



**Universidad
Europea** VALENCIA

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

**RELACIÓN ENTRE LOS TRAUMAS EN LA INFANCIA Y LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE
SUSTANCIAS: EL ROL MEDIADOR DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES**

Presentado por: Dafne Arquimbau Ramon

Tutora: Desirée Colombo

Curso: 2024 - 2025

Convocatoria: Ordina

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Abstract	2
1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. El Trastorno por Consumo de Sustancias	4
1.2. Relación entre traumas infantiles y trastorno por consumo de sustancias	5
1.3. Las creencias irracionales como posible variable mediadora	7
1.4. Justificación y relevancia del estudio	8
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	9
3. METODOLOGÍA	9
3.1. Diseño del estudio	9
3.2. Participantes	9
3.3. Instrumentos de medida	10
3.4. Procedimiento	11
3.5. Análisis de datos.....	11
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSIÓN.....	17
6. CONCLUSIÓN	21
7. BIBLIOGRAFÍA	21

- Tabla 1. Niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de sustancias, según las puntuaciones en el DAST-10 (Gálvez et al., 2010)	12
- Tabla 2. Niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de alcohol, según las puntuaciones en el AUDIT (Rubio et al., 1998)	12
- Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre las variables del estudio	14
- Figura 1. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el CTQ total mediada por la subescala culpabilización	15
- Figura 2. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el abuso emocional mediada por la subescala culpabilización	15
- Figura 3. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el abuso físico mediada por la subescala del TCI culpabilización	16
- Figura 4. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y la negligencia emocional mediada por la subescala del TCI culpabilización	16
- Figura 5. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el CTQ total mediada por la subescala del TCI evitación de problemas.....	17

LISTADO DE SÍMBOLOS Y SIGLAS

- TCS: Trastorno por consumo de sustancias.
- SUD: Substance use disorder.
- M: Media.
- DE: Desviación estándar.
- Mdna: Mediana.
- n: tamaño de la muestra.
- CTQ-SF: Childhood Trauma Questionnaire – Short Form.
- α : alfa de Cronbach.
- DAST-10: Drug Abuse Screening Test – 10 items.
- AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.
- TCI: Escala de Creencias Irracionales.
- r: coeficiente de correlación de Pearson.
- IC: intervalo de confianza.
- ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Resumen

Numerosos estudios señalan que las experiencias adversas en la infancia pueden predisponer al desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias (TCS) en la adultez. No obstante, la relación entre los traumas infantiles y el TCS no es lineal, sino que se encuentra modulada por diversos factores mediadores que influyen cómo dichas experiencias impactan en el desarrollo psicológico y emocional. En este contexto, se plantea que las creencias irracionales podrían desempeñar un papel mediador, al perpetuar patrones disfuncionales a nivel cognitivo y emocional. El presente estudio explora la relación entre trauma infantil, TCS y el posible papel mediador de las creencias irracionales en una muestra de 32 participantes con TSC pertenecientes a una comunidad terapéutica. Los resultados indicaron una alta prevalencia en cuanto al TCS, acompañados de una historia relevante de traumas infantiles, así como correlaciones significativas entre determinadas creencias irracionales y la gravedad del consumo. Sin embargo, no se encontró evidencia que confirmara un efecto mediador de las creencias irracionales. Pese a la ausencia de mediación, los hallazgos respaldan la relevancia de considerar los antecedentes traumáticos y los patrones cognitivos en el abordaje terapéutico del TCS.

Palabras clave: Trastorno por consumo de sustancias, traumas en la infancia y creencias irracionales.

Abstract

Numerous studies indicate that adverse childhood experiences can predispose individuals to develop a substance use disorder (SUD) in adulthood. However, the relationship between childhood trauma and SUD is not linear; rather, it is modulated by various mediating factors that influence how these experiences impact psychological and emotional development. In this context, irrational beliefs are proposed to play a mediating role by perpetuating dysfunctional patterns at the cognitive and emotional levels. The present study explores the relationship between childhood trauma, SUD, and the potential mediating role of irrational beliefs in a sample of 32 participants with SUD from a therapeutic community. The results indicated a high prevalence of SUD, accompanied by a significant history of childhood trauma, as well as significant correlations between certain irrational beliefs and the severity of substance use. However, no evidence was found to support a mediating effect of irrational beliefs. Despite the absence of mediation, the findings support the relevance of considering traumatic backgrounds and cognitive patterns in the therapeutic approach to SUD.

Keywords: Substance use disorder, childhood trauma, irrational beliefs.

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) constituye uno de los problemas más acuciantes en las sociedades contemporáneas, con implicaciones profundas en los ámbitos social, sanitario y psicológico. Desde una perspectiva social, el consumo problemático de sustancias no solo afecta a los individuos que lo padecen, sino también a sus familias, comunidades y sistemas de salud pública. Este fenómeno se traduce en un aumento de los índices de criminalidad, la desintegración familiar y una elevada carga económica para los gobiernos debido a la necesidad de tratamientos especializados y programas de prevención (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024; United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2024).

En el ámbito psicológico, el TCS se caracteriza por ser una condición compleja en la que confluyen factores biológicos, ambientales y emocionales. El consumo de sustancias suele estar asociado con intentos de autorregulación emocional, lo que lleva a los individuos a utilizar drogas como una vía rápida y desadaptativa para afrontar el estrés, la ansiedad o el malestar emocional (Koob & Le Moal, 2001; National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2024). Este uso repetido genera una dependencia física y psicológica que perpetúa el consumo y dificulta la recuperación. El TCS, por lo tanto, no puede ser entendido únicamente como un comportamiento voluntario, sino como el resultado de una interacción dinámica entre vulnerabilidades individuales y contextos adversos (NIDA, 2024).

Según la literatura, uno de los factores más destacados en el desarrollo del TCS es la presencia de traumas en la infancia (Felitti et al., 1998; De Bellis, 2002; Anda et al., 2006; Khoury et al., 2010). Estas experiencias adversas, que incluyen abusos físicos, emocionales o sexuales, negligencia y la exposición a entornos familiares disfuncionales, dejan una huella duradera en el desarrollo psicológico de los individuos. Durante la infancia, el cerebro está en un proceso crítico de desarrollo, y la exposición a situaciones traumáticas puede alterar significativamente el funcionamiento de sistemas fundamentales, como el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, responsable de la respuesta al estrés (Felitti et al., 1998).

El impacto psicológico de los traumas infantiles se manifiesta en múltiples áreas. A nivel emocional, los niños que experimentan traumas a menudo desarrollan problemas para identificar y regular sus emociones, lo que persiste en la adultez (Anda et al., 2006). En términos de relaciones interpersonales, estas experiencias negativas suelen llevar al establecimiento de estilos de apego inseguros, que dificultan la construcción de vínculos saludables y satisfacen las necesidades de seguridad y confianza (Mikulincer & Shaver, 2010; Hazan & Shaver, 2017).

Además, los traumas pueden fomentar la aparición de creencias maladaptativas, como sentimientos de indefensión, culpa o inutilidad, que contribuyen a la aparición de trastornos emocionales y conductuales (Mikulincer & Shaver, 2010). Es importante resaltar que estos efectos no solo condicionan el bienestar psicológico de las personas, sino que también aumentan significativamente la probabilidad de que desarrollen conductas desadaptativas, como el consumo problemático de sustancias. En este sentido, el trauma infantil no actúa como una causa directa, sino como un factor predisponente que aumenta la vulnerabilidad e interfiere en la capacidad de los individuos para manejar las demandas emocionales y ambientales de manera adaptativa (Anda et al., 2006).

1.1. El Trastorno por Consumo de Sustancias

El TCS es un problema de salud mental y pública que afecta a millones de personas en todo el mundo. Según el Informe Mundial sobre Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023), se estima que más de 35 millones de personas padecen trastornos relacionados con el consumo de sustancias, lo que representa una carga significativa para los sistemas de salud, la economía y las comunidades. En España, el Plan Nacional sobre Drogas reporta que alrededor del 10% de la población ha experimentado problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas en algún momento de su vida, destacando el alcohol, el tabaco y el cannabis como las sustancias más prevalentes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2023).

El TCS se caracteriza por un patrón problemático de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar significativo, manifestándose en aspectos como el control deficiente sobre el consumo, una preocupación persistente por la sustancia, el desarrollo de tolerancia y síntomas de abstinencia, así como el uso continuado a pesar de las consecuencias negativas en el ámbito personal, social, ocupacional y físico (UNODC, 2023). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición, define criterios diagnósticos específicos para el TCS, los cuales se organizan en cuatro categorías principales (American Psychiatric Association [APA], 2013). La primera categoría se refiere a las alteraciones en el control del consumo, manifestadas en intentos fallidos por reducir o cesar el uso de la sustancia. La segunda incluye el deterioro social, evidenciado por conflictos interpersonales, abandono de responsabilidades y actividades importantes. En tercer lugar, el uso arriesgado se caracteriza por consumir en situaciones peligrosas o continuar con el consumo a pesar de los problemas físicos o psicológicos relacionados. Finalmente, los criterios farmacológicos contemplan aspectos como la tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia. Para establecer el diagnóstico, es necesario que se cumplan al menos dos de los once criterios especificados en un período de 12 meses,

clasificándose la gravedad del trastorno en leve, moderada o severa según la cantidad de criterios cumplidos.

El TCS genera una amplia gama de consecuencias adversas en la vida de quienes lo padecen. A nivel físico, puede provocar enfermedades crónicas como trastornos hepáticos, cardiovasculares y neurológicos, además de incrementar el riesgo de sobredosis y mortalidad (Volkow et al., 2016). En el ámbito psicológico, se asocia frecuentemente con comorbilidades como depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, lo que agrava el pronóstico clínico (Grant et al., 2004). A nivel social, los afectados suelen enfrentar el estigma, el aislamiento, dificultades laborales y rupturas familiares, perpetuando un ciclo de exclusión y vulnerabilidad (Room, 2005; Lloyd, 2010).

Dada su alta prevalencia y el impacto multidimensional que genera, el TCS constituye un reto prioritario para los sistemas de salud y la sociedad en general (UNODC, 2023). El abordaje efectivo de este trastorno requiere no solo estrategias preventivas y terapéuticas basadas en evidencia, sino también una comprensión profunda de los factores biopsicosociales que lo perpetúan (McLellan et al., 2000).

1.2. Relación entre traumas infantiles y trastorno por consumo de sustancias

Los traumas en la infancia, definidos como experiencias adversas significativas, como abuso físico, emocional o sexual, negligencia y exposición a entornos familiares disfuncionales, constituyen un factor de riesgo clave para el TCS en la vida adulta (Soto & Rubí, 2021). Estas vivencias tempranas tienen un impacto profundo y duradero en el desarrollo biopsicosocial de los individuos, configurando patrones de funcionamiento emocional, cognitivo y conductual que aumentan significativamente la vulnerabilidad al uso de sustancias como un medio para afrontar el malestar emocional y las secuelas del trauma (Felitti et al., 1998; Anda et al., 1999).

Desde una perspectiva neurobiológica, las experiencias traumáticas durante la infancia afectan de manera directa el desarrollo del sistema nervioso central, en particular las áreas cerebrales responsables de la regulación emocional, la memoria y la respuesta al estrés. Estudios recientes han señalado que estos traumas alteran el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, resultando en una hiperactivación crónica que predispone a respuestas de estrés disfuncionales (Van der Kolk, 2014). Esta desregulación se traduce en estados persistentes de hipervigilancia, ansiedad y reactividad emocional. La exposición constante a un entorno adverso durante períodos críticos de desarrollo también puede alterar la estructura y función de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, regiones clave para el control de impulsos y la toma de decisiones (Teicher & Samson, 2016). Estas alteraciones neurobiológicas

no solo incrementan el riesgo de desarrollar TCS, sino que también perpetúan el uso de sustancias como una estrategia de autorregulación emocional, agravando el ciclo de dependencia.

A nivel psicológico, los traumas infantiles interfieren en la capacidad de los individuos para desarrollar habilidades adaptativas de afrontamiento y resiliencia. Según la investigación de Felitti et al. (1998) sobre las experiencias adversas en la infancia, las personas que han experimentado múltiples formas de abuso y negligencia presentan un riesgo acumulativo significativamente mayor de recurrir al consumo de sustancias. Este comportamiento suele surgir como un intento desadaptativo de mitigar el impacto emocional de sentimientos como vergüenza, culpa y tristeza no procesados (Khoury et al., 2010). El consumo temprano de sustancias puede reforzarse por la aparente capacidad de estas para proporcionar alivio temporal, lo que, con el tiempo, contribuye a la formación de un patrón de dependencia física y psicológica.

Asimismo, los contextos sociales y familiares desempeñan un papel fundamental en la relación entre los traumas infantiles y el TCS. Las dinámicas familiares marcadas por negligencia, violencia o abuso no solo exponen a los niños a experiencias traumáticas, sino que también modelan patrones de afrontamiento desadaptativos (Widom et al., 2008; Lander et al., 2013). En muchos casos, el uso de sustancias es una conducta observada o tolerada dentro del entorno familiar, lo que normaliza su empleo como mecanismo de escape frente al estrés o el conflicto (Barnard & McKeganey, 2004; Kumpfer & Bluth, 2004). Estos factores, junto con el estigma asociado al trauma y al consumo de sustancias, perpetúan un ciclo de exclusión social y vulnerabilidad, dificultando la búsqueda de ayuda y el acceso a recursos terapéuticos (Corrigan et al., 2014; Gajos et al., 2022).

Por otro lado, investigaciones recientes han destacado cómo los efectos de los traumas infantiles pueden extenderse más allá de los niveles individual y familiar, influyendo en factores contextuales y estructurales que incrementan el riesgo de TCS (Evans & Whipple, 2013). Por ejemplo, niños que crecen en entornos socioeconómicos desfavorables y con escaso apoyo comunitario tienen una mayor probabilidad de desarrollar problemas de consumo en la adolescencia y la adultez, al no disponer de redes de apoyo que amortigüen las secuelas del trauma (Assari & Caldwell, 2018; Cicchetti & Handley, 2019).

La relación entre los traumas infantiles y los TCS no solo es evidente en las estadísticas y estudios clínicos, sino que también se manifiesta en las narrativas de los pacientes, donde el dolor emocional y los recuerdos traumáticos suelen ser disparadores clave del consumo de

sustancias (Cohen & Hien, 2006). Esta conexión subraya la necesidad de integrar enfoques centrados en el trauma en las intervenciones dirigidas al tratamiento del TCS. En este sentido, abordajes terapéuticos como la Terapia de Procesamiento del Trauma, la Terapia Cognitivo-Conductual Adaptada al Trauma y enfoques basados en la Atención Plena (Mindfulness) han mostrado resultados prometedores en la reducción del consumo y en la mejora de las habilidades de regulación emocional (Najavits, 2002; Cloitre et al., 2004; Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014).

En conclusión, la relación entre los traumas en la infancia y los TCS es sólida y compleja, mediada por alteraciones neurobiológicas, patrones emocionales desadaptativos y carencias en habilidades de regulación emocional. Este vínculo subraya la importancia de abordar los traumas tempranos como un componente esencial en la prevención y el tratamiento de los TCS, proporcionando estrategias terapéuticas que no solo enfoquen el consumo de sustancias, sino también las heridas emocionales subyacentes que perpetúan esta problemática desde un enfoque integrador.

1.3. Las creencias irracionales como posible variable mediadora

La relación entre los traumas infantiles y el TCS no es lineal, sino que está modulada por una serie de factores mediadores que influyen en cómo las experiencias adversas tempranas afectan el desarrollo psicológico y emocional del individuo. Estos factores, como la inteligencia emocional, la dependencia emocional, los estilos de apego, las creencias irracionales y los estilos de afrontamiento, desempeñan un papel crucial en la configuración de la vulnerabilidad al TCS (Schore, 2001; Cicchetti & Toth, 2005; Schutte et al., 2013; Beck & Haigh, 2014).

Las creencias irracionales, entendidas como pensamientos inflexibles y poco realistas sobre uno mismo, los demás y el mundo, pueden actuar como factores mediadores en la relación entre los traumas infantiles y el consumo de sustancias (David et al., 2002). Individuos que han experimentado traumas en la infancia pueden desarrollar creencias irracionales que afectan negativamente su autoestima y capacidad de afrontamiento (Young et al., 2003). Estas creencias disfuncionales pueden llevar a la adopción de estrategias de afrontamiento ineficaces, como el consumo de drogas y alcohol, para mitigar el malestar emocional (Goldstein & Volkow, 2011).

Desde una perspectiva cognitiva, las creencias irracionales pueden incluir ideas como la generalización excesiva del peligro, la percepción de incontrolabilidad sobre la vida y la tendencia a la autoexigencia extrema (Ingram et al., 2006; Ellis & Dryden, 2007). Estas distorsiones cognitivas pueden reforzar patrones de comportamiento disfuncionales y aumentar la desesperanza, favoreciendo el uso de sustancias como una forma de evasión

temporal del sufrimiento emocional (Wells, 2000; del Valle et al., 2014). Además, estas creencias pueden generar un sesgo cognitivo en la interpretación de la realidad, promoviendo respuestas automáticas de evitación o sumisión ante el estrés (Mathews & MacLeod, 2005).

La relación entre traumas infantiles, creencias irracionales y trastornos por consumo de sustancias es compleja. Se ha observado que las experiencias adversas en la infancia pueden contribuir al desarrollo de pensamientos irracionales, que a su vez incrementan la vulnerabilidad al consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento (Breslau et al., 2003; Trudel-Fitzgerald et al., 2024). Estos pensamientos disfuncionales pueden reforzar la percepción de incapacidad para gestionar las emociones negativas, lo que lleva a una dependencia progresiva de las sustancias como única estrategia de regulación emocional (Joormann & Gotlib, 2010).

Además, estas creencias pueden alimentar ciclos de autopercepción negativa y reforzar conductas autodestructivas, dificultando la búsqueda de ayuda o la adhesión a tratamientos psicológicos (Beck et al., 2005; Stellern et al., 2023). En muchos casos, los individuos con creencias irracionales arraigadas presentan resistencia al cambio, lo que puede dificultar la efectividad de las intervenciones terapéuticas (Ellis, 2002). La presencia de esquemas cognitivos disfuncionales puede generar una percepción distorsionada de la terapia, interpretándola como una confrontación en lugar de una oportunidad de crecimiento personal (Young et al., 2005).

1.4. Justificación y relevancia del estudio

La relación entre traumas infantiles y TCS es un desafío clínico y social que requiere comprender tanto los efectos directos de las experiencias adversas como los factores mediadores que amplifican el riesgo de conductas desadaptativas (NIDA, 2024). Estos factores incluyen las creencias irracionales (David et al., 2002). Analizar los mediadores permitiría diseñar intervenciones más efectivas. En prevención, este conocimiento facilita programas enfocados en habilidades emocionales, cognitivas y sociales desde la infancia. En tratamiento, centrarse en mediadores específicos, podría mejorar la capacidad de discernir que creencias se encuentran distorsionadas, para así poder modificarlas, además de combinar metodologías tradicionales con enfoques innovadores, como la terapia cognitivo-conductual y estrategias integradoras.

Este enfoque integral permite no solo una comprensión más profunda de las dinámicas que conducen al consumo problemático de sustancias, sino también el diseño de estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces. De igual modo, este enfoque representa una oportunidad para transformar el abordaje del TCS, ofreciendo soluciones personalizadas que no solo aborden el consumo de sustancias, sino también las raíces psicológicas y emocionales que lo perpetúan.

Además, este trabajo se enmarca dentro del cumplimiento de varios Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Agenda 2030. En particular, se vincula con el ODS 3: Salud y Bienestar, al abordar directamente la salud mental y el uso problemático de sustancias en poblaciones vulnerables, promoviendo el acceso a tratamientos integrales basados en evidencia. También guarda relación con el ODS 4: Educación de Calidad, en tanto fomenta el conocimiento científico sobre factores psicosociales que inciden en la salud mental, lo que puede repercutir en programas de prevención e intervención educativa. Finalmente, contribuye al ODS 10: Reducción de las Desigualdades, dado que se enfoca en una población clínica frecuentemente marginada (personas con trastornos por consumo de sustancias) y propone líneas de acción para mejorar su calidad de vida mediante la comprensión de sus antecedentes traumáticos y patrones cognitivos. Incorporar estos objetivos permite situar el estudio en un marco más amplio de justicia social, promoción de la salud y equidad, reforzando su relevancia tanto académica como social.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal de este trabajo es examinar la relación entre el TCS, los traumas en la infancia y las creencias irracionales en una población clínica perteneciente a una comunidad terapéutica. La hipótesis general plantea que los traumas infantiles están asociados positivamente con la gravedad de la sintomatología TCS en la adultez y con la presencia de creencias irracionales. Además, se propone que las creencias irracionales actúan como un mediador en la relación entre traumas infantiles y sintomatología en la adultez.

3. METODOLOGÍA

3.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de tipo ex post facto o correlacional retrospectivo, enfocado en un solo grupo y utilizando una metodología cuantitativa. Este estudio se considera retrospectivo, ya que analiza variables que tuvieron lugar durante la infancia y la adolescencia, con el propósito de examinar su relación con el consumo de sustancias y el papel mediador de las creencias irracionales en la adultez.

3.2. Participantes

En esta investigación participaron un total de 32 personas con edades comprendidas entre los 24 y los 60 años ($M = 45.69$, $DE = 8.18$, $Mdn = 47$). Los participantes completaron el cuestionario de forma presencial en una comunidad terapéutica de Castellón a través de Google Forms. Los criterios de inclusión establecieron que los participantes debían ser mayores de 18

años, formar parte de esta comunidad terapéutica especializada en el tratamiento de adicciones, tener dominio del idioma castellano y contar con un diagnóstico de TCS emitido por la Unidad de Conductas Adictivas (UCA). Como criterio de exclusión, se determinó excluir a aquellos individuos con diagnóstico comórbido de esquizofrenia. Se excluyó a los pacientes con esquizofrenia para garantizar la validez del estudio, ya que este trastorno puede influir en variables clave como las creencias irracionales, y requerir intervenciones específicas que interfieren con las estrategias diseñadas para el TCS. Además, por motivos éticos y de seguridad, sus síntomas podrían dificultar la comprensión de los procedimientos y aumentar el riesgo de descompensación clínica. De los 32 participantes, un 87.5% fueron hombres ($n = 28$) y un 12.5% mujeres ($n = 4$). En cuanto al tiempo de permanencia en la CT, el 50% de los participantes llevaban menos de 3 meses en el recurso ($n = 16$) y el otro 50% llevaban entre 3 y 9 meses ($n = 16$).

3.3. Instrumentos de medida

Trauma infantil: el trauma infantil se evaluó mediante la versión abreviada del Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) en su versión española (Behn et al., 2020), un instrumento de autoinforme que permite identificar experiencias adversas tempranas con buenas propiedades psicométricas (Hernández et al., 2012). En nuestra muestra, la consistencia interna de la escala total fue $\alpha = .857$. Para las subescalas la consistencia interna es la siguiente: Abuso Emocional $\alpha = .878$, Abuso Físico $\alpha = .875$, Abuso Sexual $\alpha = .859$, Negligencia Emocional $\alpha = .762$ y Negligencia Física $\alpha = .857$.

Consumo de drogas: el consumo de sustancias se midió utilizando el Drug Abuse Screening Test – 10 items (DAST-10) en su versión española (Gálvez et al., 2010), una escala breve de autoinforme ampliamente validada para detectar trastornos relacionados con el uso de drogas (Johnson et al., 2024). En nuestra muestra, la consistencia interna fue $\alpha = .835$.

Consumo de alcohol: el consumo de alcohol se evaluó mediante el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) en su versión española (Rubio et al., 1998), una herramienta reconocida internacionalmente para identificar patrones de consumo de riesgo, con sólidas propiedades psicométricas (Klimkiewicz et al., 2021). En nuestra muestra, la consistencia interna fue $\alpha = .883$.

Creencias irracionales: las creencias irracionales se evaluaron utilizando la Escala de Creencias Irracionales de Jones (Castaño & Pérez, 2010), una herramienta diseñada para identificar patrones de pensamiento disfuncionales asociados a diversos contextos. En nuestra muestra, la consistencia interna de las subescalas fue la siguiente: Necesidad de Aprobación

“Quiero agradecerle a todo el mundo” $\alpha = .785$, Altas Autoexpectativas “Odio fallar en cualquier cosa” $\alpha = .742$, Culpabilización “Aquellos que actúan mal deben ser castigados” $\alpha = .670$, Indefensión acerca del cambio “Si una persona quiere, puede ser feliz bajo cualquier circunstancia” $\alpha = .753$, Evitación de Problemas “Una vida fácil rara vez es recompensable” $\alpha = .813$, Dependencia “Necesito que otros se preocupen por mi bienestar” $\alpha = .816$, Influencia del Pasado “La gente nunca cambia” $\alpha = .732$ y Perfeccionismo “Existe una forma correcta de hacer cada cosa” $\alpha = .839$.

3.4. Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Psicología de la Universidad Europea de Valencia (código: 2024-976). Asimismo, la comunidad terapéutica, dio su consentimiento para poder llevar a cabo la investigación. Una vez superado este proceso, se procedió a la recopilación de datos, la cual se realizó de manera presencial mediante el uso de Google Forms, entre los meses de febrero y marzo de 2025, utilizando un muestreo no probabilístico deliberado. El cuestionario tenía una duración aproximada de 70 minutos. Antes de participar en la investigación, todos los participantes otorgaron su consentimiento informado de manera voluntaria, en el cual se detallaban las condiciones del estudio y se garantizaba la total anonimidad de los datos recopilados. Asimismo, no se ofrecieron incentivos económicos ni de otro tipo a los participantes.

La plataforma Google Forms facilita la recopilación automática y estructurada de los datos obtenidos, permitiendo su posterior integración en una base de datos, que fue procesada utilizando el software estadístico SPSS.

3.5. Análisis de datos

Para todos los análisis —consistencia interna, descriptivos y correlacionales— se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 30.0.0.0. (172). Se evaluó la consistencia interna de cada escala o subescala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, con el propósito de determinar el grado de correlación entre los ítems y garantizar una medición fiable, siempre que el coeficiente se encuentre entre 0.7 y 0.9 (Oviedo & Campo-Arias, 2005). Posteriormente, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las características sociodemográficas de la muestra, el DAST, el AUDIT y el CTQ-SF. Luego, se realizó un análisis de correlaciones de Pearson con todas las variables relevantes para el estudio. Asimismo, se realizaron análisis de mediación con el paquete PROCESS (SPSS PROCESS v4.2 de Andrew F. Hayes), analizando la relación entre el DAST y el CTQ mediadas por las subescalas del TCI.

4. RESULTADOS

Análisis descriptivos

En la tabla 1, se muestran los niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de sustancias según los resultados obtenidos mediante el DAST-10 (Gálvez et al., 2010). En esta tabla, podemos observar como la mayoría de los participantes se encuentran en los niveles sustancial (46,9%) y severo (37,5%), lo que indica una prevalencia alta de problemas significativos relacionados con el abuso de sustancias en la muestra evaluada. En contraste, solo un pequeño porcentaje de la muestra (3,1%) no presentó indicios de abuso de sustancias, y los niveles bajo y moderado tienen una representación mínima (6,3% cada uno).

Tabla 1. Niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de sustancias, según las puntuaciones en el DAST-10 (Gálvez et al., 2010)

	N	%
<i>Problema relacionado al abuso de drogas por niveles</i>		
Ausencia de problema (0)	1	3,1
Nivel bajo (1-2)	2	6,3
Nivel moderado (3-5)	2	6,3
Nivel sustancial (6-8)	15	46,9
Nivel severo (9-10)	12	37,5

Tabla 2. Niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de alcohol, según las puntuaciones en el AUDIT (Rubio et al., 1998)

	N	%
<i>Problema relacionado al abuso de alcohol por gravedad</i>		
Riesgo bajo (0-7)	6	18,8
Riesgo medio (8-15)	7	21,9
Riesgo alto (16-19)	3	9,4
Probable adicción (20-40)	16	50

La tabla 2, muestra los niveles de gravedad para el diagnóstico de abuso de alcohol según los resultados obtenidos en el AUDIT (Rubio et al., 1998). Los resultados indican que el 50% de los participantes presenta una probable adicción al alcohol, mientras que un 9,4% tiene un

riesgo alto de consumo problemático. Además, el 21,9% se encuentra en un nivel de riesgo medio, y el 18,8% presenta un riesgo bajo.

La distribución de la muestra en las subescalas del CTQ-SF (Hernández et al., 2012) muestra que la mayoría de los participantes no reportó experiencias de abuso, siendo el abuso sexual el menos frecuente (75% sin problema), seguido del abuso físico (62,5%) y el abuso emocional (40,6%). En cuanto al abuso emocional, el 59,4% de la muestra reportó algún nivel de severidad, con una distribución similar entre niveles moderado y severo (21,9% cada uno). En el abuso físico, un 37,5% de los participantes presentó algún grado de maltrato, con niveles bajo, moderado y severo distribuidos equitativamente (12,5% cada uno). En el abuso sexual, aunque el 75% no reportó haberlo experimentado, el 12,5% presentó un nivel severo, mientras que los niveles bajo y moderado fueron menos frecuentes (6,3% cada uno). En cuanto a la negligencia emocional, el 37,5% de los participantes no reportó problemas, mientras que el 62,5% indicó algún nivel de negligencia: un 40,6% en nivel bajo, un 12,5% en nivel moderado y un 9,4% en nivel severo. Respecto a la negligencia física, el 40,6% de la muestra no reportó problemas, mientras que el 59,4% presentó algún nivel de negligencia: 15,6% en nivel bajo, 12,5% en nivel moderado y 31,3% en nivel severo.

Correlaciones

Como se muestra en la Tabla 3, se analizaron las correlaciones entre las variables de interés. No se identificaron relaciones significativas entre el abuso de alcohol y el abuso de sustancias. Asimismo, la puntuación en la escala AUDIT no presentó correlaciones significativas con ninguna de las variables evaluadas en el estudio.

Por otro lado, la variable DAST mostró una correlación significativa con dos subescalas del TCI. En particular, la subescala de culpabilización presentó una correlación positiva con el DAST ($r = .380, p = .032$), mientras que la subescala de evitación de problemas mostró una correlación negativa significativa con esta misma variable ($r = -.378, p = .033$). Además, ambas subescalas también evidenciaron correlaciones significativas con el CTQ, la culpabilización presentó una correlación positiva ($r = .399, p = .024$), mientras que la evitación de problemas se correlacionó de forma negativa ($r = -.441, p = .012$).

Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre las variables del estudio

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1.DAST	1,00															
2.AUDIT	,188	1,00														
3.CTQ_AE	,165	-,053	1,00													
4.CTQ_AF	,161	,094	,645***	1,00												
5.CTQ_AS	,123	-,172	,114	-,034	1,00											
6.CTQ_NE	,090	-,104	,715***	,508*	-,202	1,00										
7.CTQ_NF	,186	-,021	,336	,090	-,146	,527**	1,00									
8.CTQ_TO	,221	-,085	,911***	,719***	,194	,814***	,528**	1,00								
9.TCI_AP	,168	,117	-,162	,009	,168	-,104	-,109	-,077	1,00							
10.TCI_EX	-,150	,219	-,292	-,184	,269	-,266	-,520**	-,315	,165	1,00						
11.TCI_CU	,380*	,102	,355*	,491**	-,123	,356*	,165	,399*	-,073	-,042	1,00					
12.TCI_CA	-,196	-,337	-,333	-,333	-,200	-,093	-,016	-,303	-,315	-,059	-,335	1,00				
13.TCI_DE	,014	,137	-,305	-,261	,204	-,165	-,087	-,224	,342	,240	-,074	-,162	1,00			
14.TCI_PA	,035	-,051	,178	,107	-,195	,187	,249	,175	,154	-,374*	,120	,053	-,029	1,00		
15.TCI_EV	-,378*	,107	-,297	-,267,	-,348	-,278	-,294	-,441*	-,124	,069	-,080	,137	-,109	,212	1,00	
16.TCI_PE	-,123	-,107	-,145	-,004	,240	-,129	-,083	-,053	-,206	,212	-,256	,126	,115	-,338	-,108	1,00

Nota: DAST = Drug Abuse Screening Test; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; CTQ_TO = Childhood Trauma Questionnaire; CTQ_AE = Abuso emocional; CTQ_AF = Abuso físico; CTQ_AS = Abuso sexual; CTQ_NE = Negligencia emocional; CTQ_NF = Negligencia física; TCI_AP = Necesidad de aprobación; TCI_EX = Altas autoexpectativas; TCI_CU = culpabilización; TCI_CA = Indefensión acerca del cambio; TCI_DE = Dependencia; TCI_PA = Influencia del pasado; TCI_EV = Evitación de problemas; TCI_PE = Perfeccionismo.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Mediación

De acuerdo con los resultados mencionados arriba, se investigó si las variables culpabilización y evitación de problemas median significativamente la relación entre DAST y los traumas totales. También, se investigó si la variable culpabilización media significativamente la relación entre DAST y el abuso emocional, abuso físico o la negligencia emocional. Para ello se empleará la macro PROCESS para SPSS (versión 23, modelo 4) (Hayes, 2012). Ninguno de los modelos resultó significativo. En la figura 1, no se observa un efecto indirecto significativo de las creencias irracionales de culpabilidad en la relación entre traumas totales y DAST (efecto indirecto estandarizado = 0,1383, Intervalo de confianza (IC) 95% [-0,0369; 0,4045]).

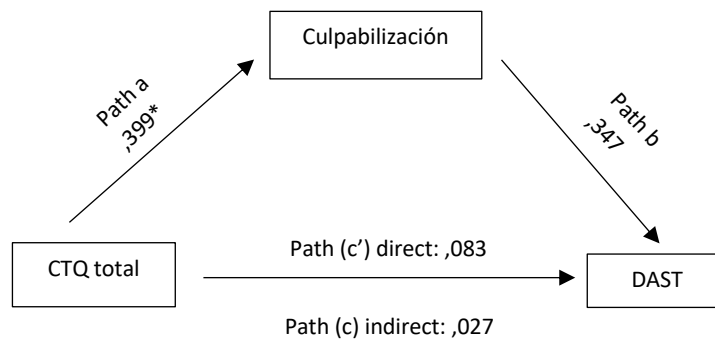


Figura 1. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el CTQ total mediada por la subescala culpabilización. DAST: Drug Abuse Screening Test. CTQ: Childhood Trauma Questionnaire. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En la Figura 2, no se observa un efecto indirecto significativo de las creencias irracionales de culpabilidad en la asociación entre el abuso emocional y el DAST (efecto indirecto estandarizado = 0,1307, IC 95% [-0,0331; 0,3370]).

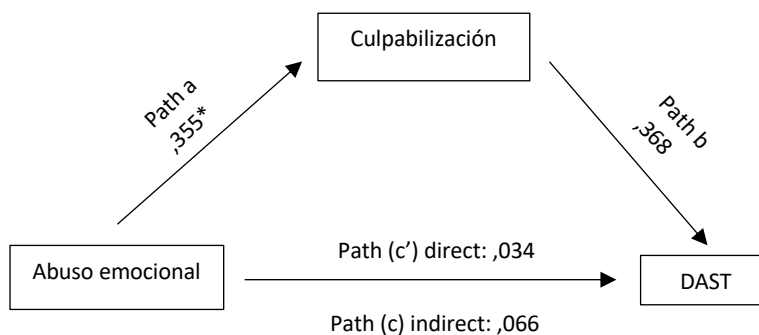


Figura 2. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el abuso emocional mediada por la subescala culpabilización. DAST: Drug Abuse Screening Test. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

De forma similar, tampoco se identificó un efecto indirecto significativo de las creencias irracionales de culpabilización en la correlación entre el abuso físico y el DAST (efecto indirecto estandarizado = 0,1950, IC 95% [-0,0745; 0,4791]) (Figura 3), y entre la negligencia emocional y el DAST (efecto indirecto estandarizado = 0,1418, IC 95% [-0,0384; 0,4312]) (Figura 4).

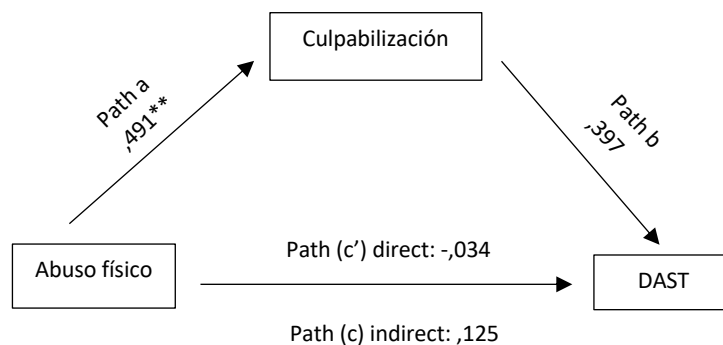


Figura 3. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el abuso físico mediada por la subescala del TCI culpabilización. DAST: Drug Abuse Screening Test. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

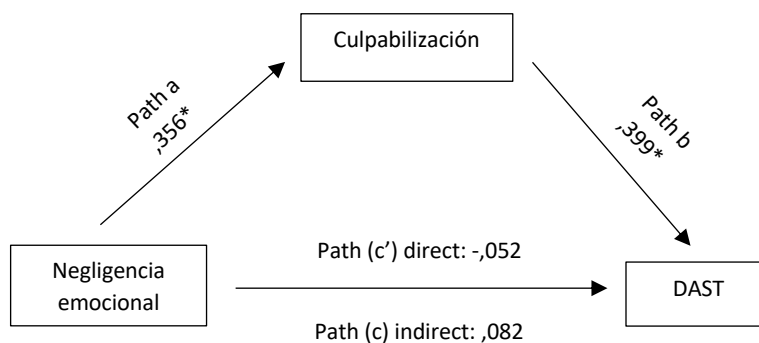


Figura 4. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y la negligencia emocional mediada por la subescala del TCI culpabilización. DAST: Drug Abuse Screening Test. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Finalmente, tampoco se observó un efecto indirecto significativo de las creencias irracionales de evitación del problema en la asociación entre los traumas totales y el DAST (efecto indirecto estandarizado = 0,1383, IC 95% [-0,0369; 0,4045]).

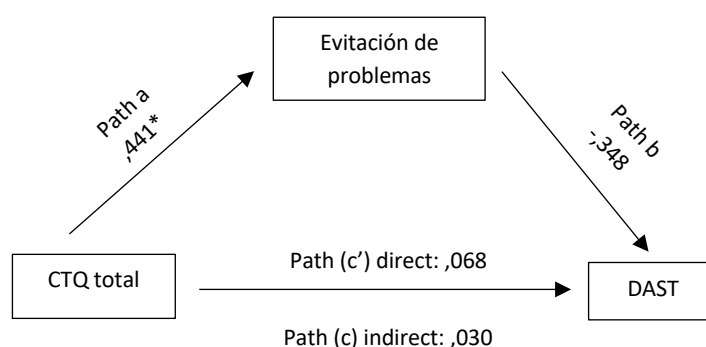


Figura 5. Coeficientes de regresión estandarizados para la relación entre el DAST y el CTQ total mediada por la subescala del TCI evitación de problemas. DAST: Drug Abuse Screening Test. CTQ: Childhood Trauma Questionnaire. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

5. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio no proporcionan evidencia concluyente sobre la relación mediada entre los TCS, los traumas en la infancia y las creencias irracionales en una población clínica perteneciente a una comunidad terapéutica. No obstante, los análisis descriptivos permiten visibilizar características significativas de esta población. Los datos recogidos mediante el CTQ-SF indican que una proporción considerable de los participantes reportó experiencias de abuso y negligencia durante la infancia. En particular, el abuso emocional y la negligencia emocional fueron las formas más prevalentes. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa que señala que las experiencias tempranas de maltrato están asociadas con una mayor vulnerabilidad al desarrollo de problemas de salud mental y conductas adictivas en la adultez (Dube et al., 2001; Dube et al., 2002; Anda et al., 2006). En concreto, la teoría del trauma y la adicción sugiere que las experiencias adversas en la infancia pueden alterar el desarrollo emocional, cognitivo y neurobiológico, aumentando la probabilidad de que el individuo utilice sustancias como mecanismo de afrontamiento (Felitti et al., 1998; Van der Kolk, 2014).

En cuanto a los análisis correlacionales, se identificó una relación significativa entre el consumo de sustancias (DAST) y dos tipos específicos de creencias irracionales: la culpabilización y la evitación de problemas. La culpabilización mostró una correlación positiva con la gravedad del consumo, lo cual podría indicar que los individuos que tienden a responsabilizarse excesivamente de eventos negativos o a experimentar altos niveles de autoinculpación podrían estar más predispuestos al uso problemático de sustancias como forma de autorregulación emocional (Lizana et al., 2024). Por el contrario, la evitación de problemas presentó una correlación negativa con el DAST, lo que podría interpretarse como que aquellos participantes con una menor tendencia a afrontar situaciones problemáticas podrían no involucrarse activamente en dinámicas de consumo o, alternativamente, podrían emplear otras estrategias de evitación. Estos resultados abren nuevas líneas de reflexión sobre cómo las creencias disfuncionales podrían influir, directa o indirectamente, en los patrones de consumo de sustancias.

Con respecto a traumas y creencias irracionales, es relevante considerar que experiencias traumáticas pueden contribuir significativamente a la formación de esquemas cognitivos disfuncionales (Duru & Balkis, 2022). En este sentido, las dos subescalas que correlacionaron

significativamente con los traumas en la infancia —culpabilización y evitación de problemas— podrían representar mecanismos cognitivos desarrollados en respuesta a eventos traumáticos. La culpabilización podría estar vinculada con una internalización de la responsabilidad por el daño sufrido, lo cual es común en personas con antecedentes de trauma, especialmente cuando este ocurre en contextos interpersonales significativos, esta autoinculpación puede funcionar como un intento de dar sentido a experiencias caóticas o incontrolables y mantener la percepción de control (Davis et al., 1996; Babcock & DePrince, 2012). Por otro lado, la evitación de problemas podría interpretarse como una estrategia aprendida para lidiar con el malestar emocional asociado a situaciones traumáticas no resueltas. Evitar el enfrentamiento directo de dificultades puede ser una forma de protegerse frente a la reactivación emocional del trauma. Así, estas creencias irracionales funcionarían como mecanismos de defensa adaptativos (Nejad et al., 2025).

Sin embargo, a pesar de estas asociaciones, los análisis de mediación no confirmaron la hipótesis principal de que las creencias irracionales actúan como un mecanismo mediador significativo entre los traumas infantiles y la sintomatología asociada al TCS en la edad adulta. En concreto, los efectos indirectos de las subescalas de culpabilización y evitación del problema no alcanzaron significación estadística, lo que sugiere que, si bien estas creencias están relacionadas con la gravedad del consumo, no desempeñan un papel explicativo central en el vínculo entre trauma y adicción en la muestra analizada. Esta falta de significación podría deberse a múltiples factores.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Una de las principales limitaciones del presente estudio es el reducido tamaño de la muestra ($N = 32$), lo cual no solo compromete la generalización de los resultados, sino que también afecta negativamente a la potencia estadística del modelo, dificultando la detección de efectos mediadores más sutiles (Fritz & MacKinnon, 2007). La mediación, en particular, requiere muestras más extensas para captar de forma fiable los efectos indirectos, sobre todo cuando se investigan constructos psicológicos complejos como los aquí analizados.

Además, la escasa variabilidad en algunas variables sociodemográficas, como el género (con predominancia masculina), el nivel educativo o los patrones generalizados de consumo severo, puede haber limitado la posibilidad de observar diferencias significativas entre subgrupos, así como de explorar interacciones moderadoras relevantes (Tabachnick & Fidell, 2013). Este sesgo

en la composición de la muestra podría haber reducido la sensibilidad del análisis para captar relaciones que, en contextos más heterogéneos, podrían haber sido más visibles.

Otro aspecto relevante es la naturaleza transversal del diseño, que impide establecer relaciones causales o determinar la dirección temporal entre trauma, creencias y consumo. Aunque el modelo teórico que sustenta esta investigación plantea que las experiencias adversas en la infancia pueden influir en el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales y, eventualmente, en la aparición de conductas adictivas, los datos recabados no permiten confirmar esta secuencia temporal ni procesos de cambio a lo largo del tiempo.

Asimismo, es importante señalar la dependencia exclusiva de autoinformes para la evaluación de variables sensibles como el trauma infantil y el consumo de sustancias. Este tipo de instrumentos puede estar sujeto a sesgos de deseabilidad social, recuerdo inexacto o negación, especialmente en poblaciones clínicas con altos niveles de disfuncionalidad o mecanismos defensivos activos. Estos factores pueden haber afectado la precisión de los datos recopilados, limitando así la validez interna de los resultados obtenidos.

Las limitaciones deben ser consideradas cuidadosamente al interpretar los resultados, y refuerzan la necesidad de replicar este tipo de investigaciones utilizando muestras más amplias, diversas y representativas. También se recomienda el uso de modelos más integradores que incluyan variables psicosociales adicionales, así como el empleo de métodos mixtos que permitan captar la complejidad de las trayectorias individuales hacia el consumo problemático.

Debido a las limitaciones, se plantea como prioridad la replicación del estudio con muestras más amplias, diversas y equilibradas en cuanto a variables sociodemográficas (género, nivel socioeconómico, historial de consumo, etc.), que permitan realizar análisis más finos y generalizables. Asimismo, el uso de diseños longitudinales permitiría examinar cómo las experiencias traumáticas y las creencias disfuncionales se desarrollan y modifican a lo largo del tiempo, así como su impacto acumulativo en el uso de sustancias. Otra línea prometedora es la inclusión de variables psicosociales complementarias que podrían actuar como factores mediadores o moderadores en la relación entre trauma y consumo. Variables como la resiliencia, el apoyo social percibido, la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento o incluso factores biopsicológicos (p. ej., reactividad al estrés, alteraciones neurobiológicas) podrían enriquecer los modelos explicativos y dar lugar a intervenciones más focalizadas.

Finalmente, futuros estudios podrían explorar diferencias según tipo de sustancia consumida, patrones de policonsumo, así como factores culturales o contextuales que modulan

tanto la vivencia del trauma como la expresión de creencias irracionales, lo que sería especialmente relevante para adaptar intervenciones en contextos clínicos específicos como las comunidades terapéuticas.

Implicaciones clínicas

A pesar de que el análisis de mediación no permitió confirmar que las creencias irracionales actúen como mecanismo explicativo entre el trauma infantil y el trastorno por consumo de sustancias, los resultados obtenidos señalan la relevancia clínica de estos esquemas disfuncionales, particularmente la culpabilización y la evitación de problemas. La identificación de estos patrones cognitivos como factores asociados a una mayor gravedad en el consumo sugiere que podrían funcionar como indicadores de vulnerabilidad psicológica, especialmente en personas con antecedentes de abuso o negligencia emocional. En este sentido, se hace necesario incorporar en los programas terapéuticos una evaluación sistemática de estas creencias, no solo como síntomas colaterales, sino como posibles núcleos de significado que sostienen conductas desadaptativas y afectan la capacidad del individuo para afrontar el malestar emocional.

La integración de técnicas cognitivo-conductuales orientadas a la identificación y reestructuración de estos esquemas disfuncionales se presenta como una estrategia prioritaria. Intervenir sobre la culpabilización, por ejemplo, permite abordar emociones de autocrítica y vergüenza que suelen intensificar la necesidad de alivio inmediato a través del consumo. Por otro lado, trabajar sobre la evitación de problemas ayuda a fomentar un estilo de afrontamiento más activo, que contribuya a disminuir el riesgo de abandono terapéutico o recaída. Estas intervenciones pueden realizarse mediante herramientas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en resolución de problemas o la técnica de diálogo socrático, siempre con un enfoque empático y validante que reconozca el origen adaptativo de estas creencias en contextos traumáticos.

Asimismo, el estudio evidencia la importancia de fortalecer las estrategias de regulación emocional dentro del proceso terapéutico. Las experiencias de abuso y negligencia en etapas tempranas del desarrollo tienden a generar déficits en la identificación, expresión y manejo de las emociones. Esto se traduce en una mayor reactividad emocional y en la búsqueda de alivio a través del consumo de sustancias. Por ello, resulta esencial incorporar técnicas específicas que permitan al paciente desarrollar recursos internos para afrontar el malestar sin recurrir al consumo. Estrategias como la conciencia plena, el entrenamiento en tolerancia al malestar, la

validación emocional y el fortalecimiento de la autoeficacia pueden facilitar este proceso y favorecer una mayor adherencia al tratamiento, al tiempo que promueven una relación más saludable consigo mismo.

En conjunto, estos hallazgos invitan a repensar la intervención terapéutica desde un enfoque más comprensivo e integrador, que contemple no solo la conducta adictiva, sino los esquemas cognitivos y emocionales subyacentes que la perpetúan. Aunque las creencias irracionales no hayan demostrado un rol mediador estadísticamente significativo, su presencia como factores asociados al consumo, refuerza la necesidad de abordarlas clínicamente. Atender estas dimensiones implica ir más allá del síntoma y adentrarse en las experiencias vitales del paciente, en sus estrategias de supervivencia psíquica y en la manera en que ha aprendido a interpretar y responder a su mundo interno. Desde esta perspectiva, el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias se convierte también en un espacio de resignificación personal y de reconstrucción de la narrativa subjetiva, donde el trabajo terapéutico no solo busca la abstinencia, sino el bienestar emocional sostenido a lo largo del tiempo.

6. CONCLUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo explorar el papel mediador de las creencias irracionales en la relación entre los traumas infantiles y los trastornos por consumo de sustancias (TCS) en una muestra clínica perteneciente a una comunidad terapéutica. Si bien los análisis descriptivos confirmaron la alta prevalencia de experiencias de abuso y negligencia en la infancia, así como niveles severos de consumo de sustancias, los resultados no proporcionaron evidencia empírica suficiente para respaldar la hipótesis de mediación. No obstante, se identificaron asociaciones significativas entre ciertas creencias irracionales, como la culpabilización, y la gravedad del consumo, lo que sugiere que estos esquemas cognitivos disfuncionales podrían estar vinculados con la forma en que los individuos afrontan sus experiencias vitales adversas.

7. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Jama*, 282(17), 1652-1658. doi: 10.1001/jama.282.17.1652
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256, 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Assari, S., Caldwell, C. H., & Mincy, R. (2018). Family socioeconomic status at birth and youth impulsivity at age 15; Blacks' diminished return. *Children*, 5(5), 58. <https://doi.org/10.3390/children5050058>
- Babcock, R. L., & DePrince, A. P. (2012). Childhood betrayal trauma and self-blame appraisals among survivors of intimate partner abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(5), 526-538. <https://doi.org/10.1080/15299732.2012.694842>
- Barnard, M., & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help?. *Addiction*, 99(5), 552-559. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00664.x>
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual review of clinical psychology*, 10(1), 1-24.
- Behn, A., Vöhringer, P. A., Martínez, P., Domínguez, A. P., González, A., Carrasco, M. I., & Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista médica de Chile*, 148(3), 336-343. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Breslau, N., Davis, G. C., & Schultz, L. R. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of general psychiatry*, 60(3), 289-294. Doi:10.1001/archpsyc.60.3.289
- Cicchetti, D., & Handley, E. D. (2019). Child maltreatment and the development of substance use and disorder. *Neurobiology of stress*, 10, 100144. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100144>

- Castaño, L. C., & Pérez, N. Q. (2010). Validación del Cuestionario de Creencias Irracionales (TCI) en población colombiana. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 2(1), 41-56.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 409-438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029
- Cloitre, M., Chase Stovall-McClough, K., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(3), 411. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.72.3.411>
- Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric services*, 57(1), 100-106. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.100>
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological science in the public interest*, 15(2), 37-70. <https://doi.org/10.1177/1529100614531398>
- David, D., Szentagotai, A., Eva, K., & Macavei, B. (2005). A synopsis of rational-emotive behavior therapy (REBT); fundamental and applied research. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 23, 175-221. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0011-0>
- Davis, C. G., Lehman, D. R., Silver, R. C., Wortman, C. B., & Ellard, J. H. (1996). Self-blame following a traumatic event: The role of perceived avoidability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(6), 557-567. <https://doi.org/10.1177/0146167296226002>
- De Bellis, M. D. (2002). Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2), 155-170. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(01\)00042-7](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(01)00042-7)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2023). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
- Del Valle Vera, B., Caneto, F., Tuzinkievich, F. B., & Garimaldi, J. A. (2014). Prevalencia de juegos de apuestas, síntomas depresivos y distorsiones cognitivas en jóvenes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, 6(2), 55-64.
- Dube, SR, Anda, RF, Felitti, VJ, Chapman, DP, Williamson, DF y Giles, WH (2001). Maltrato infantil, disfunción familiar y riesgo de intento de suicidio a lo largo de la vida: hallazgos del

- Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia. *Jama*, 286 (24), 3089-3096.
doi:10.1001/jama.286.24.3089
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive behaviors*, 27(5), 713-725.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
- Duru, E., & Balkis, M. (2022). Childhood trauma, depressive symptoms and rational/irrational beliefs: A moderated mediation model. *Current Psychology*, 41(10), 7258-7270.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>.
- Ellis, A. (2002). *Overcoming resistance: A rational emotive behavior therapy integrated approach*. Springer Publishing Company.
- Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company.
- Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological bulletin*, 139(6), 1342. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0031808>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fritz, M. S., & MacKinnon, D. P. (2007). Tamaño de muestra necesario para detectar el efecto mediado. *Psychological Science*, 18 (3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Gajos, J. M., Miller, C. R., Leban, L., & Cropsey, K. L. (2022). Adverse childhood experiences and adolescent mental health: Understanding the roles of gender and teenage risk and protective factors. *Journal of affective disorders*, 314, 303-308.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.07.047>
- Gálvez, B. P., Fernández, L. G., de Vicente Manzanaro, M. P., Valenzuela, M. A. O., & Lafuente, M. L. (2010). Validación española del drug abuse screening test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas*, 10(1), 35-50.

- Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature reviews neuroscience*, 12(11), 652-669. <https://doi.org/10.1038/nrn3119>
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Dufour, M. C., Compton, W., ... & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61(8), 807-816. Doi:10.1001/archpsyc.61.8.807
- Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling*. Manuscript Submitted for Publication.
- Hazan, C., & Shaver, P. (2017). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. In Interpersonal development (pp. 283-296). Routledge.
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence*, 28(7), 1498-1518. Doi:10.1177/0886260512468240
- Ingram, R. E., Miranda, J., & Segal, Z. (2006). *Cognitive vulnerability to depression*. In Cognitive vulnerability to emotional disorders (pp. 73-102). Routledge.
- Johnson, E., Barstack, S., Xu, Y., Wise, H., Erford, B. T., Chang, C., & Delmonico, D. (2024). Psychometric Synthesis of the Drug Abuse Screening Test (DAST) Versions. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 58(1), 83-96. <https://doi.org/10.1080/07481756.2024.2399199>
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281-298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
- Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F., & Ressler, K. J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. *Depression and anxiety*, 27(12), 1077-1086. <https://doi.org/10.1002/da.20751>
- Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Mach, A., Abramowska, M., Szczypiński, J., Berent, D., ... & Wojnar, M. (2021). Psychometric properties of the polish version of the Alcohol Use

- Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and alcohol dependence*, 218, 108427.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108427>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). *Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis*. Neuropsychopharmacology.
- Kumpfer, K. L., & Bluth, B. (2004). Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to “substance abuse disorders”. *Substance use & misuse*, 39(5), 671-698.
<https://doi.org/10.1081/JA-120034011>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health*, 28(3-4), 194-205.
<https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Lizana Watanabe, V. D., Casimiro Dionicio, R. L., & Ravello Joo, A. (2024). Mecanismos cognitivos de la adicción: rol de las creencias irracionales y pensamientos automáticos. *XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación*, 81.
- Lloyd, C. (2010). *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*. York: University of York.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review Clinical of Psychology*, 1(1), 167-195.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916>
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama*, 284(13), 1689-1695. Doi: 10.1001/jama.284.13.1689
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Publications.
- Miller, WR, y Carroll, KM (Eds.). (2011). *Replantando el abuso de sustancias: Lo que demuestra la ciencia y qué debemos hacer al respecto*. Guilford Press.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Publications.
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2024). *El trauma y el estrés*. Obtenido de <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/el-trauma-y-el-estres> en diciembre de 2024.

- Nejad, M. H., Damirchi, E. S., Sadeghi, M., & Homayoon, M. N. (2025). Developing a Model of Experiential Avoidance Based on Childhood Trauma and Victimization, Mediated by Insecure Attachment Styles. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100513. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100513>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas*. Recuperado de <https://www.unodc.org>
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., & Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14.
- Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [Samhsa], (2014). *Trauma-informed care in behavioral health services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57. Rockville, USA.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 22(1-2), 201-269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C201::AID-IMHJ8%3E3.0.CO;2-9)
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Thorsteinsson, E. B. (2013). *Increasing emotional intelligence through training: Current status and future directions*. URI: <https://www.um.edu.mt/library/oar/handle/123456789/6150>
- Soto & Rubí, 2021: Soto, A., & Rubí, P. (2021). Experiencias adversas en la infancia, funcionalidad familiar y salud mental. *TS Cuadernos De Trabajo Social*, 22, 11-24.

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6. Baski). MA: Pearson.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Trudel-Fitzgerald, C., Boucher, G., Morin, C., Mondragon, P., Guimond, A. J., Nishimi, K., ... & Denckla, C. (2024). Coping and emotion regulation: A conceptual and measurement scoping review. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 65(3), 149.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cap0000377>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC] (2023). *World Drug Report 2023*. Recuperado de <https://www.unodc.org>
- Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. *New York*, 3. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/14-211>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480>
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect*, 32(8), 785-796.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.12.006>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. <https://doi.org/10.1017/S1352465804241868>