Té una percepció negativa de si mateixa; dubte de la seva vàlua personal.
Accepta tant qualitats com defectes; té consciència realista de les seves capacitats i limitacions.	Emfatitza els seus defectes i errors; té dificultat per a reconèixer assoliments o qualitats.
Alta autonomia, segura per decidir, no es deixa manipular.	Depèn de l'opinió dels altres, té por al rebuig.
Fàcil establiment d'amistats, participació activa i segura.	Evita l'exposició social, es retira, es mostra insegura.
Oberta a noves idees i experiències.	Por al canvi, rigidesa, rebuig al que és desconegut.
Té expectatives positives; gaudeix del present i espera el futur amb optimisme	Viu preocupada pels errors passats.
Gaudeix activitats diverses, és entusiasta i compromesa amb el que fa.	Té dificultats per a gaudir la vida o comprometre's emocionalment; pot mostrar desinterès generalitzat.
Enfronta desafiaments amb creativitat, obertura i vigor.	Tendeix a evitar els desafiaments per por del fracàs; es mostra rígida i temerosa del nou.

*Nota.* Adaptada de Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor

relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. Actualidades investigativas en educación.

## 2.2. DEPENDÈNCIA EMOCIONAL

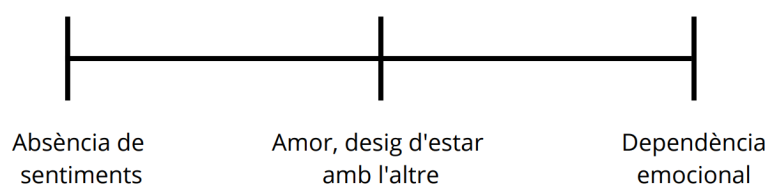
### 2.2.1. Definicions i conceptualització

Segons Sirvent i Moral (2009), la dependència emocional es caracteritza per un patró persistent de necessitats afectives insatisfetes, que es tracten de compensar de manera desesperada a través de relacions interpersonals de tipus patològic.

Castelló (2005), menciona que la dependència emocional es refereix a una necessitat extrema d'afecte que una persona experimenta cap a la seva parella al llarg de les diferents relacions que manté. L'autor ressalta que no hem d'assimilar aquesta necessitat a la pròpia de la dependència instrumental, ja que aquesta última respon a motius pràctics com la manca d'autonomia. També exposa que la dependència emocional va més enllà de "l'amor normal". No implica un sentiment diferent, sinó una intensitat desmesurada d'allò que és propi de qualsevol relació afectiva: voler estar amb l'altre, sentir-se estimat i recolzat. La clau està en la quantitat, en el pas de voler a necessitar. Aquesta diferència es representa en el continu afectiu que mostra la Figura 1.

#### Figura 1.

*Continu de sentiments en les relacions afectives.*



*Nota.* Extret de Castello, J. (2005). Dependencia Emocional: Características y tratamiento. Madrid: Alianza Editorial.

### 2.2.2. Característiques dels dependents emocionals

La dependència emocional es manifesta a través d'un conjunt de comportaments, pensaments i emocions que afecten de manera significativa a la

manera en com una persona es relaciona amb els altres i amb si mateixa. Aquest patró de vincle no adaptatiu sol tenir repercussions en diferents àmbits de la vida, i no es limita únicament a les relacions de parella. És per això que com exposa Castelló (2005) dividirem en tres àrees rellevants les característiques de les persones amb dependència emocional: les relacions de parella, les relacions socials i familiars i l'àmbit personal (Castelló, 2005).

A. **En les relacions de parella:** Les relacions de parella són el context més comú i significatiu en què es manifesta la dependència emocional. A continuació es presenten les característiques principals que manifesten les persones amb dependència emocionals dins de les relacions de parella (Castelló, 2005).

1. **Necessitat excessiva de l'altre:** La persona dependent sent una necessitat constant de contacte amb la parella, amb una sensació descrita com una "fam" emocional que recorda el "craving" dels addictes a substàncies. Aquest impuls genera conductes obsessives i invasives que sovint acaben provocant rebuig o distanciament per part de l'altre.
2. **Tendència a l'exclusivitat en les seves relacions interpersonals:** El dependent emocional desitja una exclusivitat mútua, aïllant-se del seu entorn i esperant que l'altre faci el mateix, tant en la relació de parella com en les relacions amb altres persones significatives, preferint vincles intensos i únics per sobre de situacions socials compartides.
3. **Prioritat de la parella sobre qualsevol altra cosa.**
4. **Idealització de la parella.**
5. **Submissió i subordinació en les relacions:** El dependent emocional assumeix un paper de submissió i subordinació davant la seva parella, a qui idealitza i considera superior, oferint-li tota mena d'atencions i privilegis com a forma de preservar la relació. Aquest

desequilibri s'agreuja amb el temps, generant una espiral de dolor, humiliació i anul·lació personal, de la qual li és molt difícil escapar per la por a la ruptura i a la soledat.

**6. Por a la ruptura.**

- 7. Història de relacions de parella basades en conflictes:** La vida amorosa del dependent emocional està marcada per relacions desequilibrades i tempestuoses, que sovint es mantenen per por a la ruptura i a la solitud.

**B. En les relacions socials i familiars:** Tot i que la dependència emocional s'expressa principalment en les relacions de parella, també es presenten certs trets en el tracte amb altres persones significatives. Destaquen (Castelló, 2005):

1. **Necessitat d'agradar:** Necessita agradar constantment als altres i té por al rebuig, cosa que el porta a obsessionar-se amb la seva imatge i a adoptar rols per ser acceptat. Aquesta necessitat reflecteix una manca d'autoestima i una recerca del seu valor personal a través dels altres.
2. **Dèficits d'habilitats socials:** Mostren poca assertivitat i dificultats per expressar les pròpies necessitats per por al rebuig. A més manquen d'empatia i confonen l'afecte amb la submissió, utilitzant sovint els altres com a suport emocional sense entendre la reciprocitat en les relacions.

**C. Conseqüències personals: autoestima i estat emocional:** Encara que la dependència emocional es manifesta principalment en les relacions amb els altres, també té un fort impacte personal: solen ser persones tristes, que es valoren poc i amb un patiment constant quan no troben el que busquen. Les característiques d'aquesta àrea són (Castelló, 2005):

1. **Baixa autoestima:** Viuen amb una intensitat extrema els sentiments cap a si mateixos, fent una introspecció constant que els empeny a buscar a una persona salvadora. Són plens de menyspreu i rebuig envers ells mateixos i fins i tot odi, creient només en el negatiu i pensant que no valen gaire. Aquesta balança afectiva desequilibrada fa que idealitzin els altres mentre es menyspreen, desitjant canviar especialment la seva aparença física i trobant difícil afrontar el dia a dia.
2. **Por a la solitud:** És conseqüència directa de l'anterior característica, el dependent emocional es sent presoner de si mateix, no s'estima i es menysprea, cosa que el porta a tenir una aversió especial a estar sol. Creu que només en companyia d'una persona "especial" pot ser feliç, o almenys alleujar la seva infelicitat i deixar d'estar en ell mateix per centrar-se en l'altre. Quan no té parella, recorre a amics o activitats per distreure's, però no sempre pot evitar el dolor d'estar amb si mateix.
3. **Estat d'ànim negatiu: tristesa, nerviosisme, inseguretat i infelicitat** (Castelló, 2005).

## 2.3. ADIDCCIÓ

### 2.3.1. Definicions i tipologies

L'addicció és una malaltia crònica caracteritzada per la cerca i l'ús compulsiu de substàncies addictives, malgrat les conseqüències adverses (National Institute on Drug Abuse, s.d). Podem distingir dos tipus principals d'addiccions: les **addiccions tòxiques** o amb substància i les **addiccions no tòxiques** o conductuals. Les primeres fan referència a la dependència generada pel consum de substàncies químiques, com les drogues d'abús, mentre que les segones es caracteritzen per una addicció a una conducta específica, sense la presència d'una substància externa, com és el cas de la ludopatia. Malgrat aquesta distinció, els estudis neurofisiològics i sobre els circuits cerebrals realitzats amb drogues d'abús són vàlids també per a les addiccions conductuals, ja que els mecanismes cerebrals implicats són similars (Rey, 2019).

La majoria de les drogues afecten el circuit de recompensa del cervell, alliberant grans quantitats de dopamina, un neurotransmissor relacionat amb el plaer. Aquest excés provoca una sensació intensa d'eufòria, cosa que pot portar a repetir el consum. Amb el temps, el cervell s'adapta i redueix la seva producció natural de dopamina o la seva sensibilitat a aquesta, fet que disminueix el plaer experimentat (tolerància). Això fa que la persona necessiti consumir més droga per obtenir els mateixos efectes i perdi interès per activitats que abans li resultaven agradables (National Institute on Drug Abuse, sd).

En el present treball ens centrarem en les addiccions tòxiques o amb substància.

Kramer i Cameron, l'any 1975, van redactar per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) el *Manual sobre la Dependència de les Drogues*, on definien la droga com qualsevol substància que, un cop introduïda a l'organisme viu, és capaç de modificar una o més funcions del mateix (Kramer, Cameron i Organització Mundial de la Salut, 1975). Es tracta d'una definició molt àmplia, ja que inclou substàncies de diversa naturalesa i legalitat. En la mateixa línia, la literatura científica actual també manté aquesta concepció extensiva, assenyalant que les drogues psicoactives poden ser substàncies legals i d'ús quotidià, com la cafeïna, el tabac o l'alcohol, així com medicaments com els opioides o els ansiolítics, atès que totes elles poden alterar el funcionament del sistema nerviós central. Aquesta definició, però, pot donar lloc a confusió conceptual si no es delimita clarament entre les diferents substàncies segons el seu ús, la regulació legal, els mecanismes d'acció o el seu potencial addictiu (LlibreText Espanyol, s.d.).

Tot i això, altres autors proposen definicions més específiques i centrades en la capacitat addictiva de les substàncies. Així, Fernández-Espejo (2002) considera que una droga és qualsevol substància natural o sintètica capaç de generar addicció, entesa com la necessitat imperiosa o compulsiva de tornar a consumir per experimentar la recompensa que produeix, ja sigui sensació de plaer, eufòria o alleujament de la tensió.

De manera complementària, Josep Laporte (s.d.) assenyala que una droga és una substància, mèdica o no, utilitzada per actuar sobre el sistema nerviós amb la finalitat de millorar el rendiment físic o mental, experimentar noves

sensacions o bé alterar l'estat psíquic. A més, destaca que segons els efectes que produeixen a l'organisme es poden distingir tres grans grups de drogues:

### 1. Drogues depressores

Aquestes substàncies disminueixen l'activitat del sistema nerviós central, provocant sedació, somnolència i, en casos extrems, la mort.

- **Opioides i els seus derivats (morfina i heroïna):** Poden generar hàbit, síndrome d'abstinència, depressió respiratòria i sobredosis.
- **Medicaments hipnòtics, sedants i tranquil·litzants.**
- **Alcohol:** inhibeix el judici, l'atenció i la reflexió. Pot induir estats d'eufòria seguits de depressió profunda.

### 2. Drogues excitants o estimulants:

Incrementen l'activitat del sistema nerviós central.

- **Cocaïna:** estimula l'agressivitat i l'activitat sexual; associada a quadres d'al·lucinacions.
- **Cafeïna:** present al cafè, xocolata i begudes amb cola. Relacionada amb major agilitat mental.
- **Amfetamines:** tenen efectes similars a la cafeïna.

### 3. Al·lucinògens o fàrmacs psicodèlics:

Són substàncies que alteren la percepció, el pensament i les emocions. Poden provocar experiències visuals i sensorials intenses, tant agradables com angoixants.

- **LSD i peiot:** generen al·lucinacions i distorsions en la percepció del temps i l'espai. L'ús prolongat pot causar trastorns mentals persistents.
- **Marihuana i derivats del cànem:** provoquen relaxació, alteracions sensorials, crisi de riure, somnolència i apatia.

Existeixen tres formes principals de dependència: la **física**, que apareix quan el cos necessita mantenir certs nivells de substància per funcionar amb normalitat; la **psicològica**, que es manifesta com un desig intens de consumir per evitar el malestar o buscar els efectes desitjats de la droga; i la **social**, que té a veure amb la pressió del grup i la por al rebuig si no es consumeix com la resta de

l'entorn. Totes les drogues poden generar aquests tres tipus de dependència. Tot i que factors genètics poden influir en la vulnerabilitat al consum, la decisió de consumir o no sempre recau en la responsabilitat personal (David Bueno i Torrens, 2004).

Totes les drogues comparteixen la capacitat de crear addicció, d'afectar negativament diverses parts del cos, inclòs el cervell, i d'alinear els seus consumidors, ja que aquest creuen que els ajuda a evadir-se de la seva realitat (David Bueno i Torrens, 2004).

### **2.3.2. Tractament d'addiccions: Projecte Home**

Projecte Home és una entitat sense ànim de lucre que ofereix prevenció, tractament i reinserció a persones amb problemes d'addiccions. Va néixer als anys vuitanta com a resposta a la gran crisi social i sanitària provocada pel consum massiu de drogues. Des de la seva Fundació a Espanya l'any 1984 acompanya a persones i famílies en processos de canvi per recuperar les seves vides i restablir vincles saludables, amb la missió de promoure l'autonomia i la dignitat de les persones (Projecte Home Catalunya, 2024).

El **model biopsicosocial** és el marc teòric que guia les intervencions terapèutiques a Projecte Home. Aquest enfocament entén les addiccions com el resultat de la interacció de factors biològics, psicològics i socials, de manera que promou un tractament personalitzat i multidisciplinari que fomenta l'autonomia i la responsabilitat de la persona mitjançant una relació terapèutica basada en la confiança (Comissió Nacional de Formació de l'Associació Projecte Home, 2015).

Projecte Home Tarragona ofereix diferents programes de tractament en aquest estudi, ens centrarem en el programa ambulatori. Tenim el programa ambulatori de matins i el programa ambulatori de tardes, el primer té lloc dilluns, dimecres i divendres en horari de 9.30h a 13.30h i el segon dimarts i dijous de 18.30h a 20.00 h i està pensat per a qui necessita comptabilitzar el tractament amb altres responsabilitats.

El Programa Ambulatori s'estructura en tres fases progressives: motivació, creixement personal i autonomia. El **nivell 1, nivell de motivació**, (uns 5 mesos) té com a objectiu principal prendre consciència i responsabilitat del problema, establir rutines, millorar la comunicació amb l'entorn i mantenir l'abstinència. El **nivell 2, fase de Creixement Personal** (uns 5 mesos) aprofundeix en l'autoconeixement, la gestió emocional i el desenvolupament personal. Finalment, la **fase d'Autonomia, nivell 3** es centra en definir objectius personals, consolidar valors, prevenir recaigudes i la desvinculació progressiva del centre.

El tractament d'addiccions a Projecte Home combina eines terapèutiques com la planificació diària (programació), l'expressió i gestió emocional (fulls de sentiments), la presa de decisions conscients (peticions), plans de treball individualitzats (PTI) i la confrontació respectuosa per fomentar la reflexió i el canvi. També inclou activitats lúdiques per reforçar habilitats socials. Les intervencions es desenvolupen en teràpies grupals i familiars, seminaris, col·loquis individuals i reunions d'equip, sempre amb un enfocament multidisciplinari que afavoreix l'autonomia, la responsabilitat i el suport mutu en el procés de recuperació.

### **2.3.3. Impacte psicològic de les addiccions**

Segons Ces (2024) algunes de les conseqüències emocionals de les addiccions són les següents:

- Pèrdua de l'autoestima.
- Ansietat i depressió.
- Canvis en el comportament.
- Culpa i remordiment constants.
- Pèrdua d'interessos i motivació.
- Dificultats en les relacions interpersonals.

A més, el abús de substàncies pot causar trastorns de la personalitat, psicosi i problemes cognitius, entre d'altres (Girona,2024).

### **2.3.3.1. Addiccions i la seva relació amb l'autoestima**

L'abús de substàncies i l'autoestima estan estretament relacionats i pot actuar tant com a factor de risc com a factor protector del consum de substàncies. (Ersöğütçü i Karakaş, 2016). Diverses investigacions han explorat la relació entre autoestima i consum de substàncies, mostrant resultats consistents amb les hipòtesis del present treball.

L'estudi d'Ersöğütçü i Karakaş (2016), realitzat amb 203 pacients entre 16 i 65 anys ingressats en un centre de tractament d'addiccions a Turquia, va evidenciar que els pacients en tractament per addiccions presenten nivells moderats d'autoestima i que s'observa una relació indirecta significativa entre l'abús de substàncies i l'autoestima. A més, es va detectar que els pacients que havien iniciat el consum de substàncies a una edat més primerenca tendien a tenir una autoestima més baixa. L'autoestima es va mesurar en l'estudi amb l'escala d'autoestima de Coopersmith (CSI) (1967).

Sehlikoğlu et al. (2023) van dur a terme un estudi que examina l'autoestima i els traumes infantils en individus amb trastorn per ús de substàncies (SUD) derivats a una unitat judicial. En aquest estudi, realitzat amb 146 homes (73 amb SUD i 73 com a grup control), es va observar que els pacients amb addiccions presentaven nivells d'autoestima significativament més baixos que la població general. Es va utilitzar l'escala d'Autoestima de Rosenberg (1965) per quantificar l'autoestima i el Qüestionari de Trauma Infantil (CTQ) (1994) per avaluar experiències adverses en la infància. Els resultats confirmen una relació negativa i significativa entre el consum de substàncies i l'autoestima.

L'estudi de Chebli et al. (2023) realitzat a l'Hospital Psiquiàtric Arrazi de Salé (Marroc), va reclutar 58 pacients internats per tractament d'addiccions, valorant la seva autoestima amb l'escala d'Autoestima de Rosenberg (1965) i l'Inventari d'Autoestima Social, dissenyat per Lawson, Marshall y McGrath (1979). L'estudi revela que un 79% dels participants mostrava autoestima baixa o molt baixa. Aquest resultat destaca una associació directa significativa entre la presència del trastorn per ús de substàncies i nivells reduïts d'autoestima, encara que l'estudi no explora mecanismes de relació indirecta ni mediacions.

### 2.3.3.2. Addiccions i la seva relació amb la dependència emocional

La **bidependència**, també coneguda com a **dobla dependència**, fa referència a un conjunt d'actituds, comportaments i sentiments que, més enllà de l'addicció concreta, reflecteixen una dependència envers persones o situacions amb trets sociopàtics. Aquesta dependència arriba a influir de manera significativa en la vida quotidiana de qui la pateix i també pot afectar les persones del seu entorn. És a dir, la persona bidependent no només mostra una relació no funcional amb la droga, sinó també amb una figura relacional, desenvolupant una mena d'addicció a les relacions personals (Moral i Sirvent, 2008).

La persona bidependent sol establir relacions afectives molt intenses, però desequilibrades, en les quals tendeix a cedir el control i la responsabilitat a l'altra persona. Té dificultats per estar sola, mostra una baixa autoestima i va perdent autonomia i capacitat de decisió. A més, viu les relacions afectives com un altre objecte més de consum (Moral & Sirvent, 2006, 2008).

Aquest vincle entre l'addicció a substàncies i la dependència emocional ha estat abordat per diversos estudis recents que aporten evidència empírica a aquesta relació i donen suport a la hipòtesi del present treball.

Momeñe et al. (2021) en el seu estudi van analitzar a 1.533 adolescents entre 13 i 22 anys a partir d'instruments com *ESTUDES*, *DEN*, *DERS* i *Individual relationship models*. Van trobar una correlació positiva significativa entre la dependència emocional i el consum recent de múltiples substàncies, incloent-hi tabac, alcohol, cànnabis, cocaïna, èxtasi, amfetamines, heroïna i altres inhalants volàtils. Això suggereix que la dependència emocional pot ser un factor rellevant en el context de les addiccions i el seu tractament.

L'estudi de Aiquipa Tello i Canción Suárez (2018) va analitzar la influència de la dependència emocional de parella com a factor de risc en el consum de substàncies psicoactives en dones. La recerca es va dur a terme amb un enfocament mixt (quantitatiu i qualitatiu) i va comptar amb una mostra de 36 dones entre 18 i 60 anys que es trobaven en tractament residencial. D'aquestes,

20 presentaven trastorn per ús de substàncies, mentre que la resta constituïen un grup de comparació sense consum problemàtic. Els resultats van evidenciar que la dependència emocional representa un risc tant per a l'inici com per al manteniment del consum, tot i que el seu impacte és més notable en la continuïtat de l'ús. Les dones sovint utilitzaven les substàncies com a mecanisme per evitar emocions negatives, complaure la parella o conservar la relació, fet que reforça la necessitat d'incloure l'abordatge de la dependència emocional en els programes terapèutics per a la recuperació de les dones amb addiccions.

En l'estudi de Vila-Moral et al. (2018), es van avaluar els nivells de dependència emocional en una mostra total de 880 persones, incloent-hi tant població general (n=311) com a subgrups clínics, entre ells persones en tractament per addiccions (n=295). Per a l'avaluació es va utilitzar l'Inventari de Relacions Interpersonals i Dependències Sentimentals (IRIDS-100) de Sirvent & Moral (2005), un qüestionari validat de 100 ítems que mesura diferents components de la dependència emocional, destacant factors com craving, símptomes d'abstinència emocional, autonegligència i identitat difusa. Els resultats van mostrar que els individus en tractament per addiccions van presentar nivells significativament més alts de dependència emocional en comparació amb la població general, especialment en dimensions com a autoengany, sentiments negatius i acomodació situacional. Aquest estudi s'alinea amb la hipòtesi que les persones en tractament per addiccions mostren major dependència emocional que la població general.

### **3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS**

#### **3.1. OBJECTIUS GENERALS I OBJECTIUS ESPECÍFICS**

L'**objectiu general** del present estudi és analitzar i comparar els nivells d'autoestima i dependència emocional entre persones en tractament per addiccions i persones de la població general.

Els **objectius específics** són:

- Avaluar l'autoestima i la dependència emocional en un grup de persones adultes que reben tractament per problemes d'addiccions.

- Avaluar l'autoestima i la dependència emocional en adults de la població general.
- Comparar els resultats en autoestima i dependència emocional entre un grup que reben tractament per addiccions i la població general.
- Examinar si els nivells d'autoestima i dependència emocional varien segons el tipus d'ambulatori (matí, tarda) en les persones en tractament.
- Examinar si els nivells d'autoestima i dependència emocional varien segons la fase de tractament (nivell 1, nivell 2, nivell 3) en les persones en tractament.

### 3.2. HIPÒTESIS DE LA INVESTIGACIÓ

Les hipòtesis que es plantegen són les següents:

- **HIPÒTESI 1:** Les persones en tractament per addiccions presentaran nivells més baixos d'autoestima que la població general.
- **HIPÒTESI 2:** Les persones en tractament per addiccions mostraran majors nivells de dependència emocional que la població general.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1. PARTICIPANTS

S'ha dut a terme un estudi quantitatiu de tipus descriptiu, correlacional i transversal, amb l'objectiu principal d'analitzar i comparar els nivells de dependència emocional i autoestima entre la població general i les persones en tractament per addiccions.

La mostra està formada per **81 persones adultes**, les quals es divideixen en 27 dones (33%) i 54 homes (67%) on totes elles han llegit i signat el consentiment informat. Es pot observar una major representació d'homes que de dones.

Pel que fa a la distribució del **gènere**, segons el grup, al grup en tractament hi ha 21 homes (67,7%) i 10 dones (32,3%), mentre que al grup sense tractament hi ha 33 homes (66%) i 17 dones (34%) (Veure Taula 3)

**Taula 3.***Freqüències de gènere per grups*

	Tractament	Població general
<b>Home</b>	21 (67,7%)	33 (66,0%)
<b>Dona</b>	10 (32,3%)	17 (34,0%)
<b>Total</b>	31 (100,0%)	50 (100,0%)

Quant a l'edat de la mostra, oscil·la **entre els 25 i 62 anys**, amb una mitjana de 40,94 anys i amb una desviació típica de 9,259. La mitjana d'edat dels participants en tractament és de 40,68 anys i una desviació típica de 7,02, mentre que la de la població general és de 41,10 anys i una desviació típica de 10,48 (Veure Taula 4). En el grup en tractament, l'asimetria observada és de 0,285 (SE = 0,421), mentre que en la població general és de 0,280 (SE = 0,227). Tot i que ambdues distribucions mostren una lleugera asimetria positiva, el valor z associat (tractament:  $z = 0,68$ ; població general:  $z = 1,23$ ) no indica una desviació significativa de la normalitat, suggerint una distribució relativament simètrica de l'edat en ambdós grups.

**Taula 4.***Estadístics descriptius de l'edat*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv. estàn dard	Variàn cia	Asimetria		Curtosis	
							Estadístic	Error estàn dard	Estadístic	Error estàn dard
<b>Tractament</b>	31	29	55	40,68	7,016	49,226	,285	,421	-,743	,821
<b>Població general</b>	50	25	62	41,10	10,477	109,765	,280	,227	-1,047	,662
<b>Total</b>	81	25	62	40,94	9,259	85,734	313	,267	-,764	,529

En relació amb la **presència de parella sentimental**, gairebé la meitat dels participants en tractament per addiccions (48,4%) no en tenen, mentre que aquest percentatge és molt inferior en la població general (12%). En conjunt, el 74,1% de la mostra total afirma tenir parella sentimental (Veure Taula 5).

### Taula 5.

*Freqüències de parella sentimental*

	No	Si	Total
<b>Tractament</b>	15 (48,4%)	16 (51,6%)	31 (100%)
<b>Sense tractament</b>	6 (12,0%)	44 (88,0%)	50 (100%)
<b>Total</b>	21 (25,9%)	60 (74,1%)	81 (100%)

Pel que fa al **tipus d'ambulatori** del grup en tractament per addiccions, la major part dels participants (71%) assisteixen al torn de **matins**, mentre que un 29% ho fan al torn de la **tarda**. Això reflecteix una distribució desigual, amb una clara predominança del torn matinal (Veure Taula 6)

### Taula 6.

*Freqüències segons tipus d'ambulatori (matí, tarda)*

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Vàlid</b>				
<b>Matins</b>	22	71,0	71,0	71,0
<b>Tarda</b>	9	29,0	29,0	100,0
<b>Total</b>	31	100,0	100,0	

Tal com s'ha comentat anteriorment, el Programa Ambulatori de Projecte Home Tarragona consta de **tres fases terapèutiques** diferenciades: Motivació (nivell 1), Creixement Personal (nivell 2) i Autonomia (nivell 3). Pel que fa a la distribució dels participants dins d'aquest programa, la majoria es troba en el nivell 1 (n = 18), seguits del nivell 2 (n = 10) i, finalment, del nivell 3 (n = 3) (veure Taula 7).

### Taula 7.

*Freqüències segons nivell terapèutic (nivell 1, nivell 2, nivell 3)*

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Vàlid</b>	<b>Nivell 1</b>	18	58,1	58,1	58,1
	<b>Nivell 2</b>	10	32,3	32,3	90,3
	<b>Nivell 3</b>	3	9,7	9,7	100,0
	<b>Total</b>	31	100,0	100,0	

## 4.2. INSTRUMENTS

Per a dur a terme aquest estudi es va crear un qüestionari en línia, distribuït per Google Forms, amb preguntes sociodemogràfiques i l'**Escala d'autoestima de Rosenberg (1965) (RSES)** i el **Qüestionari de dependència emocional de Lemos i Londoño (2006)**.

### Variables sociodemogràfiques:

- Gènere
- Edat
- Nivell d'estudis
- Si tenen parella sentimental
- Si han fet mai un tractament d'addiccions

- Nivell del tractament d'addiccions
- Programa del tractament d'addiccions

### **Escala d'autoestima de Rosenberg (RSES):**

L'Escala d'autoestima de Rosenberg (1965), inicialment desenvolupada per a adolescents, però que actualment s'utilitza en diferents grups d'edat, està pensada per avaluar l'autoestima. Es tracta d'un instrument unidimensional breu i fàcil d'administrar. Està compost per deu afirmacions dividides equitativament en positives i negatives. Per exemple, una afirmació positiva seria "estic convençut que tinc qualitats bones", mentre que una negativa seria "a vegades crec que no soc bona persona". La resposta s'estableix mitjançant una escala tipus Likert de quatre opcions (1= Molt en desacord, 2= En desacord, 3= D'acord, 4=Molt d'acord). S'atorga puntuació inversa a les afirmacions formulades en negatiu, i els valors teòrics oscil·len entre 10 i 40 (Rojas-Barahona, Zegers & Förster, 2009). L'escala de Rosenberg presenta una alfa de Cronbach de 0,86. La interpretació dels resultats es realitza segons el barem establert: una puntuació entre 30 i 40 indica una autoestima elevada, entre 26 i 29 una autoestima mitjana, i inferior a 25 una autoestima baixa (Siguenza, Quezada & Reyes, 2019).

### **Qüestionari de dependència emocional de Lemos i Londoño (CDE):**

Per avaluar la dependència emocional, s'ha emprat la versió abreviada del Qüestionari de Dependència Emocional (CDE) de Lemos i Londoño (2006). Consta de 23 ítems distribuïts en sis subescales: ansietat de separació, expressió afectiva de la parella, modificació de plans, por a la solitud, expressió límit i cerca d'atenció. Cada ítem es respon mitjançant una escala Likert de 6 punts, que va d'1 (completament fals de mi) a 6 (em descriu perfectament). Aquest instrument presenta una alta fiabilitat, amb un Alfa de Cronbach total de 0.927, i subescales amb valors entre 0.617 i 0.871. La puntuació total del qüestionari s'obté mitjançant la suma directa de tots els ítems, ja que no hi ha ítems inversos. Així, les puntuacions poden anar de 23 a 138 punts. Igualment, es pot calcular la puntuació de cada subescala sumant els ítems corresponents. Per a la interpretació clínica, el punt de tall recomanat per identificar dependència emocional és la mitjana més una desviació estàndard de la mostra normativa, és a dir, 81 punts. Una puntuació per sobre d'aquest valor indica presència clínica

del constructe, mentre que valors entre la mitjana i aquest llinar reflecteixen un risc potencial, i puntuacions per sota de la mitjana suggereixen absència de comportaments dependents. Aquest mateix criteri s'aplica a cadascuna de les subescales. A la Taula 8 es detallen els ítems que componen cada subescala, el seu valor de fiabilitat (alfa de Cronbach), i els punts de tall indicatius de presència clínica del factor avaluat (Lemos & Londoño, 2006).

### **Taula 8.**

*Distribució dels ítems, valor límit i consistència interna del CDE de Lemos i Londoño (2006).*

<b>Subescales</b>	<b>Ítems</b>	<b>Valor límit</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
1. Ansietat de separació	2, 6, 7, 8, 13, 15, 17	27	0,871
2. Expressió afectiva de la parella	5, 11, 12, 14	18	0,835
3. Modificació de plans	16, 21, 22, 23	15	0,751
4. Por a la soledat	1, 18, 19	12	0,798
5. Expressió límit	9, 10, 20	7	0,617
6. Cerca d'atenció	3, 4	9	0,776
<b>Puntuació Total</b>	<b>Tots els ítems</b>	<b>81</b>	<b>0,927</b>

Nota. Extret de Lemos, M. & Londoño, N.H. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana. Acta Colombiana de Psicología Colombiana, 9 (2), 127- 140.

### **4.3. PROCEDIMENT DE RECOLLIDA DE DADES**

El procediment emprat per a la recollida de dades va començar amb la recerca i selecció de les escales més adients per avaluar les variables d'interès del present estudi. Un cop triades, es va elaborar un qüestionari mitjançant la plataforma Microsoft Forms per tal de recopilar les respostes dels participants. Posteriorment, contactar amb el centre Projecte Home Tarragona per exposar-hi l'estudi. Un cop el centre va mostrar interès, es va presentar la proposta a la tutora de pràctiques i al comitè d'ètica corresponent. Un cop obtinguda la seva aprovació, es va facilitar l'enllaç del qüestionari als participants, especificant en tot moment que la informació proporcionada seria totalment confidencial i anònima, i que la participació era completament voluntària.

Per tal de garantir una comparació equilibrada entre grups, es va ajustar la mostra de població general tant pel que fa al gènere com a l'edat. En primer lloc, es va incrementar la proporció d'homes per compensar la major presència masculina al grup en tractament per addiccions. A més, es va limitar l'interval d'edat de la població general per fer-lo comparable amb el del grup en tractament (25-65 anys). Així, es va assegurar una distribució similar en ambdues variables, amb una mitjana d'edat de 41 anys a la població general i de 40 anys al grup en tractament.

Un cop recollides totes les dades, es va procedir a l'anàlisi de les respostes obtingudes mitjançant els programes Excel i SPSS.

## **5. RESULTATS**

### **5.1. QÜESTIONARI D'AUTOESTIMA DE ROSENBERG (1965)**

Els resultats descriptius del qüestionari d'autoestima de Rosenberg (veure Taula 9) indiquen que la puntuació total en el grup de tractament presenta una mitjana de 26,35 (DE=4,96), amb una asimetria lleugerament cap a la dreta i una curtosi negativa. En canvi, el grup sense tractament mostra una mitjana més alta, de 33,24 (DE=4,09), amb una asimetria lleugerament cap a l'esquerra i una curtosi negativa. En general, les mesures d'asimetria i curtosis es trobaven dins de rangs acceptables, suggerint que les variables s'ajusten a una distribució pròxima a la normalitat.

**Taula 9.**

*Estadístics descriptius de l'Escala RSES.*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv. estàndard	Varianza	Asimetria	Curtosis		
							Estadístic	Error estàndard	Estadístic	Error estàndard
<b>Tractament</b>	31	16	37	26,3548	4,957	21,570	,152	,421	-,403	,821
<b>Sense tractament</b>	50	24	40	33,240	4,089	16,717	-,430	,337	-,776	,662
<b>Total</b>	81	16	40	30,605	5,545	30,792	-,394	,267	-,619	,529

Pel que fa als nivells d'autoestima (veure Taula 10), en la població general, la majoria dels participants (78%) presenten un nivell alt d'autoestima, mentre que només un 2% es troba en el rang de baixa autoestima i un 20% en el nivell mitjà.

**Taula 10.**

*Freqüències de nivell d'autoestima en població general (baixa, mitjana, alta)*

Rang d'autoestima		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Baixa (10-25)</b>		1	2,0	2,0	2,0
<b>Mitjana (26-29)</b>		10	20,0	09,0	22,0
<b>Alta (30-40)</b>		39	78,0	78,0	100,0
<b>Total</b>		50	100,0	100,0	

En canvi, en el grup de persones en tractament, es detecta un perfil diferent: el 45,2% dels participants tenen una autoestima baixa, el 29% una autoestima mitjana i només el 25,8% mostren un nivell alt d'autoestima (Veure Taula 11).

**Taula 11.**

*Freqüències de nivell d'autoestima en persones en tractament (baixa, mitjana, alta)*

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Rang d'autoestima</b>	<b>Baixa (10-25)</b>	14	45,2	45,2	25,2
	<b>Mitjana (26-29)</b>	9	29,0	29,0	74,2
	<b>Alta (30-40)</b>	8	25,8	25,8	100,0
	<b>Total</b>	31	100,0	100,0	

Els resultats descriptius de l'escala d'autoestima de Rosenberg segons el tipus d'ambulatori (veure Taula 12) mostren que el grup de matins presenta una mitjana de 26,09 (DE=3,99), amb una asimetria lleugerament inclinada cap a la dreta i una curtosi negativa. Per la seva banda, el grup de tarda obté una mitjana més elevada, de 28,00 (DE=7,05), amb una asimetria lleugerament cap a l'esquerra i una curtosi negativa. En ambdós grups, les mesures d'asimetria i curtosi es mantenen dins de valors acceptables, suggerint que la distribució de les puntuacions d'autoestima s'ajusta a una normalitat aproximada.

**Taula 12.**

*Estadístics descriptius autoestima segons ambulatori (matí, tarda)*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv. estàndard	Varian za	Asimetria		Curtosis	
							Estadís tic	Error estàn dard	Estadí stic	Error estàn dard
<b>Matins</b>	22	21	35	26,09	3,987	15,897	,521	,491	-,521	,953
<b>Tarda</b>	9	16	37	28,00	7,053	49,750	-,283	,717	-1,039	1,400

Al grup de matins, el 50% dels participants presenta una autoestima baixa, un 27,3% una autoestima mitjana i un 22,7% una autoestima alta (veure Taula 13). En canvi, en el grup d'ambulatori de tarda, la distribució és més equilibrada, amb un 33,3% en cada nivell (baixa, mitjana i alta).

**Taula 13.**

*Freqüència nivell d'autoestima per tipus d'ambulatori (matí, tarda)*

Rang d'autoestima		Ambulatori		Total	
		Matí	Tarda		
<b>Baixa (10-25)</b>	Freqüència	11	3	14	
	% dins de l'ambulatori	50,0%	33,3%	45,2%	
	% del total	25,5%	9,7%	45,2%	
	<b>Mitjana (26-29)</b>	Freqüència	6	3	9
		% dins de l'ambulatori	27,3%	33,3%	29,0%
		% del total	19,4%	9,7%	29,0%
	<b>Alta (30-40)</b>	Freqüència	5	3	8
		% dins de l'ambulatori	22,7%	33,3%	25,8%
		% del total	16,1%	9,7%	25,8%
<b>Total</b>	Freqüència	22	9	9	
	% dins de l'ambulatori	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	71,0%	29,0%	100,0%	

Pel que fa als nivells d'autoestima segons el nivell de tractament (veure Taula 14), els participants del nivell 1 mostren una mitjana de 24,77 (DE = 4,25), amb una lleugera asimetria negativa i una curtosi també negativa. Aquestes xifres indiquen una distribució aproximadament normal. Al nivell 2, la mitjana és lleugerament superior amb un 26,60 (DE = 4,12), amb una asimetria lleugerament positiva i una curtosi més negativa (-1,240), que tot i sortir lleugerament del rang habitual, encara pot considerar-se propera a la normalitat. Al nivell 3, tot i el nombre reduït de participants (n = 3), s'observa una mitjana

més elevada de 35,00 (DE = 2,00); no obstant això, a causa de la mida molt petita de la mostra, no es poden calcular de manera fiable les mesures d'asimetria i curtosi. Per aquest motiu, es va optar per agrupar el nivell 2 i el nivell 3 en una sola categoria. En aquest nivell agrupat, la mitjana d'autoestima es de 28,54 (DE = 5,19), amb una asimetria lleugerament positiva i una curtosi negativa (-1,234). Tot i que la curtosi es troba lleugerament fora del rang ideal, la distribució es pot considerar raonablement propera a la normalitat.

#### Taula 14.

*Estadístics descriptius autoestima segons nivell (nivell 1, nivell 2, nivell 3, nivell agrupat (2 i 3))*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv.		Asimetria		Curtosis	
					estàndard	Variància	Estadís tic	Error estàn dard	Estadí stic	Error estàn dard
<b>Nivell 1</b>	18	16	32	24,77	4,25034	18,065	-,266	,536	-,511	1,038
<b>Nivell 2</b>	10	21	33	26,60	4,1150	16,933	,190	,687	-1,240	1,334
<b>Nivell 3</b>	3	33	37	35,00	2,0000	4,00	,000	1,225		
<b>Nivell agrupat (2 i 3)</b>	13	21	37	28,5385	5,18998	26,936	,071	,616	-1,234	1,191

La majoria de les persones de nivell 1 presenten autoestima baixa (55,6%), mentre que al nivell 2 la distribució és més equilibrada, un 40% presenta autoestima baixa, un 30% mitjana i un 30% alta (veure taula 15). Al nivell 3, tots mostren autoestima alta, tot i que la mostra és molt petita.

**Taula 15.**

*Freqüència de nivell d'autoestima per nivell de tractament.*

Rang d'autoestima		Nivell de tractament			Total	
		Nivell 1	Nivell 2	Nivell 3		
<b>Baixa (10-25)</b>	Freqüència	10	4	0	14	
	% dins del nivell	55,6%	40,0%	0,0%	45,2%	
	% del total	32,3%	12,9%	0,0%	45,2%	
	<b>Mitjana (26-29)</b>	Freqüència	6	3	0	9
		% dins del nivell	33,3%	30,0%	0,0%	29,0%
		% del total	19,4%	9,7%	0,0%	29,0%
	<b>Alta (30-40)</b>	Freqüència	2	3	3	8
		% dins del nivell	11,1%	30,0%	100,0%	25,8%
		% del total	6,5%	9,7%	9,7	25,8%
<b>Total</b>	Freqüència	18	10	3	31	
	% dins del nivell	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	58,1%	32,3%	9,7%	100,0%	

Els resultats de la prova t per mostres independents (veure Taula 16) mostren diferències significatives en els nivells d'autoestima entre persones amb i sense tractament, amb una mitjana d'autoestima significativament menor en el grup en tractament ( $p < ,001$ ). La prova de Levene indica que es pot assumir homogeneïtat de variàncies ( $\text{sig} = ,261$ ).

**Taula 16.**

*Comparació d'autoestima segons tractament o no (prova t de Student)*

		Prova de Levene de igualtat de variàncies				prova t per a la igualtat de mitjanes					
	<b>Supòsit variàncies iguals</b>	F	Sig.	t	g.ll	P de un factor	P de dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Autoes tima</b>	<b>Sí</b>	1,28	,261	-6,7	79	<,001	<,001	-6,88516	1,01461	-8,90469	-4,8655
	<b>No</b>			6,486	54,690	<,001	<,001	-6,8516	1,06156	-9,0128	-4,754

La mida de l'efecte (Taula 17) indica una diferència gran d'autoestima entre grups, amb valors elevats (d de Cohen = -1,55), mostrant una autoestima significativament més baixa en el grup en tractament.

**Taula 17.**

*Mida de l'efecte en l'autoestima segons presència o absència de tractament per addiccions.*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Autoestima</b>	<b>d de Cohen</b>	4,43835	-1,551	-2,056	-1,038
	<b>correcció de Hedges</b>	4,48105	-1,537	-2,037	-1,029
	<b>delta de Glass</b>	4,08861	-1,684	-2,236	-1,120

Pel que fa a la comparació entre els tipus d'ambulatori (veure Taula 18), els resultats de la prova t per a mostres independents no mostren diferències estadísticament significatives en els nivells d'autoestima entre els participants

d'ambulatori de matí i de tarda ( $p > .05$ ).

### Taula 18.

*Comparació d'autoestima segons ambulatori matí o tarda (prova t de Student)*

		Prova de Levene de igualtat de variàncies				prova t per a la igualtat de mitjanes					
	Supòsit variàncies iguals	F	Sig.	t	g.ll	P de un factor	P de dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Autoes- tima ambul- atori	Sí	4,42	,045	-,457	29	,325	,651	-,90909	1,98770	-1,97439	3,15621
	No			-,364	10,162	,362	,724	-,90909	2,50007	-6,46757	4,64939

Així mateix, la mida de l'efecte ( $d$  de Cohen =  $-0,181$ ) és molt petita, indicant que les diferències observades entre grups són mínimes (Veure taula 19).

### Taula 19.

*Mida de l'efecte en l'autoestima segons tipus d'ambulatori (matí, tarda)*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Autoestima ambulatori	<b>d de Cohen</b>	5,02346	-,181	-,956	,597
	<b>correcció de Hedges</b>	5,15821	-,176	-,931	,582
	<b>delta de Glass</b>	7,05337	-,129	-,903	,653

La prova t de mostres independents mostra una diferència estadísticament significativa en els nivells d'autoestima entre els participants del nivell 1 i els del nivell agrupat (2 i 3) ( $p = ,017$  amb igualtat de variàncies assumida) (veure

Taula 20). La diferència mitjana entre els grups és de -3,76 punts, amb un interval de confiança del 95% entre -7,23 i -0,29, indicant que els participants del nivell agrupat presenten nivells més alts d'autoestima.

### Taula 20.

*Comparació d'autoestima segons nivell de tractament (nivell 1, nivell agrupat*

Prova de Levene de  
igualtat de variàncies                      prova t per a la igualtat de mitjanes

	Supòsit variàncies iguals	F	Sig.	t	g.ll	P de un factor	P de dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Autoes tima total</b>	<b>Sí</b>	1,26	,271	-2,2	29	,017	,035	-3,76068	1,69692	-7,23128	-,29009
	<b>No</b>			-2,144	22,684	,021	,043	-3,76068	1,75375	-7,39138	-,12997

Pel que fa a la mida de l'efecte, la *d* de Cohen és de -0,807 (veure Taula 20). Malgrat el signe negatiu indica que la mitjana del segon grup (grup agrupat) és superior, el valor absolut suggereix un efecte gran, segons els criteris convencionals .

### Taula 20.

*Mida de l'efecte en l'autoestima segons nivell de tractament (nivell 1, agrupat)*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Autoestima total</b>	<b>d de Cohen</b>	4,66218	-,807	-1,543	-,058
	<b>correcció de Hedges</b>	4,78725	-,786	1,503	-0,56
	<b>delta de Glass</b>	5,18998	-,725	-1,481	,057

## 5.2. QÜESTIONARI DE DEPENDÈNCIA EMOCIONAL DE LEMOS I LONDOÑO (2006)

Els resultats mostren que les persones en tractament per addiccions tenen una mitjana de dependència emocional més alta ( $M = 68,81$ ;  $DE = 22,08$ ) que les sense tractament ( $M = 47,28$ ;  $DE = 15,65$ ) (Veure taula X.) En termes de asimetria, els dos grups presenten valors positius (cap a la dreta), més marcat en el grup sense tractament. En relació amb la curtosi, els valors són lleugerament negatius en el grup amb tractament ( $-0,226$ ) i lleugerament positius en el grup sense tractament ( $0,149$ ). Per tant, tant l'asimetria com la curtosi indiquen que les distribucions no s'allunyen significativament de la normalitat en cap dels dos grups (veure Taula 21).

### Taula 21.

*Estadístics descriptius del qüestionari CDE.*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv. estàndard	Variància	Asimetria		Curtosis	
							Estadístic	Error estàndard	Estadístic	Error estàndard
<b>Tractament</b>	31	27	114	68,8065	22,07777	487,428	,391	,421	-,226	,821
<b>Sense tractament</b>	50	26	86	47,2800	15,65057	244,940	,936	,337	,149	,662
<b>Total</b>	81	26	114	55,5185	21,06307	443,653	,848	,267	,243	,529

Les dades mostren diferències notables en la presència de dependència emocional entre la població general i les persones en tractament per addiccions (veure Taula 22 i Taula 23). En la població general, només un 4% presenta dependència emocional, mentre que en el grup en tractament, aquest percentatge augmenta fins al 29%.

**Taula 22.**

*Freqüència de DE (sí/no) en població general.*

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Dependència emocional població general</b>	<b>No</b>	48	96,0	96,0	96,0
	<b>Sí</b>	2	4,0	4,0	100,0
	<b>Total</b>	50	100,0	100,0	

**Taula 23.**

*Freqüència de DE (sí/no) en tractament d'addiccions.*

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
<b>Dependència emocional tractament d'addiccions</b>	<b>No</b>	22	71,0	71,0	71,0
	<b>Sí</b>	9	29,0	29,0	100,0
	<b>Total</b>	31	100,0	100,0	

Els resultats (veure Taula 24) mostren que la mitjana de dependència emocional és més alta a l'ambulatori de matí (72,09) que a l'ambulatori de tarda (60,78). L'asimetria és moderada i positiva en ambdós grups, més marcada al grup de tarda (0,925) que al de matí (0,466). Pel que fa a la curtosi, el grup de matí presenta una lleugerament negativa (-0,238), mentre que el grup de tarda mostra una curtosi positiva (0,945). En general, ambdós grups es troben dins de rangs acceptables, suggerint que les dades s'ajusten aproximadament a una distribució normal.

**Taula 24.**

*Estadístics descriptius DE segons ambulatori (matí, tarda)*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv. estàndard	Varianza	Asimetria		Curtosis	
							Estadístic	Error estàndard	Estadístic	Error estàndard
<b>Matí</b>	22	34	110	72,0909	19,8156	392,658	,466	,491	-,238	,953
<b>Tarda</b>	9	27	114	60,7778	26,361	694,944	,925	,717	,945	1,400

A l'ambulatori de matí el 31,8% presenta dependència emocional, mentre que a la tarda s'observa un percentatge menor d'un 22,2% (veure Taula 25).

**Taula 25.**

*Freqüència de DE (sí/no) segons ambulatori (matí, tarda).*

		Ambulatori			
		Matí	Tarda	Total	
<b>Dependència emocional</b>	<b>No</b>	Freqüència	15	7	22
		% dins de l'ambulatori	68,2%	77,8%	71,0%
		% del total	48,4%	22,6%	71,0%
	<b>Sí</b>	Freqüència	7	2	9
		% dins de l'ambulatori	31,8%	22,2%	29,0%
		% del total	22,6%	6,5%	29,0%
	<b>Total</b>	Freqüència	22	9	31
		% dins de l'ambulatori	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	71,0%	29,0%	100,0%

Pel que fa a la dependència emocional segons el nivell de tractament (veure Taula 26), els participants del nivell 1 presenten una mitjana de 72,33 (DE = 19,48) amb asimetria positiva (1,042) i curtosi gairebé nul·la (0,180). El nivell 2 mostra una mitjana similar (73,00; DE = 21,03), amb asimetria lleugerament positiva (0,313) i curtosi lleugerament negativa (-0,492). En canvi, el nivell 3, amb una mostra molt petita (n=3), té una mitjana molt menor (33,66; DE = 6,51) i asimetria negativa (-0,23), per això s'ha agrupat amb el nivell 2 per millorar la representativitat. El nivell agrupat (2 i 3) presenta una mitjana de 63,92 (DE = 25,23), amb asimetria lleugerament cap a la dreta (,283) i una curtosi negativa (-,783). En general, totes les distribucions s'ajusten raonablement a la normalitat.

### Taula 26.

*Estadístics descriptius DE segons nivell (nivell 1, nivell 2, nivell 3, nivell agrupat)*

	N	Min.	Max.	Mitjana	Desv.		Asimetria		Curtosis	
					estàndard	Variància	Estadís tic	Error estàn dard	Estadí stic	Error estàn dard
<b>Nivell 1</b>	18	48	114	72,3333	19,48151	379,529	1,042	,526	,180	1,038
<b>Nivell 2</b>	10	41	110	73,00	21,03436	442,444	,313	,687	-,492	1,334
<b>Nivell 3</b>	3	27	40	33,66	6,50641	42,333	-,230	1,225		
<b>Nivell agrupat (2 i 3)</b>	13	27	110	63,92	25,22717	636,410	,283	,616	-,783	1,191

Pel que fa a la presència de dependència emocional segons el nivell de tractament (veure Taula 27) el 27,8% dels participants del nivell 1 i el 40% del nivell 2 la presenten. En canvi, al nivell 3 no es registra cap cas de dependència emocional.

**Taula 27.**

*Freqüència de DE (sí/no) segons el nivell (nivell 1, nivell 2, nivell 3).*

		Nivell de tractament			Total	
		Nivell 1	Nivell 2	Nivell 3		
<b>Dependència emocional</b>	<b>No</b>	Freqüència	13	6	3	22
		% dins del nivell	72,2%	60,0%	100,0%	71,0%
		% del total	16,1%	12,9%	0,0%	71,0%
	<b>Sí</b>	Freqüència	5	4	0	22
		% dins del nivell	27,8%	40,0%	0,0%	29,0%
		% del total	16,1%	12,9%	0,0%	29,0%
	<b>Total</b>	Freqüència	18	10	3	31
		% dins del nivell	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	58,1%	32,3%	9,7%	100,0%

Els resultats de la prova t per a mostres independents (veure Taula 28) indiquen diferències estadísticament significatives en els nivells de dependència emocional entre els grups amb i sense tractament d'addiccions ( $p < ,001$ ). La mitjana de dependència emocional en el grup amb tractament és significativament superior, amb una diferència mitjana de 21,53 punts. La prova de Levene mostra que es pot assumir homogeneïtat de variàncies (sig. = ,087).

**Taula 28.**

*Comparació DE segons tractament o no (prova t de Student)*

		Prova de Levene de igualtat de variàncies				prova t per a la igualtat de mitjanes					
	Supòsit variàncies iguals	F	Sig.	t	g.ll	P un factor	P dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>Depen dència emoci onal (DE)</b>	<b>Sí</b>	3,00	,087	5,129	79	<0,01	<0,01	21,52645	4,19669	13,1731	29,87976
	<b>No</b>			4,740	48,711	<0,01	<0,01	21,5264	4,54118	12,3992	30,6536

Els resultats del càlcul de la mida de l'efecte (veure Taula 29) mostren diferències grans en la dependència emocional entre els grups. Tant la d de Cohen (1,17) com la correcció de Hedges (1,16) i el delta de Glass (1,38) superen el llindar d'un efecte gran, indicant una diferència notable i rellevant a nivell pràctic.

**Taula 29.**

*Mida de l'efecte en la DE segons presència o absència de tractament per addiccions*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>dependència emocional (DE)</b>	<b>d de Cohen</b>	18,35822	1,173	,668	1,653
	<b>correcció de Hedges</b>	18,53484	1,161	,679	1,637
	<b>delta de Glass</b>	15,65057	1,375	,846	1,894

Els resultats de la prova t per mostres independents (veure Taula 30) indiquen que no hi ha diferències significatives en els nivells de dependència emocional entre els usuaris dels ambulatoris de matí i tarda ( $p > 0,05$ ). La prova de Levene mostra que es pot assumir homogeneïtat de variàncies ( $\text{sig} = ,492$ ).

### Taula 30.

*Comparació DE segons ambulatori matí o tarda (prova t de Student).*

		Prova de Levene de igualtat de variàncies				prova t per a la igualtat de mitjanes					
	Supòsit variàncies iguals	F	Sig.	t	g.ll	P de un factor	P de dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
DE ambul atori	Sí	,484	,492	1,1310	29	,100	,200	11,31313	8,63323	-6,34381	28,97007
	No			1,160	11,884	,134	,269	11,31313	9,95353	-9,95353	32,57979

Pel que fa a la mida de l'efecte (veure taula 31), les estimacions ( $d$  de Cohen = 0,52) apunten a un efecte mitjà, però els amplis intervals de confiança inclouen el zero, suggerint que aquesta diferència no és conclouent.

**Taula 31.**

*Mida de l'efecte en la DE segons tipus d'ambulatori (matí, tarda)*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>DE ambulatori</b>	<b>d de Cohen</b>	21,81851	,519	-,273	1,301
	<b>correcció de Hedges</b>	22,40381	,505	-,266	1,267
	<b>delta de Glass</b>	26,36180	,429	-,386	1,219

Els resultats de la prova t per mostres independents (veure Taula 32) no mostren diferències significatives en els nivells de dependència emocional entre el nivell 1 i el nivell agrupat (2 i 3) ( $p > 0,05$ ). La prova de Levene indica que es pot assumir homogeneïtat de variàncies (sig = ,295).

**Taula 32.**

*Comparació DE entre nivell 1 i nivell agrupat (2 i 3) (prova t de Student).*

Prova de Levene de  
igualtat de variàncies

prova t per a la igualtat de mitjanes

	<b>Supòsit variàncies iguals</b>	F	Sig.	t	g.ll	P de un factor	P de dos factors	Dif. mitjanes	Error típic de la dif.	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>DE Nivells</b>	<b>Sí</b>	1,136	,295	1,048	29	,152	,303	8,41026	8,02256	-7,99772	24,81823
	<b>No</b>			1,005	21,719	,163	,326	8,41026	8,36897	-8,95895	25,77946

Pel que fa a la mida de l'efecte (veure Taula 33), els valors són baixos (d de Cohen = 0,38) i els intervals de confiança inclouen el zero, fet que confirma que la diferència observada no és significativa ni clínicament rellevant.

**Taula 33.**

*Mida de l'efecte en la DE segons nivell de tractament (nivell 1, nivell agrupat.*

		Estàndard	Estimació de punts	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
<b>DE nivells</b>	<b>d de Cohen</b>	22,041444	,382	-,342	1,098
	<b>correcció de Hedges</b>	22,63272	,372	-,333	1,070
	<b>delta de Glass</b>	25,22717	,333	-,399	1,052

**6. CONCLUSIONS**

Aquest estudi ha permès contrastar les hipòtesis plantejades respecte a l'autoestima i la dependència emocional en poblacions amb i sense tractament per addiccions.

Respecte a la **Hipòtesi 1**, que proposava que les persones en tractament per addiccions presentarien menor autoestima que la població general, les dades indiquen que hi ha diferències significatives. Això suggereix que el procés d'addicció i la situació de tractament es relacionen amb una percepció negativa d'ells mateixos, fet que pot afectar la recuperació i el benestar emocional (Naranjo, 2007). Aquest resultat és coherent amb la teoria de l'autoestima, entesa com la valoració global que la persona fa de si mateixa i la confiança en les pròpies capacitats (Rosenberg, 1965; Branden, 1994), ja que una baixa autoestima s'associa amb inseguretat i dependència de l'opinió externa, factors que poden incrementar la vulnerabilitat davant el consum i dificultar-ne la superació (Naranjo, 2007).

La literatura prèvia és coherent amb aquests resultats. Diverses investigacions han posat de manifest que les persones amb addiccions presenten nivells d'autoestima més baixos que la població general. L'estudi d'Ersöğütçü i Karakaş

(2016) confirma la relació entre abús de substàncies i percepció negativa d'un mateix, mentre que Sehliskoğlu et al. (2023) assenyalen que aquesta baixa autoestima s'associa també amb experiències adverses en la infància. De manera similar, Chebli et al. (2023) ressalten l'alta prevalença d'autoestima reduïda en pacients en tractament per addiccions, destacant que aquest constructe exerceix un paper central en la dinàmica i manteniment del consum.

Pel que fa a la **Hipòtesi 2**, que plantejava que les persones en tractament presentarien més dependència emocional que la població general, els resultats confirmen aquesta idea, mostrant una diferència significativa i una mida d'efecte gran.

Les troballes s'alineen amb el que mostren estudis previs, els quals evidencien que les persones amb addiccions tendeixen a presentar una dependència emocional significativament més alta que la població no clínica. Momeñe et al. (2021) Van trobar una associació significativa entre dependència emocional i consum de múltiples substàncies en adolescents, evidenciant la relació entre ambdós fenòmens en edats primerenques, mentre que Aiquipa Tello i Canción Suárez (2018) remarquen el paper de la dependència emocional de parella com a factor de risc en el manteniment de l'addicció en dones. En la mateixa línia, Vila-Moral et al. (2018) confirmen que els pacients en tractament mostren més dependència emocional que la població general, especialment en dimensions relacionades amb l'autoengany i la identitat difusa.

En conjunt, aquests resultats, en línia amb la teoria i la recerca prèvia, subratllen que la dependència emocional i l'autoestima són característiques recurrents en pacients amb addiccions i que el seu abordatge resulta imprescindible en els programes de tractament.

La distribució mostra una lleugera sobrerrepresentació del gènere masculí en tota la mostra, tant en el grup en tractament d'addiccions com en la població general.

D'altra banda, en el grup de persones en tractament d'addiccions, la majoria es troben en les primeres etapes del procés terapèutic, fet que pot tenir un impacte rellevant en les variables analitzades en aquest estudi.

En relació amb el **tipus d'ambulatori (matí i tarda)**, no s'han observat diferències estadísticament significatives ni en l'autoestima ni en la dependència emocional. Tot i que la mitjana d'autoestima és lleugerament més alta entre els participants de l'ambulatori de tardes, i la mitjana de dependència emocional és superior en els de matins, aquestes diferències no són significatives. Això indica que el moment del dia en què es rep el tractament no sembla influir de manera rellevant en aquestes variables psicològiques.

Quant al **nivell de tractament**, sí que s'ha trobat una diferència significativa en autoestima entre el nivell 1 i el nivell agrupat (2 i 3), sent aquest últim el que presenta nivells més alts d'autoestima. La mida de l'efecte indica que es tracta d'una diferència rellevant. Aquest resultat podria indicar que els pacients que passen a nivells més avançats de tractament tenen una autoestima més consolidada, possiblement com a resultat de la mateixa intervenció terapèutica o de processos de canvi més avançats. En canvi, no s'han trobat diferències significatives en dependència emocional segons el nivell de tractament. Tot i que el grup del nivell 1 mostra mitjanes lleugerament més elevades, aquestes diferències no són estadísticament significatives.

En conjunt, els resultats apunten a la necessitat d'incorporar a les intervencions terapèutiques components específics orientats a millorar l'autoestima i reduir la dependència emocional en persones en tractament per addiccions, independentment del tipus d'ambulatori o nivell del tractament.

## **7. LIMITACIONS I FUTURES LÍNEES D'INVESTIGACIÓ**

### **7.1. LIMITACIONS**

Tot i que els resultats obtinguts han estat significatius, cal considerar algunes limitacions associades a l'estudi. En primer lloc, una possible limitació rau en la modificació del pla inicial de recollida de dades. Inicialment, estava previst administrar els instruments tant a l'ambulatori de tardes de Barcelona com al de Tarragona, amb l'objectiu d'obtenir una mostra més gran i equilibrada. Tanmateix, en contactar amb el centre de Barcelona, es va informar que

recentment s'havia passat una altra enquesta als usuaris, motiu pel qual es va declinar la participació en aquest estudi. Davant d'aquesta situació, es va reajustar el disseny i la recollida de dades es va dur a terme íntegrament al programa de Tarragona. Aquest fet pot haver condicionat la representativitat i la generalització dels resultats.

Una altra limitació és que el nombre total de participants és limitat, especialment en subgrups com el nivell 3 de tractament i l'ambulatori de tarda, fet que limita la potència estadística i la capacitat de generalitzar els resultats. A més, hi ha un desequilibri important en la distribució dels grups (per exemple, entre població general i tractament, o entre ambulatoris i nivells), cosa que pot afectar la comparació i interpretació dels resultats. Per minimitzar aquest impacte, es va optar per agrupar els nivells 2 i 3, cosa que permet comparacions més sòlides entre nivells.

L'administració del qüestionari en format en línia va impedir la participació d'alguns usuaris del centre, fet que va reduir el nombre de participants i podria haver afectat la generalització dels resultats.

## **7.2. FUTURES LÍNIES D'INVESTIGACIÓ**

Quant a les futures línies d'investigació, seria recomanable augmentar la grandària i diversitat de la mostra per millorar la validesa i la generalització dels resultats, especialment en grups menys representats com els nivells més avançats de tractament o l'ambulatori de tarda. Això permetria obtenir conclusions més sòlides i aplicar-les a una població més àmplia.

També, seria útil diversificar els formats d'administració dels qüestionaris per incloure participants que no tenen accés a eines en línia o que presenten dificultats per utilitzar-les, cosa que millora la representativitat i generalització dels resultats.

A més, resultaria interessant realitzar estudis longitudinals de l'evolució de l'autoestima i la dependència emocional al llarg del procés terapèutic, per comprendre millor com canvien aquestes variables. També estaria bé comparar

l'autoestima i dependència emocional dels participants en les primeres entrevistes, abans d'ingressar al tractament, per identificar canvis inicials i factors predictors d'èxit terapèutic.

També, presentaria interès explorar com variables com l'edat, el tipus d'addicció, el temps de consum abans d'iniciar el tractament o el suport social poden influir en el procés de recuperació, amb l'objectiu d'ajustar les intervencions terapèutiques a les necessitats específiques de cada subgrup.

Finalment, futures línies d'investigació podrien centrar-se a desenvolupar i avaluar estratègies terapèutiques específiques dins del context de les addiccions, mesurant l'eficàcia abans i després de la intervenció per determinar si contribueixen a incrementar l'autoestima i reduir la dependència emocional.

## 8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Aiquipa, J. J., y Canción, N. M. (2018). Couple emotional dependence as a risk factor in the consumption of psychoactive substances in women. *International Journal of Family and Community Medicine*, 2(4), 165-171. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2018.02.00073>

Branden, N. (1994). *The Six Pillars of Self-Esteem*. Bantam Books

Brochu, S., Guyon, L., & Desjardins, L. (1999). Comparative Profiles of Addicted Adult Populations in Rehabilitation and Correctional Services. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 173-182. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00042-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00042-7)

Bueno i Torrens, David. (2004). Drogues, salut i evasió. *Diari Avui*, 32. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65664/1/622981.pdf>

Castello, J. (2005). Dependencia Emocional: Características y tratamiento. Madrid: Alianza Editorial.

Ces, A. (2024, 22 enero). *Conociendo los daños psicológicos de la adicción* | Forum Therapeutic.

Chebli, H., Azraf, F., Berrada, H., Sabir, M., & Omari, F. (2023). Self-esteem and addictions. *SAS J Med*, 9, 941-4.

Comissió Nacional de Formació de l'Associació Projecte Home. (2015). *Projecte Home: El model bio-psico-social en l'abordatge de les addiccions com a marc teòric (MBPS)*. [Archiu PDF] <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>

De la Villa-Moral, M., Sirvent, C., Ovejero, A., & Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia psicológica*, 36(3), 156-166.

Ersöğütçü, F. y Karakaş, S. A. (2016). Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. *Archives of psychiatric nursing*, 30(5), 587-592.

Fernández-Espejo E. (2002): Bases neurobiológicas de la drogadicción. *Rev neurol*; 34(7): 659-664

Girona, F. S. M. (2024, 21 mayo). *Efectos físicos y mentales del abuso de sustancias*. Forum Girona.

Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS/compiladores, JF Kramer y DC Cameron.

Laporte, J. (1972). Medicamentos, fármacos y drogas: una visión desmitificadora. Fundación Juan March. <http://recursos.march.es/culturales/documentos/conferencias/resumenes/bif/274.pdf>

Legendre, R. (1993). *Dictionnaire actuel de l'éducation*. Guérin,.

Lemos, M. & Londoño, N.H. (2006). Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en Población Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología Colombiana*, 9 (2), 127- 140.

León García, D. C. (2024). La autoestima en los adolescentes de centros educativos: revisión teórica. *Aula Virtual*.

LibreTexts Español. (s.d.). *11.8: Drogas psicoactivas*. LibreTexts. [https://espanol.libretexts.org/Biologia/Biolog%C3%ADa\\_Humana/Biolog%C3%ADa\\_Humana\\_%28Wakim\\_y\\_Grewal%29/11%3A\\_Sistema\\_Nervioso/11.8%3A\\_Drogas\\_Psicoactivas](https://espanol.libretexts.org/Biologia/Biolog%C3%ADa_Humana/Biolog%C3%ADa_Humana_%28Wakim_y_Grewal%29/11%3A_Sistema_Nervioso/11.8%3A_Drogas_Psicoactivas)

Momeñe, J., et al (2021). Substance abuse and its relationship to emotional dependence, attachment and emotional regulation in adolescents. *Annals of psychology*, 37(1).

Moral, M. V., y Sirvent, C. (2006). Disfunciones en dependencia afectiva en bidependientes comparados con adictos y población general. IV Congreso Nacional sobre Trastornos de la Personalidad.

Moral, M.V., y Sirvent, C. (2008). Bidependencia como coadición: perfil diferencial con adictos según los criterios del TDS-100. Congreso Virtual de Psiquiatría

Naranjo Pereira, M. L. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Actualidades investigativas en educación*.

National Institute on Drug Abuse. (s.d). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción*.

Navarro, M. (2009). Autoconocimiento y autoestima. *Temas para la educación*. Federación de Enseñanzas de CC. OO. de Andalucía. 5.

- Proyecto Hombre (2024). *Crecer, Aprender, Sumar, Memoria 2023* [Archiu PDF] [https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/2024/06/memoria2023\\_esp.pdf](https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/2024/06/memoria2023_esp.pdf)
- Rey, P. C. (2019) Adicciones tóxicas y no tóxicas neurofisiopatología y terapéutica. *Separata Vol 27 N°1*.
- Rojas-Barahona, C. A., Zegers, B., & Förster, C. E. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile, 137*(6), 791-800.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton university press.
- Sánchez Santa-Bárbara, E. (1999). Relación entre la autoestima personal, la autoestima colectiva y la participación en la comunidad. *Anales de psicología, 15*(2).
- Sehlikoğlu, Ş., Sehlikoğlu, K., y Eğilmez, O. B. (2022). Examination of childhood trauma and self-esteem of individuals who applied to the probation office due to substance use. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 1-21*.
- Siguenza, W. G., Quezada, E., & Reyes, M. L. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista espacios, 40*(15). <https://www.revistaespacios.com/a19v40n15/a19v40n15p19.pdf>
- Villa Moral Jiménez, M. D., & Sirvent Ruiz, C. (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology, 43*(2), 230-240.
- Zenteno, M. E. (2017). La autoestima y cómo mejorarla. *Ventana Científica, 8* (13), 43-46.

## 9. ANNEX

**QÜESTIONARI DE DEPENDÈNCIA EMOCIONAL I AUTOESTIMA**

## Autoestima y dependencia emocional: un estudio comparativo.

¡Hola! Soy Ana Grau, estudiante de psicología en la universidad Rovira I Virgili. Actualmente estoy realizando mi Trabajo de Final de Grado (TFG), el cual tiene como objetivo analizar y comparar los niveles de autoestima y dependencia emocional entre personas en tratamiento por adicciones y personas de la población general. Así como explorar la relación entre las dos variables.

Para participar en este estudio es necesario **tener 18 años** y **aceptar el consentimiento informado**. En caso de que decidas colaborar, se te invitará a responder un cuestionario que te tomará unos 10 minutos. Tu participación es completamente **anónima**, por lo que se valora especialmente la sinceridad en tus respuestas. Asimismo, puedes interrumpir tu participación en cualquier momento, sin necesidad de justificar tu decisión.

Puedes consultar toda la información ética y legal del presente estudio en el siguiente link:  
<https://drive.google.com/file/d/1KwHNTmOqskfLzBGzJlnjWWsgzFYihOS/view?usp=sharing>

Para cualquier duda, aportación o preocupación en

Para cualquier duda, aportación o preocupación en relación al cuestionario puedes escribirme al correo: [ana.grau@estudiants.urv.cat](mailto:ana.grau@estudiants.urv.cat)

¡Muchas gracias por tu colaboración!

Cuando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

\* Obligatorio

### 1. Consentimiento informado \*

Seleccione 6 opciones.

- He tenido la oportunidad de leer el documento de información para los participantes y he podido guardar una copia.
- Me han ofrecido la posibilidad de hacer preguntas y resolver dudas sobre el estudio.
- Comprendo mi participación en el estudio de acuerdo con aquello expresado a la hoja de información al participante sobre el estudio y de las respuestas a mis preguntas, así como los riesgos y beneficios que conlleva.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

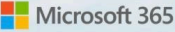
Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Conozco que me puedo retirar en cualquier momento de la participación en el estudio sin que esto me pueda causar ningún perjuicio.

Doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas a la hoja de información al participante sobre el estudio.

**Siguiente**

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

 **Microsoft 365**

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

[Microsoft Forms](#) | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)

**Autoestima y dependencia emocional: un estudio comparativo.**

\* Obligatorio

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

2. Edad \*

Escriba su respuesta

3. Género \*

Hombre

Mujer

Otro/ prefiero no decirlo

4. Nivel educativo \*

Sin estudios

Educación primaria

Educación secundaria

Formación profesional

Educación universitaria

Estudios de posgrado

5. ¿Has hecho nunca un tratamiento de adicciones? \*

Sí

No

6. Si es que sí y estas actualmente en Proyecto Hombre Cataluña indica el nivel: \*

Nivel 1

Nivel 2

Nivel 3

7. ¿En que programa estas? \*

Ambulatorio de mañanas

Ambulatorio de tardes

8. Actualmente, ¿tiene un diagnóstico activo de algún problema de salud mental realizado por un profesional (por ejemplo: ansiedad, depresión, TLP, TDAH, trastorno bipolar, etc.)? \*

Sí

No

Prefiero no contestar

9. ¿Tienes pareja sentimental actualmente? \*

Sí

No

**Atrás** **Siguiente**

## Autoestima y dependencia emocional: un estudio comparativo.

\* Obligatorio

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con cómo te sientes contigo mismo/a. Por favor, lee cada frase con atención y **marca la opción que mejor refleje tu grado de acuerdo con cada afirmación actualmente**. No hay respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es que respondas con **sinceridad**, según lo que realmente piensas o sientes en este momento. Para cada afirmación, elige una de las siguientes opciones:

- 1 – Muy en desacuerdo
- 2 – En desacuerdo
- 3 – De acuerdo
- 4 – Muy de acuerdo

Asegúrate de responder a **todas las afirmaciones** antes de continuar. ¡Gracias por tu participación!

10. \*

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

10. A veces creo que no soy buena persona

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

Atrás

Siguiente

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

 Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

5. En general estoy satisfecho conmigo mismo/a

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
-------------------	---------------	------------	----------------

## Autoestima y dependencia emocional: un estudio comparativo.

\* Obligatorio

Este cuestionario tiene como objetivo explorar ciertos aspectos emocionales relacionados con los vínculos afectivos. No existen respuestas correctas o incorrectas. Lo importante es que respondas con **honestidad y desde tu experiencia personal**.

• Si actualmente  **tienes pareja**, responde cada afirmación pensando en tu relación de pareja actual.

• Si **no tienes pareja actualmente**, responde pensando en la persona más significativa para ti en este momento.

Para cada afirmación, elige una de las siguientes opciones:

- 1 – Completamente falso
- 2 – La mayor parte falso
- 3 – Ligeramente más verdadero que falso
- 4 – Moderadamente verdadero
- 5 - La mayor parte verdadero
- 6- Me describe perfectamente

Tómate tu tiempo y responde con calma.

¡Gracias por tu participación!

11. Me siento desamparado cuando estoy solo \*

11. Me siento desamparado cuando estoy solo \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

12. Me preocupa la idea de ser abandonado por mi pareja \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

13. Para atraer a mi pareja busco deslumbrarla o divertirla \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

14. Hago todo lo posible por ser el centro de atención en la vida de mi pareja \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

15. Necesito constantemente expresiones de afecto de mi pareja \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

16. Si mi pareja no llama o no aparece a la hora acordada me angustia pensar que está enojada conmigo \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

17. Cuando mi pareja debe ausentarse por algunos días me siento angustiado \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

18. Cuando discuto con mi pareja me preocupa que deje de quererme \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

19. He amenazado con hacerme daño para que mi pareja no me deje \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

20. Soy alguien necesitado y débil \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

21. Necesito demasiado que mi pareja sea expresiva conmigo \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

22. Necesito tener a una persona para quien yo sea más especial que los demás \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

23. Cuando tengo una discusión con mi pareja me siento vacío \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

24. Me siento muy mal si mi pareja no me expresa constantemente el afecto \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

25. Siento temor a que mi pareja me abandone \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

26. Si mi pareja me propone un programa deo todas las actividades que tenga para estar con ella \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso de mí
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

27. Si desconozco donde está mi pareja me siento intranquilo \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

28. Siento una fuerte sensación de vacío cuando estoy solo \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

29. No tolero la soledad \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

30. Soy capaz de hacer cosas temerarias, hasta arriesgar mi vida, por conservar el amor del otro \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

31. Si tengo planes y mi pareja aparece los cambio sólo por estar con ella \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

32. Me alejo demasiado de mis amigos cuando tengo una relación de pareja \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

33. Me divierto solo cuando estoy con mi pareja \*

- Completamente falso
- La mayor parte falso
- Ligeramente más verdadero que falso
- Moderadamente verdadero
- La mayor parte verdadero
- Me describe perfectamente

Atrás

Enviar

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

 Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

[Microsoft Forms](#) | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)

[Privacidad y cookies](#) | [Términos de uso](#)

AA

forms.office.com



## FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT



### HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

#### TÍTULO DEL ESTUDIO

Autoestima y dependencia emocional en personas en tratamiento por adicciones y en población general: un estudio comparativo.

#### INVESTIGADOR PRINCIPAL / ESTUDIANTE

Ana Grau Vaquer - Correo electrónico: [ana.grau@estudiants.urv.cat](mailto:ana.grau@estudiants.urv.cat)

#### CENTRO

Universidad Rovira i Virgili (URV)

#### INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarlo sobre el estudio de investigación en el que se lo invita a participar.

Este estudio ha sido aprobado por la Comisión Ética de Investigación e Innovación de la Universitat Rovira i Virgili.

Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y decidir si quiere o no participar en este estudio. Por este motivo, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Adicionalmente, le informamos que usted se libre de consultar con las personas que considere oportuno antes de decidir sobre su participación en el estudio.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Tiene que saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento

#### DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El objetivo de este estudio es analizar y comparar los niveles de autoestima y dependencia emocional entre personas en tratamiento por adicciones y personas de la población general. Además, se explorará la relación entre estas dos variables.

Si decides participar, tendrás que responder un cuestionario en línea mediante Microsoft Forms. Este incluye dos escalas: la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), formada por 10 ítems, y el Cuestionario de Dependencia Emocional (CDE) de Lemos y Londoño (2006), con 23 ítems. También se recogerán algunos datos sociodemográficos.

Completar el cuestionario te llevará aproximadamente 10 minutos.

Solo pueden participar en este estudio personas mayores de 18 años, que comprendan el castellano y que acepten libremente formar parte del estudio.

#### BENEFICIOS Y RIESGOS

Tu participación contribuirá a una mejor comprensión de la relación entre la dependencia emocional, la autoestima y el tratamiento de las adicciones. Los resultados podrían ser útiles para desarrollar futuras estrategias de intervención más eficaces en el ámbito de la salud mental y las adicciones, así como para enriquecer el conocimiento académico y profesional sobre estos temas.

Este estudio no comporta ningún riesgo para las personas participantes. La participación es totalmente voluntaria, anónima y confidencial. Solo se te pide responder un cuestionario en línea, y puedes decidir dejar de participar en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin ninguna consecuencia

#### CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Este estudio no implica el tratamiento de datos personales puesto que los datos que se recogen no se podrán vincular, directa o indirectamente, a sus titulares.