

upna

Universidad Pública de Navarra  
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

**Universidad Pública de Navarra**  
***Nafarroako Unibertsitate Publikoa***

**Departamento de Ciencias de la Salud**  
***Osasun Zientzien Saila***

---

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
PARA PACIENTES CON HISTORIAS DE MALTRATO EN  
TRATAMIENTO POR PROBLEMAS DE ADICCIÓN**

---

**TESIS DOCTORAL**

Begoña Haro Escribano

Directores:

Javier Fernández Montalvo

Alfonso Arteaga Olleta

Pamplona – Iruñea

2020



## Agradecimientos

La realización de esta tesis no habría sido posible sin el apoyo de ciertas personas, a las que aquí quiero mostrar mi agradecimiento.

En primer lugar, a las tres personas que han formado parte de este proceso de manera más cercana a lo largo de estos cuatro años. A Javier Fernández Montalvo, jefe de nuestro equipo y director de esta tesis. Él fue la primera persona con la que contacté para comenzar mis andadas en el doctorado. Por su gran profesionalidad, su tesón a la hora de trabajar y su dedicación completa a la investigación que, sin duda, son toda una inspiración para los principiantes en este mundillo. A Alfonso Arteaga Olleta, codirector de esta tesis. Un gran director, tanto profesional como personalmente. Él ha personificado la comprensión y el apoyo que, en ciertos momentos, los doctorandos necesitamos y sin el cual se haría difícil continuar. Y a José Javier López Goñi, miembro de nuestro equipo. Por su accesibilidad, profesionalidad y asesoría sobre este trabajo, el resultado no habría sido igual sin su colaboración.

A todos los componentes, presentes y pasados, del Grupo de Investigación de Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra. Sin duda forman parte de esta tesis por su implicación directa en su génesis como proyecto, pero también por el apoyo que han mostrado a lo largo de todo este tiempo. Por hacerme partícipe desde el primer momento de lo que implica trabajar en la investigación, por respetar mis opiniones, aunque fueran primerizas, y por saber crear un equipo con todas sus letras. A todas las personas del Departamento que, de una manera u otra, se han

interesado y han mostrado su apoyo a lo largo de los distintos momentos de esta tesis.

En segundo lugar, me gustaría dar mi más sincero agradecimiento a los trabajadores de las dos fundaciones que han permitido y prestado su apoyo para que se lleve a cabo el trabajo de campo de esta tesis. A la Fundación Proyecto Hombre Navarra y a ANTOX (Asociación Navarra para la Investigación, Prevención y Rehabilitación de Drogodependencias). Como no, a todos los participantes que conforman la muestra de esta investigación. Su esfuerzo para superar las situaciones más difíciles es el origen del valor de nuestra profesión.

En tercer lugar, las últimas líneas van dedicadas a las más cercanas. A mis amigas Aida, Alba, Irene, Sara, Rosa, Nieves, Cinthia, María, Paula, Alicia, Hanna, Sabela y Silvia, ellas forman mis tres "cuadrillas" (Valladolid, Viana y Pamplona). A ellas, gracias por ser mi familia de elección. A mi pareja, Diego, por su alegría constante y su apoyo incondicional ante cualquier adversidad. A Ana Gloria, mi profesora de violín que ha hecho las veces de consejera y amiga en este y en muchos otros procesos de mi vida, gracias.

Por último, pero no por ello menos importante, a mis padres Begoña y Jose. Aunque desde la distancia, además de compartir mis alegrías me han acompañado en los momentos difíciles. Su apoyo y confianza en mis capacidades me han ayudado a llegar aquí hoy, no solo en lo que se refiere a los últimos cuatro años, sino también a todo el camino previo. Gracias por estar ahí.

A todos ellos, muchas gracias.





# ÍNDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>7</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>11</b>
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>17</b>
<b>PARTE TEÓRICA</b>	<b>25</b>
1. EL MALTRATO	27
1.1. Concepto de maltrato	28
1.2. Clasificación	28
1.2.1. Según el tipo de violencia	29
<i>Maltrato psicológico o emocional</i>	29
<i>Abandono o negligencia</i>	30
El abandono o la negligencia consiste en un acto o la ausencia del mismo que priva de alguna necesidad básica a la persona afectada, y que puede tener consecuencias a nivel físico y/o psicológico (APA, 2014).	30
<i>Maltrato físico</i>	31
<i>Maltrato sexual</i>	33
1.2.2. Según el contexto en el que tiene lugar	36
<i>Maltrato en la familia</i>	36
<i>Maltrato en la pareja</i>	38
<i>Maltrato por parte de compañeros</i>	41
- Bullying	41
- Mobbing o acoso laboral	42
1.3. Diferencias de género	43
1.4. Vulnerabilidad personal	47
1.4.1. Factores de vulnerabilidad	48
<i>Vulnerabilidad de la víctima</i>	48
<i>Factores relacionados con el suceso</i>	49
<i>Factores relacionados con el contexto</i>	50
1.4.2. Factores de protección	51
1.5. Consecuencias de un acontecimiento traumático	52
1.5.1. Trastorno de estrés postraumático	52
1.5.2. Otras consecuencias traumáticas	56
1.5.3. Consecuencias de sufrir un trauma en la infancia	58
<i>Negligencia en la infancia</i>	64
<i>Maltrato físico en la infancia</i>	65
<i>Abuso sexual en la infancia</i>	65
1.6. Conclusiones sobre el maltrato	68
2. MALTRATO EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN	69
2.1. Consumo de drogas y adicción	69

2.2.	Prevalencia de historias de maltrato en pacientes con problemas de adicción	70
2.3.	Perfil diferencial de los pacientes con un problema de adicción e historias de maltrato	72
2.4.	Suicidio en pacientes con problemas de adicción víctimas de maltrato	76
2.5.	Trastorno de estrés postraumático en pacientes con problemas de adicción	78
2.6.	Diferencias de género en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias e historias de maltrato	80
2.6.1.	Diferencias de género en el suicidio	82
2.7.	Modelos teóricos	83
2.7.1.	Maltrato previo al consumo	84
	Hipótesis de la disociación química	85
	Hipótesis de la automedicación	86
2.7.2.	Consumo previo al maltrato	90
	Hipótesis de susceptibilidad	90
	Hipótesis de riesgo elevado	91
2.7.3.	Maltrato y consumo de manera simultánea	92
	Hipótesis de vulnerabilidad compartida	92
2.8.	Importancia de la relación entre adicciones y maltrato	94
<b>3.</b>	<b><i>EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO FÍSICO/SEXUAL EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN</i></b>	<b>97</b>
3.1.	Evaluación de la violencia física o sexual en pacientes con problemas de adicción	97
3.1.1.	Evaluación de la violencia en la pareja	97
3.1.2.	Evaluación de la violencia en la infancia	99
3.1.3.	Evaluación del trastorno de estrés postraumático	100
3.2.	Tratamientos para pacientes con un problema de consumo de sustancias que han sido víctimas de violencia física y/o sexual	103
3.2.1.	Intervención para superar un trauma	103
3.2.2.	Tratamientos para TEPT y consumo de sustancias	106
3.2.3.	Tratamientos para pacientes con alguna historia de victimización y consumo de sustancias	112
3.2.4.	Conclusiones	119
	<b><i>PARTE EMPÍRICA</i></b>	<b>123</b>
<b>1.</b>	<b><i>INTRODUCCIÓN</i></b>	<b>125</b>
<b>2.</b>	<b><i>OBJETIVOS E HIPÓTESIS</i></b>	<b>129</b>
2.1.	Objetivos	129
2.2.	Hipótesis	130
<b>3.</b>	<b><i>MÉTODO</i></b>	<b>133</b>
3.1.	Participantes	133
3.2.	Terapeuta	134
3.3.	Diseño	135



3.4. Instrumentos de evaluación	135
3.4.1. Variables sociodemográficas y de gravedad del consumo	136
3.4.2. Variables de maltrato	137
3.4.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	138
3.4.4. Otras variables	140
3.5. Procedimiento	140
3.5.1. Evaluación de la prevalencia del maltrato	141
3.5.2. Evaluación pretratamiento	142
3.5.3. Tratamiento	143
3.5.4. Evaluación tras el tratamiento	146
3.5.5. Evaluación de seguimiento	147
3.6. Análisis de datos	151
4. <b>RESULTADOS</b>	<b>155</b>
4.1. Prevalencia de maltrato físico o sexual	156
4.2. Características del maltrato y sus consecuencias en la muestra del estudio	157
4.2.1. Características de la victimización	157
4.2.2. Características y prevalencia del trastorno de estrés postraumático	159
4.3. Perfil diferencial de los pacientes con y sin historias de maltrato	162
4.3.1. Variables sociodemográficas	162
4.3.2. Variables de gravedad de la adicción	163
4.3.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	164
4.4. Evaluación de la eficacia del programa de intervención para pacientes con un problema de adicción e historias de maltrato físico o sexual	169
4.4.1. Comparación de los grupos con historias de maltrato antes del tratamiento	169
4.4.1.1. Variables sociodemográficas	170
4.4.1.2. Variables de gravedad de la adicción	170
4.4.1.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	172
4.4.1.4. Variables de maltrato	175
4.4.2. Comparación de los grupos con historias de maltrato después del tratamiento	178
4.4.2.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	178
4.4.2.2. Variables de maltrato	179
4.4.2.3. Variables de tratamiento	181
4.4.3. Comparación en el seguimiento	181
4.4.3.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	181
4.4.3.2. Variables de maltrato	183
4.4.4. Comparación de la tasa de abandono	184
4.5. Análisis de medidas repetidas en los tres grupos	186
4.5.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación	186
4.5.2. Variables de maltrato	196
4.6. Variables predictoras de éxito terapéutico	199
4.6.1. Resultados del análisis de regresión logística con toda la muestra	199
4.6.2. Resultados del análisis de regresión logística con el grupo con historias de maltrato	201
4.6.3. Resultados del análisis de regresión logística con el grupo experimental	202
5. <b>CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>205</b>
5.1. Prevalencia de maltrato físico y sexual	205

5.2.	Perfil diferencial entre los pacientes con y sin historias de maltrato	207
5.3.	Efectividad del programa de intervención	214
5.4.	Variables predictoras de abandono terapéutico	224
5.5.	Conclusiones finales	228
6.	<i>LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN</i>	231
6.1.	Limitaciones y fortalezas	231
6.2.	Líneas futuras de investigación	234
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>		<b>235</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>257</b>
	ANEXO 1: European Addiction Severity Index (EuropASI)	259
	ANEXO 2: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)	269
	ANEXO 4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMII-III)	281
	ANEXO 5. Escala de Impulsividad (BIS-10)	287
	ANEXO 6. Escala de Inadaptación (EI)	293
	ANEXO 7. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CST)	299
	ANEXO 8. Consentimiento informado	305

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático.....	49
Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).....	53
Tabla 3. Prevalencia de los distintos tipos de maltrato en personas con un problema de consumo de sustancias.....	71
Tabla 4. Instrumentos que evalúan la violencia de pareja.....	98
Tabla 5. Instrumentos que evalúan el trastorno de estrés postraumático.....	100
Tabla 6. Técnicas terapéuticas para cada uno de los aspectos psicopatológicos de un trauma.....	104
Tabla 7. Indicaciones y contraindicaciones para la terapia de exposición a los recuerdos traumáticos.....	105
Tabla 8. Resumen de las características de las principales investigaciones sobre tratamientos para pacientes adictos con TEPT...	111
Tabla 9. Resumen de las características de las principales investigaciones sobre tratamientos para pacientes adictos con alguna historia de violencia física o sexual.....	118
Tabla 10. Protocolo de evaluación.....	141
Tabla 11. Distribución inicial de la muestra.....	143
Tabla 12. Protocolo de tratamiento.....	145
Tabla 13. Distribución de los sujetos del grupo experimental para el tratamiento.....	146
Tabla 14. Distribución de la muestra en la evaluación postratamiento.....	147
Tabla 15. Distribución de la muestra en la evaluación de seguimiento.....	148
Tabla 16. Distribución de la muestra a lo largo de todas las evaluaciones.....	148
Tabla 17. Motivos de abandono de los sujetos perdidos.....	149
Tabla 18. Distribución por sexo de los pacientes en tratamiento por adicción con y sin historias de maltrato.....	156
Tabla 19. Estadísticos descriptivos de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático y puntos de corte (EGS-R).....	159
Tabla 20. Número y porcentaje de pacientes con presencia de cada síntoma según el DSM-V.....	161
Tabla 21. Comparación de datos sociodemográficos en los grupos con y sin historias de maltrato.....	162
Tabla 22. Comparación de la sustancia motivo de ingreso en los grupos con y sin historias de maltrato.....	163

Tabla 23. Comparación de la gravedad del consumo (EuropASI) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	164
Tabla 24. Comparación del número de tratamientos para la adicción previos (EuropASI) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	164
Tabla 25. Comparación de la historia psiquiátrica en los grupos con y sin historias de maltrato.....	165
Tabla 26. Comparación de las variables del historial psiquiátrico (EuropASI) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	166
Tabla 27. Comparación de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	166
Tabla 28. Comparación de las escalas de personalidad (MCMII-III) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	168
Tabla 29. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	169
Tabla 30. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) en los grupos con y sin historias de maltrato.....	169
Tabla 31. Comparación de datos sociodemográficos en el pretratamiento.....	170
Tabla 32. Comparación de la sustancia motivo de tratamiento (EuropASI) en el pretratamiento.....	171
Tabla 33. Comparación de las variables de consumo (EuropASI) en el pretratamiento.....	171
Tabla 34. Comparación del número de tratamientos previos para la adicción (EuropASI) en el pretratamiento.....	172
Tabla 35. Comparación de la historia psiquiátrica en el pretratamiento.....	172
Tabla 36. Comparación de síntomas del historial psiquiátrico (EuropASI) en el pretratamiento.....	173
Tabla 37. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) en el pretratamiento.....	173
Tabla 38. Comparación de las escalas de personalidad (MCMII-III) en el pretratamiento.....	174
Tabla 39. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) en el pretratamiento.....	175
Tabla 40. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) en el pretratamiento.....	175
Tabla 41. Comparación de las características del maltrato (EGS-R) en el pretratamiento.....	176
Tabla 42. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el pretratamiento.....	177
Tabla 43. Comparación de número de pacientes que superan los puntos de corte de la EGS-R en el pretratamiento.....	177
Tabla 44. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) en el postratamiento.....	178

Tabla 45. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) en el postratamiento.....	179
Tabla 46. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) en el postratamiento.....	179
Tabla 47. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el postratamiento.....	180
Tabla 48. Comparación en número de pacientes que superan el punto de corte en cada subescala (EGS-R) en el postratamiento.....	180
Tabla 49. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) entre los tres grupos en el seguimiento.....	182
Tabla 50. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) entre los tres grupos en el seguimiento.....	182
Tabla 51. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) entre los tres grupos en el seguimiento.....	183
Tabla 52. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el seguimiento.....	184
Tabla 53. Comparación en número de pacientes que superan el punto de corte en cada subescala (EGS-R) en el seguimiento.....	185
Tabla 54. Comparación de la tasa de finalización y de abandono.....	185
Tabla 55. Comparación de la tasa de finalización y de abandono en los pacientes con historias de maltrato .....	185
Tabla 56. Comparación de la tasa de finalización y de abandono.....	185
Tabla 57. Comparación de la tasa de finalización y de abandono entre los que han completado y no el tratamiento en el grupo experimental.....	185
Tabla 58. Evolución de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R) .....	187
Tabla 59. Evolución de las variables de impulsividad (BIS-10).....	192
Tabla 60. Evolución de las variables de adaptación (EI) .....	194
Tabla 61. Evolución de la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) .....	197
Tabla 62. Regresión logística con variables del pretratamiento para toda la muestra .....	200
Tabla 63. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento y del seguimiento para toda la muestra .....	201
Tabla 64. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento para los sujetos con historias de maltrato .....	202
Tabla 65. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento y en el seguimiento para toda los pacientes con historias de maltrato .....	202
Tabla 66. Regresión logística de variables predictoras del pretratamiento para el grupo experimenta.....	203
Tabla 67. Regresión logística de variables predictoras del pre y postratamiento para el grupo experimental.....	204
Tabla 68. Confirmación de las hipótesis correspondientes al primer objetivo.....	205

Tabla 69. Confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo.....	207
Tabla 70. Confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo.....	215
Tabla 71. Confirmación de las hipótesis correspondientes al cuarto objetivo.....	224

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de los sujetos evaluados, excluidos y perdidos a lo largo del estudio.....	150
Figura 2. Etapa vital y tipo de maltrato en los sujetos con algún tipo de victimización.....	157
Figura 3. Evolución de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R).....	189
Figura 4. Evolución de los índices globales de malestar psicológico (SCL-90-R).....	190
Figura 5. Evolución de las variables de impulsividad (BIS-10).....	193
Figura 6. Evolución del total de la inadaptación (EI) .....	195
Figura 7. Evolución de las variables de adaptación (EI) .....	195
Figura 8. Evolución de los síntomas de trastorno de estrés postraumático .....	198
Figura 9. Evolución de la gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático (EGS-R).....	198





# INTRODUCCIÓN



## **INTRODUCCIÓN**

El maltrato constituye un fenómeno muy presente en la sociedad actual. Es difícil aportar una cifra de prevalencia, pues existen multitud de tipos de maltrato. Su definición suele atender a distintos criterios, ya sea en función del tipo de violencia ejercido, según la edad de la víctima o en base a la relación del agresor con la víctima. De esta manera, cuando hablamos de maltrato el escenario es muy variado y abarca una amplia gama de situaciones. Por ejemplo, uno de los más prevalentes durante la infancia es el abandono o negligencia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Proctor y Dubowitz, 2014).

Sea cual sea su forma, el maltrato se encuentra presente en el día a día de muchas personas. Su prevalencia es muy elevada y en los últimos años se le está dando la visibilidad que previamente no ha tenido. Se trata de un evento potencialmente traumático, intencionado y, en muchas ocasiones, ocasionado por un conocido del que se espera apoyo (Echeburúa, 2004). Esto hace más graves aún sus consecuencias, otorgándole la categoría de estresor severo (Echeburúa, 2004; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Stein et al., 2010). Sus repercusiones pueden llegar a ser muy graves tanto para la víctima como para su entorno. Por ello, desde la psicología es largo el camino en el que se viene intentando dar respuesta a las demandas que este genera.

La probabilidad de que un suceso traumático, como el que se trata en esta tesis, acabe derivando en el desarrollo de un trauma duradero para la víctima varía de unos individuos a otros. No obstante, una de las variables que se ha detectado como mayor predictora de cronificación es el uso de estrategias de afrontamiento evitativas (Min, Farkas, Minnes y Singer, 2007).

El consumo de sustancias, por ejemplo, se emplea en muchas ocasiones como método para paliar o regular las emociones negativas y los recuerdos perturbadores derivados del acontecimiento en sí. A esta relación se le ha denominado tradicionalmente "hipótesis de la automedicación" (Khantzian, 1997). En otras situaciones, es el propio consumo de sustancias lo que favorece o facilita la vivencia de un suceso traumático, dados los efectos del consumo *per se* (Roberts, Roberts, Jones y Bisson, 2015; Schafer y Najavits, 2007). Aún más, se ha observado cómo las mujeres que han sufrido algún abuso o agresión sexual y desarrollan un consumo problemático de sustancias tienen una probabilidad mucho más elevada de sufrir de nuevo una agresión sexual, teniendo lugar así una revictimización (Filipas y Ullman, 2006; Klanecky et al., 2008; Ullman et al., 2009). En este sentido, cuantos más eventos potencialmente traumáticos tengan lugar, mayor probabilidad de desarrollar consecuencias psicopatológicas. A este fenómeno se le ha denominado efecto acumulativo y tiene graves consecuencias en la psique de la persona (Dube, Anda, Felitti, Edwards, y Croft, 2002). Por ejemplo, la probabilidad de intento de suicidio aumenta notablemente cuando pasamos de uno a más de un evento traumático (Stein et al., 2010).

Se ha puesto de manifiesto la relación tan estrecha que existe entre el consumo problemático de sustancias, la violencia y las consecuencias negativas que ambas situaciones tienen para la persona. De hecho, existe una alta prevalencia de historias de victimización entre personas en tratamiento por un problema de consumo de sustancias (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2015; Schneider, Cronkite y Timko, 2008), muy superior a la media de victimización en la población general (Jakubczyk, Klimkiewicz, Krasowska, Kopera, Sławińska-Ceran,

Brower y Wojnar, 2014). Las mujeres son un colectivo que se ve especialmente afectado por esta problemática y sus consecuencias (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga, Cacho y Azanza, 2017). Aquellos pacientes con trastorno por uso de sustancias que tienen una historia de victimización de cualquier tipo presentan un perfil diferencial frente a aquellos sin historias de maltrato. Entre otras características, se observa un consumo más severo (Brems, Johnson, Neal y Freemon, 2004; Clark, Masson, Delucchi, Hall y Sees, 2001; Danielson et al., 2009a; Fernández-Montalvo et al., 2015; Schneider et al., 2008) y una necesidad mayor de tratamiento en la mayoría de áreas de la vida cotidiana (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015). Estos pacientes tienen un perfil psicopatológico más grave (Brems, Johnson, Neal y Freemon, 2004) y mayor número de intentos de suicidio (Daigre et al., 2015; López-Goñi, Fernández-Montalvo, Arteaga y Haro, 2018).

Dado el perfil psicopatológico de los pacientes adictos con historias de maltrato se hace evidente la necesidad de conocer su problemática concreta para identificar posibles necesidades de tratamiento. Pese a ello, las investigaciones en las que se interviene sobre las consecuencias traumáticas de algún tipo de violencia en pacientes adictos son escasas. La mayoría trabajan exclusivamente con participantes que cumplen los criterios para un trastorno de estrés postraumático o sólo con mujeres, dejando fuera un gran número de pacientes que precisan de atención específica, y para los que no es suficiente la mera intervención sobre el consumo de sustancias. Si bien se ha observado cómo esta intervención reduce las consecuencias de los hechos traumáticos vividos, no consigue eliminarlas por completo y mucho menos a largo plazo. Estos pacientes tienen mayor número de abandonos y recaídas,

aun estando en tratamiento para el problema de consumo de sustancias (Fernández-Montalvo et al., 2017).

Por un lado, la mayoría de los estudios llevados a cabo hasta la fecha se han realizado con pacientes que cumplen los criterios para un trastorno de estrés postraumático exclusivamente o con mujeres víctimas de violencia sexual. Esto da lugar a unas muestras demasiado restrictivas que sólo reflejan una parte de la realidad clínica. Por otro lado, los resultados de estos estudios siguen siendo ambiguos. No obstante, parece existir una tendencia leve a la mejora de variables relacionadas con la violencia y poco o ningún efecto del tratamiento experimental respecto al consumo de sustancias. Dada la evidencia de la alta tasa de prevalencia de historias de maltrato entre la población con problemas de adicción, los programas de tratamiento deberían considerar la posibilidad de ofrecer el abordaje del abuso de sustancias, pero también de la sintomatología derivada de las historias de maltrato, en sus programas integrados de intervención (Schneider et al., 2008). Es necesario, por lo tanto, investigar en esta línea para obtener unos resultados generalizables que permitan a los equipos de tratamiento aplicar una intervención rigurosa de la cual los pacientes se puedan beneficiar.

Este trabajo pretende dar respuesta a esta problemática mediante la evaluación de la eficacia de un tratamiento para pacientes con un problema de adicción que, además, han sufrido algún tipo de violencia en forma de maltrato físico y/o sexual.

Todo ello se aborda en la parte teórica comenzando por una revisión de la conceptualización del maltrato, teniendo en cuenta su clasificación según diferentes criterios y sus consecuencias para las personas afectadas. Posteriormente, se pone en contacto la realidad de la violencia recibida con

la problemática de una adicción. Se explora en qué medida es una situación frecuente y cómo este tipo de población se diferencia de aquellas personas que también padecen un problema de consumo de sustancias, pero no han sufrido violencia. Además, se hace hincapié en diversas problemáticas adyacentes como el trastorno de estrés postraumático, las diferencias de género y el suicidio. Se resumen los principales modelos teóricos que tratan de dar respuesta a la relación entre la violencia sufrida y la adicción. La última sección de esta revisión teórica se centra tanto en la evaluación como en el tratamiento de esta problemática. Se exponen las investigaciones con mayor rigor científico que se han desarrollado en los últimos años tratando de evaluar la efectividad de un tratamiento para pacientes adictos con historias de maltrato.

La parte empírica de esta investigación es un estudio que se ha llevado a cabo entre 2016 y 2020. En este trabajo se ha contado con la participación de 104 pacientes en tratamiento, ambulatorio o residencial, por un problema con el consumo de sustancias. En primer lugar, se describe a los pacientes que han sido víctimas de maltrato con un problema de adicción y se analiza su perfil diferencial respecto a aquellos que no han sufrido violencia. En segundo lugar, se evalúa la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a la superación de las consecuencias traumáticas de la violencia sufrida. Esto se ha llevado a cabo mediante la comparación de un grupo experimental, formado por pacientes adictos víctimas de violencia que han recibido el tratamiento en cuestión más su tratamiento habitual para el consumo, y dos grupos de control que sólo han recibido el tratamiento habitual para la adicción, uno compuesto por pacientes adictos víctimas de violencia y otro compuesto por pacientes adictos que no han sufrido ningún

tipo de maltrato. Por último, se analizan las variables predictoras de los resultados terapéuticos obtenidos. Se trata, en último término, de contar con un protocolo de tratamiento de eficacia contrastada que permita abordar las secuelas de un trauma a los pacientes que reciben tratamiento por su adicción.



# PARTE TEÓRICA



## **1. EL MALTRATO**

En la sociedad actual, la violencia y el maltrato son dos fenómenos muy presentes que cuentan con una alta prevalencia. Existe una gran variedad de maneras en las que una persona puede ser maltratada. En este sentido, el maltrato conforma una experiencia traumática cuya probabilidad de cronificación viene dada en función de la presencia de ciertos factores de riesgo. Uno de estos factores de riesgo es la revictimización, entendida como la repetición de la experiencia traumática a lo largo del tiempo. Esto ocurre habitualmente en el maltrato infantil. Otra serie de factores que tienen un papel importante en la cronificación son aquellos relacionados con la vulnerabilidad personal de la víctima.

Las consecuencias del maltrato se producen tanto a nivel individual como familiar y social. Las implicaciones personales, tanto físicas como psicológicas, se pueden observar de forma inmediata y a largo plazo. Una de las más importantes es el desarrollo de sintomatología psicopatológica. De hecho, haber experimentado maltrato puede actuar como un factor de riesgo para el posterior desarrollo de distintos trastornos psicopatológicos, como el trastorno de estrés postraumático, o comportamientos desadaptativos, como el consumo de sustancias. Sumado a ello, la familia de la víctima también puede tener secuelas, como en el caso de los menores cuya madre sufre violencia de género.

En los siguientes apartados se revisan diferentes conceptos relacionados con el de maltrato, así como su clasificación, sus consecuencias y las implicaciones a corto y a largo plazo.

## **1.1. Concepto de maltrato**

El maltrato se estudia habitualmente en función del contexto donde se produce; por ello, no existe un consenso a la hora de aportar una definición general (Mesman et al., 2020). En cualquier caso, el maltrato se caracteriza por causar un daño psicológico, físico y/o sexual, independientemente de la existencia de secuelas físicas o heridas visibles (Echeburúa y Redondo, 2010). La violencia recibida por la víctima, tanto física, psicológica, como sexual, puede ser expresiva o instrumental. La violencia expresiva es una conducta agresiva impulsiva que surge como resultado de la ira. En estas situaciones, se reflejan dificultades de la gestión de las emociones, de su expresión o de su control por parte de la persona agresora. Por otro lado, la violencia instrumental se manifiesta en una conducta agresiva planificada que refleja un alto grado de insatisfacción con la situación vivida. En este último caso, no se generan sentimientos de culpa por parte de la persona agresora (Echeburúa, De Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1998). La culpa se define como un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de la conducta u omisión de una persona se ha derivado un daño a otra (Etxebarria, 2000). En muchas ocasiones, es la víctima quien presenta estos sentimientos de culpa, especialmente en la violencia de género (Echeburúa et al., 1998).

## **1.2. Clasificación**

El estudio del maltrato se puede abordar siguiendo diversos criterios. Si se atiende a la edad de la víctima, se puede hablar de maltrato infantil, maltrato en la edad adulta o maltrato en la tercera edad. También se puede clasificar según la forma de expresar la violencia, bien sea psicológica, física

o sexual; o en función del contexto en el que tiene lugar. En las siguientes secciones se revisan los conceptos de cada tipo de maltrato en función del tipo de violencia empleado y se comentan las características según el contexto, así como sus consecuencias.

### **1.2.1. Según el tipo de violencia**

A continuación, se aporta una definición de cada uno de los diferentes tipos de maltrato y sus variantes en función del modo de expresión de la violencia. El objetivo es esclarecer qué términos y con qué significado se emplearán en la parte empírica de este trabajo.

#### *Maltrato psicológico o emocional*

El maltrato psicológico lo forman aquellos “actos no accidentales, verbales o simbólicos, que provocan una probabilidad razonable de causar un daño psicológico” (APA, 2014; Wu, Schairer, Dellor y Grella, 2010). Algunos ejemplos pueden ser los siguientes: desvalorizaciones constantes, insultos, humillaciones, amenazas hacia la víctima o hacia personas cercanas a la misma, intentos de restricción de actividades y amistades, atribución de culpabilidad, acoso una vez rota la relación, etc. (Echeburúa y Redondo, 2010). La intensidad de este tipo de maltrato se manifiesta especialmente en sus repercusiones. Por ejemplo, se ha ligado a un aumento del riesgo de suicidio (Pereira-Morales, Adan, Camargo y Forero, 2017). Entre las peculiaridades del maltrato psicológico al adulto se encuentran intentar hacer creer a la víctima que está loca y restringir su acceso a recursos económicos (APA, 2014). Esta característica se da habitualmente en situaciones de violencia de género.

Cuando el maltrato psicológico ocurre con un menor como víctima se contemplan algunas variantes específicas. Por ejemplo, se entiende como maltrato psicológico infantil un comportamiento negativo de los progenitores dirigido específicamente hacia el menor, persistente en el tiempo y generalizado a varias conductas del niño. Este comportamiento se caracteriza por la culpabilización constante y ante la mayoría de situaciones negativas en las que está implicado el menor, sumado a la atribución al mismo de características negativas. Dentro de este espectro, su máxima expresión consiste en convertir al niño o niña en un chivo expiatorio (Organización Mundial de la Salud, 1996). El hecho de que no exista una categoría propia y que su definición como maltrato quede al criterio del clínico es una muestra más de la dificultad actual para la definición objetiva del maltrato psicológico.

A pesar de que para las víctimas la presencia de este tipo de maltrato es evidente, su correcta identificación en la evaluación de la práctica clínica sigue siendo un reto hoy en día. Este tipo de violencia es muy intenso y se diferencia de los conflictos que pueden tener lugar en una relación interpersonal complicada (Echeburúa y Redondo, 2010). Pese a ello, la naturaleza de este tipo de maltrato, silencioso y sin pruebas visibles u objetivables, hace que su evaluación sea especialmente compleja en ciertas poblaciones (Arruabarrena, De Paúl, Indias y Ullate, 2013). Estas dificultades se ponen aún más de manifiesto cuando la valoración del mismo se realiza de manera retrospectiva.

#### *Abandono o negligencia*

El abandono o la negligencia consiste en un acto o la ausencia del mismo que priva de alguna necesidad básica a la persona afectada, y que puede tener consecuencias a nivel físico y/o psicológico (APA, 2014).

Algunos autores distinguen entre abandono físico y emocional (Cohen, Menon, Shorey, Le y Temple, 2017; Elliott et al., 2014; Roy, 2003), mientras que en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) se incluye dentro de una falta de satisfacción global de necesidades (APA, 2014). El abandono físico implica, por ejemplo, no ser alimentado, no ser adecuadamente vestido, o no ser cuidado cuando no se está capacitado para ello (Wu et al., 2010), es decir, privar o no cubrir alguna necesidad física. De esta manera, la negligencia en la edad adulta se restringe a aquellas situaciones en las que la víctima es altamente dependiente. Habitualmente la persona se encuentra en una situación de incapacidad por alguna causa (APA, 2014). La negligencia o abandono emocional implica no cubrir o privar de alguna necesidad psicológica emocional o de desarrollo de la persona (Proctor y Dubowitz, 2014).

La negligencia durante la infancia es el tipo de maltrato con mayor prevalencia en menores (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Proctor y Dubowitz, 2014). En un estudio multicéntrico llevado a cabo por Flaherty et al. (2013) con población general en Estados Unidos, hasta un 57,3% de los 933 menores encuestados habían sufrido abandono o negligencia. Una exposición temprana a este tipo de abuso tiene importantes implicaciones a corto y largo plazo (Cohen et al., 2017; Proctor y Dubowitz, 2014) que se tratarán en el apartado 1.5.3.

### *Maltrato físico*

Se concibe como maltrato físico una lesión no accidental o acciones no accidentales que son el resultado de la fuerza física y que conllevan una alta probabilidad de generar daños físicos severos o un miedo significativo (APA,

2014). En este sentido, se incluyen empujones, bofetadas, ahogamiento, golpes con objetos, patadas, apuñalamientos, etc.

A diferencia del maltrato físico en la edad adulta, en el maltrato físico infantil la intencionalidad de las acciones lesivas es irrelevante. De esta manera, existe maltrato a pesar de que la acción lesiva no se realice con un objetivo claro de dañar al menor (APA, 2014). No hay acuerdo sobre si es determinante o no la presencia de lesiones físicas. El DSM-5 establece el maltrato físico infantil como la lesión resultante de alguna de estas acciones físicas características del maltrato físico; no contempla la presencia de violencia en ausencia de lesiones (APA, 2014). Sin embargo, la OMS (1996) en su *Clasificación multiaxial de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes* (CIE-10) sí contempla, más allá de la presencia de lesiones, hablar de maltrato físico ante la pérdida de control del adulto, o simplemente ante la existencia de una violencia desmedida. Por otra parte, la disciplina física no se considera maltrato, a no ser que sea excesiva, desproporcionada o implique graves daños físicos al menor (APA, 2014). De hecho, el grado de castigo físico aceptable varía de una cultura a otra (OMS, 1996).

Otro tipo muy distinto de maltrato es la tortura, que supone provocar un sufrimiento físico o mental que es infligido de forma deliberada y sistemática con el objetivo de humillar a la víctima, destruir su identidad personal u obtener información. Puede ser física, psicológica o sexual y su secuela más frecuente es el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, 2004). En este caso, se ha incluido dentro del apartado de violencia física por ser el tipo de tortura más común. Existe, no obstante, una diferencia entre el concepto de tortura y el de otros tratos



vejatorios. Estos pueden ser los tratamientos crueles, inhumanos o degradantes. Cualesquiera que sean estos tratos, se suelen dar en el ámbito de un entorno institucional de privación de libertad (Rivera y Cano, 2008) o en contextos de guerra (Špirić, Opačić, Jović y Samardžić, 2010).

### *Maltrato sexual*

El maltrato sexual se entiende como cualquier tipo de actividad sexual sin consentimiento (APA, 2014). Otros autores lo definen como ser tocado o ser obligado a tocar a otra persona sexualmente o ser forzado o amenazado para tener sexo oral, anal o genital (Wu et al., 2010). La violencia sexual se concibe como cualquier actividad sexual realizada de manera forzada o sin consentimiento. En esta definición se incluye cualquier actividad con personas que no están capacitadas para consentir. También implica la coacción física y/o psicológica para realizar estas actividades, independientemente de si llegan a realizarse o no (APA, 2014) o, en el caso de menores, que sean testigos de algún otro acto sexual, por ejemplo, masturbarse delante del menor (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Cuando la víctima es un menor, la presencia o ausencia de voluntariedad a la hora de participar en actividades sexuales carece de relevancia a la hora de establecer un abuso sexual (OMS, 1996). A diferencia de la clasificación del DSM-5 (APA, 2014), la CIE-10 si hace referencia a la posibilidad de que este abuso se dé por parte de una persona extraña a la familia o desconocida por el menor (OMS, 1996). A pesar de esto, en la infancia la mayoría de las personas que abusan del menor son cercanas o conocidas del mismo, como familiares, cuidadores, etc. (Echeburúa, 2004). En el tipo de abuso sexual extrafamiliar el adulto tiene una posición de poder

o estatus sobre el niño (OMS, 1996). Estas conductas sexuales suelen darse sin violencia física, puesto que la influencia, la seducción, la superioridad, el poder o la atemorización que ejerce el adulto sobre el menor suelen ser suficientes para eliminar todo tipo de resistencia. Los abusos sexuales en la infancia, a diferencia de lo que suele ocurrir en la edad adulta, son habitualmente reiterados. De hecho, esta reiteración tiene lugar en un 44% de los casos (Echeburúa y Redondo, 2010). En este sentido, implícitamente se da una revictimización que, a su vez, conlleva un mayor riesgo de sufrir consecuencias clínicas para el menor.

Por otra parte, se encuentra la violencia sexual en la adolescencia. Esta se define como cualquier comportamiento de naturaleza sexual no deseado que provoca estrés, malestar e incomodidad en las víctimas y que interfiere en su vida personal y social. Se puede dar entre iguales y/o en el seno de la pareja. A diferencia de lo que ocurre en el *bullying*, donde el esquema de distribución de roles (sumiso-agresor) está bien establecido, en las manifestaciones de violencia sexual entre adolescentes y entre parejas adolescentes esta distribución no está tan clara. Se ha observado cómo el modelo dominio-sumisión adquiere mayor complejidad en estos casos, existiendo un equilibrio entre géneros en cuanto a sentimiento de victimización pero un predominio del género masculino en cuanto a agresiones sexuales entre iguales (Ortega-Rivera et al., 2010). Se trata de una violencia cuya prevalencia va en aumento, según investigaciones recientes (Ortega-Ruiz et al., 2008).

En el Informe mundial sobre la violencia y la salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (2002) se resalta también la gravedad de los abusos sexuales durante la infancia, que han sido sufridos por un 20% de

las mujeres y entre un 5 y un 10% de los hombres. Otros autores informan de tasas de abusos sexuales del 20% en el total de la población. En concreto, la tasa de prevalencia de abusos sexuales graves con implicaciones clínicas para el menor afectado es del 4-8%. Además, el 15% del maltrato infantil incluye el abuso sexual (Echeburúa y Redondo, 2010).

En cuanto a la agresión sexual en la edad adulta, hay ciertos factores individuales de riesgo a la hora de sufrir una agresión de este tipo por ser limitativos de la capacidad de consentimiento. Entre ellos están el abuso de alcohol y drogas y la discapacidad intelectual, además de algunos trastornos psicopatológicos, como el trastorno de personalidad límite (por impulsividad), el histriónico (por la tendencia a llamar la atención) y el dependiente (por escasa asertividad) (Echeburúa, 2004).

La agresión sexual por parte de una persona conocida en la edad adulta se da, precisamente, en este contexto de cierta proximidad entre ambos. Generalmente, la interpretación de las señales para tener un encuentro sexual aceptado mutuamente se realiza de manera errónea por uno de las dos personas implicadas. También puede ocurrir esta situación en el contexto de una pareja ya establecida, como se ha explicado en el apartado correspondiente a características del maltrato según el contexto en el que ocurre (Echeburúa y Redondo, 2010). En el contexto de una agresión sexual, los sentimientos de culpa se agudizan cuando la persona agresora es conocida de la víctima (Echeburúa, 2004).

Las agresiones sexuales por un grupo de agresores suelen ser realizadas comúnmente por jóvenes, guiados por la misma tendencia gregaria de pertenencia al grupo que ocurre en otros delitos. En este tipo de

agresiones entran en juego numerosos procesos grupales como la imitación del comportamiento violento de otros, la sensación de anonimato o la búsqueda de la aceptación del grupo. El nivel de violencia suele ser mayor a medida que aumenta el número de personas agresoras. El deseo de aventura, el ejercicio de la violencia, el poder sobre la víctima, la humillación de la misma, la afirmación de la propia identidad de género o la camaradería entre los miembros del grupo son elementos principales en este tipo de agresiones, y no tanto el elemento sexual (Echeburúa y Redondo, 2010). Además, se trata de un fenómeno al que se le ha prestado mucha atención recientemente en nuestra sociedad.

### **1.2.2. Según el contexto en el que tiene lugar**

A continuación, se presentan algunos de los contextos más habituales en los que puede tener lugar cualquier tipo de maltrato.

#### *Maltrato en la familia*

La violencia de tipo intrafamiliar es mucho más destructiva que la que se vive fuera del núcleo familiar, puesto que se produce en un ámbito del que se espera apoyo y protección y es llevada a cabo por personas que, normalmente, son las encargadas de proteger a las víctimas. Se pueden dar diversos tipos de maltrato dentro de la familia. Uno de los que mayor presencia y visibilidad social tiene es la violencia de género dentro de la pareja. Por otra parte, existen grandes barreras para visibilizar la violencia hacia los niños, ancianos y discapacitados. Una de las principales es la dificultad por parte de estos colectivos para denunciar el maltrato. Dichas barreras tienen importantes consecuencias en la prevención y el tratamiento de estos tipos de violencia (Gómez-Bengoechea, 2009).

El maltrato a personas con discapacidad intelectual dentro de la familia suele ser más habitual en víctimas menores de edad, mientras que en el caso de las víctimas mayores de edad suele tener lugar en contextos residenciales. Existe una relación de bidireccionalidad entre maltrato y discapacidad intelectual. En muchas situaciones, una situación de maltrato puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de una discapacidad intelectual. Por ejemplo, el consumo de sustancias por parte de una madre embarazada se puede considerar maltrato prenatal y puede probar ciertos daños neurológicos en el feto que derivan en una discapacidad intelectual en la infancia (Gómez-Bengoechea, 2009).

Otro campo que ha sido muy poco estudiado en referencia al maltrato que puede tener lugar dentro de la familia es el maltrato entre hermanos y hermanas. Este maltrato puede ser psicológico, físico y/o sexual, y va más allá de meras disputas entre hermanos o de la curiosidad acerca de la sexualidad propia de la infancia. Tiene connotaciones importantes de cara a las consecuencias psicológicas y físicas para la víctima. En este sentido, la diferenciación es la misma que se realiza, por ejemplo, entre una discusión de pareja y la violencia en la pareja (Wiehe, 1998).

Generalmente, dentro de la familia puede existir un maltrato psicológico más difícil de identificar y más sutil que el maltrato físico o sexual. La violencia psíquica es mucho más intensa que una mala relación de familia y tiene consecuencias clínicas importantes para la víctima. Algunas de estas pueden ser problemas de salud, alteraciones de ansiedad, sintomatología depresiva, aislamiento social o déficit de autoestima, etc. (Echeburúa y Redondo, 2010).

## *Maltrato en la pareja*

La violencia contra la pareja es el reflejo de una situación de abuso de poder entre la persona con mayor número de recursos, que habitualmente es el hombre, y la persona más débil, que suele ser la mujer (Echeburúa y Redondo, 2010). La violencia de género es una de las formas más extendidas de maltrato en la edad adulta en la sociedad actual. Por violencia de género se entiende aquella que, como manifestación de la discriminación de la situación de la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia (Boletín Oficial del Estado, 2004). Este tipo de violencia es aquella que está ligada a, o cuya motivación son, los patrones de género y, en particular, la supeditación de la mujer al hombre en nuestra sociedad.

A pesar de que este suele ser el patrón usual de violencia dentro de la pareja, y sin menospreciar el papel que juegan los roles de género en dicho fenómeno, la violencia dentro de la pareja es una realidad compleja que corre el riesgo de ser simplificada bajo la relación estática hombre-agresor y mujer-víctima (Pérez-Testor, Davins, Castillo y Salamero, 2009). En menor medida, también se encuentra a la mujer como agresora y al hombre como víctima (Echeburúa y Redondo, 2010). En estos casos, es la violencia psicológica la que se emplea en mayor medida que la física.

Acostumbra a tener lugar en situaciones asimétricas, como en el caso de la violencia del hombre hacia la mujer. Tanto la violencia física como los homicidios se dan, generalmente, en un contexto de malos tratos previos reiterados del hombre hacia la mujer. De tal manera, esta violencia ocurre

en respuesta a la recibida o como única salida a la propia supervivencia de la mujer (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999).

Según un informe mundial sobre la violencia llevado a cabo por la OMS (2002), entre el 10% y el 69% de las mujeres han sido agredidas físicamente por su pareja masculina en algún momento de sus vidas. No se trata de un problema reciente, sino que ya en un estudio llevado a cabo por Mooney (1993) se vio cómo el 23% de las mujeres del norte de Londres habían sido víctimas de un intento de violación o de una violación consumada por parte de su pareja a lo largo de su vida. En estos casos, una de las partes decide no tener relaciones sexuales y la otra presupone el derecho a ello (Echeburúa y Redondo, 2010; Wiehe, 1998). Dentro del maltrato de pareja, una agresión sexual también puede ser parte de un episodio más del sometimiento sufrido por la víctima (Echeburúa y Redondo, 2010).

A su vez, la violencia en la pareja puede funcionar de manera bidireccional, como ocurre en numerosas ocasiones en parejas donde ambos miembros consumen algún tipo de sustancia (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2015). De la misma manera, en los adolescentes este patrón de violencia en la pareja también tiende a ser bidireccional, fruto de una generalización de un patrón de conducta violento entre iguales (Ortega-Rivera et al., 2010).

El maltrato por parte de la pareja tiene ciertas peculiaridades frente a otros tipos de maltrato. Se desarrolla una sintomatología en la víctima en la situación de maltrato. Estos síntomas, de tipo ansioso-depresivo, se caracterizan por la desesperanza, el abandono y el aislamiento social (Echeburúa, 2004). Las víctimas de este tipo de maltrato suelen presentar conductas de sumisión y de evitación de las consecuencias desagradables que

conlleven en muchos casos la cronificación del problema. De hecho, las víctimas tienden a percibir de manera igual o más dolorosa el maltrato psicológico que el físico (Echeburúa et al., 1998).

En cuanto al perfil de la persona agresora, no predomina ningún trastorno psicopatológico concreto, quedando excluida la hipótesis de enfermedad mental como respuesta a esta violencia (Echeburúa, 1994). No obstante, en la mayoría de casos existen ciertas alteraciones psicológicas referentes al control de la ira (Arteaga et al., 2015), a la empatía y la expresión de emociones, a las cogniciones acerca de la mujer y de la relación de pareja y a las habilidades de comunicación y de solución de problemas. Principalmente, predomina el abuso de alcohol en la historia psiquiátrica de los hombres maltratadores. A su vez, los celos patológicos y la baja autoestima también son dos características de este perfil (Echeburúa y Redondo, 2010).

La aparición de sintomatología depresiva o incluso de un trastorno por depresión en la víctima es una de las principales, y más frecuentes, consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. Viene explicada por una serie de circunstancias que tienen lugar en el seno de la pareja. Las respuestas adaptativas de la víctima ante el maltrato de su pareja son castigadas de manera inconsistente, mientras que se refuerzan las conductas no adaptativas como las conductas dependientes y sumisas. Esto provoca la ausencia de iniciativa y de motivación, así como la pérdida de autoestima y de conductas asertivas por parte de la víctima. La autoculpabilidad y la baja autoestima juegan un papel muy importante en la génesis y el mantenimiento de la depresión (Echeburúa, 1994).



Otra de las peculiaridades de este maltrato es que afecta de forma muy particular a los hijos o hijas de la pareja (Pérez-Testor et al., 2009). Esta afectación puede ser directa, en forma de maltrato infantil o negligencia, o indirecta. En la infancia, la exposición continua a esta violencia puede conllevar un pobre rendimiento escolar, ansiedad, problemas de sueño, culpa, baja autoestima y descontrol emocional. En la adolescencia pueden surgir también trastornos de la conducta alimentaria y dependencia a las drogas. Existen diferencias de género; los niños son más proclives a mostrar problemas de conducta y las niñas problemas ansioso-depresivos. En la adolescencia, la emancipación emocional de los padres se formula en modo de vinculación a pandillas en los chicos y en modo de retraimiento social y baja autoestima en las chicas (Echeburúa y Redondo, 2010).

#### *Maltrato por parte de compañeros*

El maltrato por parte de los compañeros se puede dividir entre aquel que se sufre en el entorno escolar (*bullying*), que tiene como víctimas a los menores, y aquel que tiene lugar en el ambiente de trabajo (*mobbing*).

#### - Bullying

Un tipo de maltrato específico entre pares en la infancia o en la adolescencia es el *bullying*. Se trata de un fenómeno que tiene lugar en la escuela y consiste en reiteradas acciones negativas dirigidas a un alumno o alumna en concreto por parte de uno o más de sus iguales (Salmivalli y Peets, 2010). Cuando en esta violencia existe una vinculación reiterada hacia motivos étnicos o culturales se trata de *bullying* racista (Monks, Ortega y Rodríguez, 2010). A este respecto, la CIE-10 ya concebía una "persecución o discriminación negativa" dentro del apartado "Factores que influyen en el

estado de salud y contacto con los servicios de salud". En esta se incluye cualquier experiencia que suponga una discriminación basada en la pertenencia a alguna etnia, religión u otros grupos, y no tanto en características personales del niño o de la niña. En este caso, se entiende que "la burla o el apodo que no se sigue de lo esperable por parte de un grupo de compañeros desagradables no es suficiente para la codificación", pero sí lo es la conducta discriminatoria de un profesor o profesora o la humillación pública, así como actos físicos o la exclusión del menor en actividades importantes. De esta forma, una discriminación negativa llevada a último término podría suponer un maltrato psicológico (OMS, 1996).

Más recientemente, está surgiendo un fenómeno de maltrato entre pares asociado a las tecnologías de la información y comunicación: el *cyberbullying*. Hasta hace unos años, el *bullying* se restringía a los contextos educativos. Actualmente, gracias al desarrollo de estas tecnologías, este tipo de maltrato se ha extendido a otros escenarios tan plurales como lo es Internet (Mora-Merchán, Ortega, Calmaestra y Smith, 2010). El *cyberbullying* consiste en cualquier episodio de violencia, acto agresivo e intencional desarrollado por un individuo o grupo de forma repetida y mantenida en el tiempo utilizando formas electrónicas de contacto, en el que la víctima no puede defenderse fácilmente por sí misma (Smith et al., 2008).

- Mobbing o acoso laboral

El acoso laboral se define como el maltrato psicológico que se lleva a cabo por parte de los compañeros o compañeras de trabajo de la víctima con el objetivo de provocar un daño psicológico en la misma y, en ocasiones, de obtener su salida de la organización (Fidalgo y Piñuel, 2004). En otras palabras, se trata de toda manifestación de una conducta abusiva que pueda

atentar contra la integridad psicológica o física de una persona o bien que pueda perjudicar al clima de trabajo, así como a la propia permanencia en el mismo. Lo que caracteriza a este tipo de acoso es su naturaleza repetida en el tiempo y la ausencia de ningún tipo de intento de resarcimiento por parte de la persona agresora (Hirigoyen, 1999).

En el marco de una relación laboral también se puede dar un acoso sexual. En este sentido, en la Ley Orgánica 15/2003 (Boletín Oficial del Estado, 2003) se recogen varias modalidades de agresiones sexuales, como delitos contra la libertad sexual, que también están contemplados en las definiciones de maltrato sexual del DSM-5 (APA, 2014). Entre ellos se encuentra el acoso sexual, específico del ámbito laboral.

### **1.3. Diferencias de género**

El género es un factor importante a tener en cuenta en la violencia, tanto en la ejercida como en la recibida. La mayoría de las personas agresoras son hombres, mientras que ser mujer representa un factor de riesgo para ser víctima de determinados tipos de violencia, como los abusos sexuales y el maltrato en la pareja (Echeburúa y Redondo, 2010). También en las agresiones sexuales en la infancia el género femenino es un factor de riesgo (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Stoltenborgh, van IJzendoorn, Euser y Bakermans-Kranenburg, 2011), puesto que casi el 60% de los menores agredidos son niñas (Echeburúa y Redondo, 2010). De hecho, en un estudio realizado en España se observó cómo la victimización sexual en menores era significativamente mayor para adolescentes de sexo femenino que masculino en todos los ámbitos excepto para aquellos menores en el sistema de justicia juvenil (Pereda, Abad, Guilera y Arch, 2015). En tasas mundiales, una de

cada 5 mujeres y uno de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia (OMS, 2016a). Por otro lado, en una investigación de cohorte retrospectiva acerca del abuso sexual en la infancia en Estados Unidos se encontraba cómo el abuso sexual en la infancia, si bien se presentaba en mayor medida para las niñas, tenía las mismas consecuencias negativas a largo plazo, tanto sociales como de salud, para niños y niñas (Dube et al., 2005). Estos autores apuntan a que la literatura clásicamente se ha esforzado en el estudio del género femenino, dejando de lado las repercusiones para los niños. En esta investigación se pone de manifiesto como ambos géneros son vulnerables al abuso sexual en menores prácticamente en la misma medida.

En cuanto a las tasas de victimización sexual, existe una importante cifra negra o desconocida. Por una parte, muchas de las agresiones de este tipo no son denunciadas y, por otra, en numerosos países aún no existen registros y estudios fiables a este respecto (Echeburúa y Redondo, 2010). En cualquier caso, su prevalencia siempre se encuentra subestimada (Organización Mundial de la Salud, 2013). Por ejemplo, se carece de información veraz del continente africano, centroamérica, países árabes y gran parte de Asia, aunque los pocos estudios que existen han obtenido tasas más altas que la media europea (Echeburúa y Redondo, 2010). A pesar de ello, sí existen datos a nivel europeo. En Europa, la mayoría de las víctimas de delitos contra la libertad sexual son mujeres (85,5%), frente a una mayoría de condenados por estos delitos varones (98,3%) (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012). En España, la tasa promedio de victimización sexual anual es de una de cada 100 mujeres mayores de 14 años (Echeburúa y Redondo, 2010).

Pese a todo eso, la probabilidad de ser víctima o agresor se distribuye en función de numerosos factores de riesgo y de protección. Por ejemplo, en Inglaterra se vio cómo los varones tenían mayor riesgo de sufrir una agresión por parte de personas desconocidas, mientras que cuando se trata de agresiones por parte de alguien conocido el nivel de riesgo se iguala entre ambos sexos (Jansson, 2007).

En concreto, la mayoría de las víctimas de maltrato en la pareja son mujeres. Las mujeres sufren de manera desproporcionada este tipo de violencia especialmente con consecuencias como lesiones, miedo y estrés postraumático (Caldwell, Swan y Woodbrown, 2012). En estos casos, algunos de los factores de riesgo son un emparejamiento a tempranas edades, un nivel cultural bajo, depender económicamente de la pareja y tener una red familiar y social limitada. Un factor de riesgo especialmente relevante es haber sido previamente víctima de maltrato o de abusos en la infancia (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Por otro lado, las carencias afectivas, vivir en entornos marginales y una baja autoestima también aumentan la probabilidad de ser víctima de maltrato (Echeburúa y Redondo, 2010).

En un menor número de ocasiones se produce el maltrato con la mujer como agresora. En estos casos, a diferencia del maltrato que tiene como víctima a la mujer, se trata de una violencia más psicológica que física y ocurre especialmente en situaciones asimétricas de la relación de pareja. En estos casos, la violencia física es infrecuente, pero cuando está presente lo hace en modo de estallido intenso (Echeburúa y Redondo, 2010). Las víctimas de las agresiones sexuales son principalmente mujeres, aunque cuando se dan en hombres tienen un gran impacto. En estos casos, la tendencia a la

ocultación es muy alta, por la vergüenza y el temor a la incomprensión de los demás (Echeburúa, 2004).

También existen diferencias de género a nivel biológico en cuanto a la afectación por el maltrato. Parece que son los niños los que se ven más afectados por haber experimentado cualquier tipo de maltrato, mostrando mayores déficits en el cuerpo calloso, menor volumen cerebral y mayor volumen ventricular (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Por otra parte, los hombres que han sufrido un abuso sexual en la infancia son más propensos a desarrollar trastornos antisociales o problemas de abuso de sustancias, mientras que las mujeres son más proclives a desarrollar sintomatología ansioso-depresiva y trastorno de estrés postraumático (Gault-Sherman, Silver y Sigfúsdóttir, 2009). De hecho, ya en la edad adulta las mujeres presentan en mayor proporción este trastorno (APA, 2014; Nemeroff et al., 2006).

El género no solo actúa como factor de riesgo, sino que también implica un perfil diferencial en el desarrollo de las consecuencias que tiene un maltrato sobre la persona. Según Echeburúa y Redondo (2010), cuando un niño se expone repetidamente a la violencia resultado de, por ejemplo, vivir en un hogar en el que el padre ejerce un maltrato hacia a la madre, la conducta violenta tiene más tendencia a aprenderse como un recurso eficaz y aceptable para hacer frente a las frustraciones o resolver conflictos. El maltrato sería así una conducta agresiva que se aprende. En este sentido, existe un riesgo de que se generalice en la edad adulta como método de resolución de conflictos (Echeburúa y Redondo, 2010). En el caso de las niñas, estas pueden aprender a normalizar la violencia y a aceptarla (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999). Las diferencias de género en

la violencia se transmitirían de generación en generación, dado que el patrón general es de violencia en la pareja del hombre a la mujer (Echeburúa y Redondo, 2010). De hecho, un 36% de los maltratadores ha sido maltratado en la niñez (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Un estudio en Nigeria revela cómo haber sido testigo de violencia en la pareja de los padres durante la infancia aumenta el riesgo de ser víctima de esta violencia durante la edad adulta (Solanke, 2018). Es una vía mediante la cual se puede estar perpetuando la agresividad en niños y la sumisión en niñas. No obstante, no sería la única, puesto que el 64% de los maltratadores restante no ha sufrido este maltrato en la infancia.

#### **1.4. Vulnerabilidad personal**

Existe una amplia variabilidad en la manera en la que un mismo suceso traumático afecta a unas personas o a otras (Echeburúa, 2004; Manzanero y Recio, 2012). La vivencia de un acontecimiento traumático no siempre implica el desarrollo de un trauma, sino que existen distintos factores que modulan este efecto (Carlson, 2005; Echeburúa, 2004). Por ejemplo, a menor edad y a mayor duración del maltrato, mayor afectación (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Un incidente se considerará traumático en la medida en que los recursos personales del individuo afectado no sean capaces de asumir el impacto del mismo (Robles, Badosa, Pina y Freixas, 2008).

En este apartado se analiza cuáles son los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir unas consecuencias traumáticas más intensas y cuáles son aquellos que lo disminuyen o que actúan como protectores. Es decir, se trata el concepto de vulnerabilidad personal, que se refiere a la probabilidad de sufrir un impacto emocional intenso tras una

agresión o suceso traumático (Echeburúa, 2004). En este caso, se hablaría de víctimas vulnerables.

Otra perspectiva distinta es aquella que trata los factores de riesgo que hacen que aumente la probabilidad de ser elegido como víctima por parte del agresor. Estos pueden ser estables (como el género –ser mujer- y la edad –ser joven-) o situacionales (como haber consumido alcohol en exceso en lugares nocturnos) (Echeburúa, 2004). En estos casos hablaríamos de víctimas de riesgo.

#### **1.4.1. Factores de vulnerabilidad**

A continuación, se identifican aquellas variables que modulan la adaptación, por parte de la víctima, a un acontecimiento traumático, agresión o maltrato. Según Echeburúa (2004), los distintos factores que tienen un papel relevante en el mayor o menor daño psicológico de la víctima tras la vivencia de un suceso traumático se pueden dividir en tres grandes bloques: aquellos que tienen que ver con la víctima, los relacionados con el suceso y aquellos derivados del contexto.

##### *Vulnerabilidad de la víctima*

La vulnerabilidad tanto psicológica (precariedad del equilibrio emocional) como biológica (menor umbral de activación fisiológica) de la víctima y sus recursos psicológicos de afrontamiento disponibles (personalidad resistente al estrés) son factores importantes a la hora de prever el riesgo de impacto del trauma (Echeburúa y Redondo, 2010). Los diferentes factores de vulnerabilidad personal se recogen en la tabla 1.



**Tabla 1. Factores de vulnerabilidad personal ante un suceso traumático**

Biográficos	Historia de victimización en la infancia (abuso sexual, malos tratos, etc.) Antecedentes de otros sucesos traumáticos en el pasado
Psicobiológicos	Elevado grado de neuroticismo Baja resistencia al estrés (menor umbral de activación fisiológica)
Psicológicos	Escasos recursos de afrontamiento Mala adaptación a los cambios Inestabilidad emocional previa
Psicopatológicos	Trastornos psicopatológicos previos (trastornos adictivos, del estado de ánimo, de ansiedad, de personalidad, etc.) Rigidez cognitiva o personalidad obsesiva
Psicosociales	Falta de apoyo familiar Falta de apoyo social Falta de apoyo institucional

Fuente: Echeburúa y Redondo (2010)

Las estrategias que predicen un peor ajuste son aquellas de corte evitativo, como la negación y el aislamiento social (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Son especialmente relevantes a la hora de establecer el impacto psicológico a largo plazo (Echeburúa y Redondo, 2010; Nemeroff et al., 2006). Algunas de estas estrategias son las siguientes:

- Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta.
- Sentimientos de culpa.
- Emociones negativas de odio y venganza.
- Aislamiento social.
- Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos.
- Consumo excesivo de alcohol o de drogas.
- Abuso de fármacos.

#### *Factores relacionados con el suceso*

Los factores que tienen que ver con el suceso son la intensidad/duración del mismo, la percepción de este (significación y

atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del mismo, el grado de riesgo experimentado, las pérdidas sufridas, etc. Los acontecimientos traumáticos pueden ser naturales, accidentales o intencionados. Es en este último caso cuando generan una sintomatología más grave y un trauma más duradero (Echeburúa, 2004). En el caso del maltrato se trata de un trauma intencionado.

De manera general, los aspectos relacionados con el suceso tienen un papel reducido en la aparición del trastorno de estrés postraumático como ejemplo de unas consecuencias traumáticas importantes (Weisæth, 1998). Este cariz de intencionalidad, junto con la violencia interpersonal implicada, es lo que le confiere al maltrato la categoría de estresor severo a la hora de provocar consecuencias importantes en la víctima (Echeburúa, 2004; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Stein et al., 2010).

#### *Factores relacionados con el contexto*

La posible concurrencia de otros problemas actuales y forma los factores de riesgo que tienen que ver con el contexto. En este sentido, habrá mayor posibilidad de sufrir consecuencias traumáticas por parte de la víctima si se encuentra en una situación vital estresante, más allá de la vivencia traumática, como la muerte de un familiar o un despido reciente (Echeburúa y Redondo, 2010). De hecho, las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta tienen lugar en un contexto previo de vulnerabilidad generado por el suceso vivido, pero provocadas por acontecimientos recientes o circunstancias próximas en el tiempo (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

De manera resumida, los efectos a corto plazo de un acontecimiento traumático vienen determinados, principalmente, por la estructura del suceso, mientras que los efectos a medio y largo plazo en la vida de la víctima estarán mediados por los factores señalados en esta sección (Echeburúa y Redondo, 2010).

#### **1.4.2. Factores de protección**

Las estrategias de afrontamiento cumplen un papel muy importante dentro de los factores que protegen ante el desarrollo de un trauma tras un suceso traumático (Baixauli, 2011; Echeburúa y Redondo, 2010). Uno de los factores de protección que modula la gravedad de las implicaciones traumáticas a largo plazo es poseer una personalidad resistente al estrés (Echeburúa y Redondo, 2010). Este tipo de personalidad se caracteriza por:

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo.
- Estilo de vida equilibrado.
- Apoyo social y participación en actividades sociales.
- Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familiar, actividades de voluntariado etc.).
- Afrontamiento de las dificultades cotidianas.
- Aficiones gratificantes.
- Sentido del humor.
- Actitud positiva ante la vida.
- Aceptación de las limitaciones personales.
- Vida espiritual.

Aquellas estrategias que tienen un efecto protector a largo plazo se denominan estrategias aproximativas. También tiene un importante peso protector la promoción de un apego seguro, en el caso de los menores. En este sentido, las estrategias de afrontamiento que acompañan a una

respuesta adaptativa ante un acontecimiento traumático son las siguientes (Echeburúa y Amor, 2019; Echeburúa y Redondo, 2010):

- Exposición a situaciones/estímulos que puedan recordarle al suceso.
- Búsqueda de apoyo social, familiar y ayuda terapéutica (si se requiere).
- Conductas respetuosas o altruistas con los demás.
- Focalización atencional en situaciones actuales positivas.
- Establecimiento de nuevas metas y relaciones.
- Experiencia compartida del dolor y de la pena.
- Aceptación del hecho.
- Reevaluación positiva del suceso (hasta donde sea posible).
- Fijación selectiva en lo positivo.

## **1.5. Consecuencias de un acontecimiento traumático**

Se entiende por suceso traumático un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, inesperada e incontrolable. Este suceso pone en peligro la integridad física o psicológica de una persona y tiene consecuencias dramáticas inmediatas para la víctima como terror o indefensión (Echeburúa, 2004; Echeburúa y Redondo, 2010). La reacción psicológica desadaptativa y a largo plazo ante un suceso traumático es lo que se denomina trauma (Echeburúa, 2004).

### **1.5.1. Trastorno de estrés postraumático**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una de las consecuencias más perjudiciales de experimentar un evento de este tipo. A pesar de su gravedad, sólo una pequeña parte de las víctimas que han estado expuestas a un acontecimiento traumático desarrolla un trauma; concretamente, entre el 15% y el 20% de las personas que viven un suceso traumático desarrollan un TEPT (Echeburúa, 2004). En cambio, esta tasa

aumenta hasta un 50%-60% para aquellos sucesos violentos e interpersonales como el terrorismo, la violencia familiar o una agresión sexual (Echeburúa, 2004; Ozer et al., 2003; Weisæth, 1998). Por ejemplo, sufrir maltrato sexual en la infancia se ha ligado en numerosas investigaciones con el posterior desarrollo de sintomatología postraumática (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Nemeroff et al., 2006; Ozer et al., 2003; Ullman, Najdowski y Filipas, 2009). La relevancia del trastorno de estrés postraumático no solo deriva de la posibilidad de su presencia tras la vivencia de un maltrato sino de la alta probabilidad del desarrollo de su sintomatología aún sin completar el cuadro (Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Parece ser que la relación entre haber sufrido maltrato, bien sea físico, emocional o sexual, y el posterior desarrollo de un TEPT se encuentra mediado por una dificultad a la hora de la regulación de las emociones, un bajo apoyo de la red social y posibles eventos violentos recientes (Stevens et al., 2013).

Los grupos de síntomas que más comúnmente se dan en personas que han sufrido un suceso traumático y su afrontamiento no se ha dado de manera satisfactoria se dividen en cuatro (APA, 2014) y se exponen de manera resumida en la tabla 2. El primero es la reexperimentación. En este sentido, se pueden dar pesadillas que generan un alto grado de malestar emocional. También pueden tener lugar pensamientos intrusivos, que consisten en recuerdos muy vívidos y recurrentes, así como *flashbacks*, durante los cuales la víctima revive el acontecimiento (luzes, sonidos, personas, etc.).

**Tabla 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)**

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza en una o más de las formas siguientes	Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)
	Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) a otros
	Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo.
Al menos uno	Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s)
B. Presencia de uno más de los siguientes síntomas relacionados con el suceso(s) traumático(s)	Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos
	Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)
	Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s)
Uno o más	Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)
C. Evitaciones	Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)
Una o dos	Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)
D. Embotamiento afectivo	Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s)
	Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo
	Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo a o a los demás.
Dos o más	Estado emocional negativo persistente
	Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas
	Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás
	Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas
E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s)	Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos
	Comportamiento imprudente o autodestructiva
Dos o más	Hipervigilancia
	Respuesta de sobresalto exagerada
	Problemas de concentración
	Alteración del sueño
F. Duración superior a un mes	
G. La alteración causa malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento	
H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afectación médica.	

Fuente: APA (2014)

En segundo lugar, se observan evitaciones, tanto cognitivas como conductuales. Surgen como forma de huir de aquello que causa sufrimiento, pero en último término acaban dificultando la vida diaria de la persona. En tercer lugar, otro grupo de síntomas es la alta activación fisiológica. Las personas que han experimentado un acontecimiento de este tipo están en una alerta constante. En último lugar, se encuentran el embotamiento afectivo (Echeburúa, 2004) y las alteraciones cognitivas (APA, 2014). En el embotamiento afectivo, también denominado anestesia emocional, el paciente se muestra con frialdad a la hora de hablar de lo ocurrido y existe una dificultad para expresar las emociones, ya sean positivas o negativas. En consecuencia, se tienen dificultades para mantener relaciones de intimidad con otras personas. Las alteraciones cognitivas acarrearán sentimientos de culpa, creencias irracionales acerca de las causas o consecuencias del suceso y la generación de expectativas negativas sobre uno mismo, sobre los demás o sobre el futuro.

Toda esta sintomatología es una forma de la persona afectada de adaptarse a la situación vivida y de encajarla en su repertorio de experiencias. Ello conlleva normalmente el deterioro de las relaciones interpersonales y la aparición de conductas impulsivas como el consumo de drogas. En ocasiones, el impacto es tan grande que incluso llega a implicar una transformación persistente de la personalidad (Echeburúa, 2004; Manzanero y Recio, 2012). Además, estas consecuencias en las relaciones interpersonales pueden conllevar efectos negativos en el funcionamiento de la pareja o de la familia, lo cual constituye otro foco de traumatización secundaria. También pueden tener lugar conductas violentas hacia personas fruto de la inadaptación social, de la desconfianza hacia otras personas, del efecto de las drogas o como

manifestación de los sentimientos de culpa por las conductas realizadas (Echeburúa, 2004). Por otra parte, haber desarrollado un TEPT es uno de los factores de riesgo ligados a una posterior revictimización (Mills et al., 2018).

### **1.5.2. Otras consecuencias traumáticas**

Existe un amplio rango de sintomatología que puede afectar a las víctimas de un suceso traumático, más allá del desarrollo estricto de un TEPT (Manzanero y Recio, 2012; Nemeroff et al., 2006). Prueba de ello es que el TEPT se da en un 15,8% de las víctimas no recientes de delitos violentos, mientras que su sintomatología está presente en casi el 34,7% de estas víctimas (Echeburúa, 2004). Por ejemplo, algunas de estas implicaciones son el desarrollo de conductas de abuso/dependencia de sustancias en la edad adulta (Hughes et al., 2017; Ullman et al., 2009) como resultado de un aumento de la impulsividad (Hirigoyen, 1999), así como problemas emocionales y conductuales en los menores (Asgeirsdottir, Sigfusdottir, Gudjonsson, y Sigurdsson, 2011).

A corto plazo se da la "lesión psíquica" (Echeburúa, 2004) o trastorno por estrés agudo (APA, 2014). Se trata de una alteración aguda que se manifiesta en los tres niveles de respuesta. A nivel fisiológico, se dan sobresaltos continuos; a nivel conductual, tienen lugar conductas de apatía y de evitación; y, a nivel cognitivo, surgen pensamientos de indefensión e incontrolabilidad. Por ejemplo, las víctimas, en su mayoría mujeres, sufren alteraciones somáticas como consecuencia de una exposición crónica a una situación estresante (Echeburúa, 2004).

A medio y/o largo plazo se pueden dar secuelas emocionales. Se trata en este caso de la estabilización del daño psíquico. Es, por lo tanto, una



alteración permanente en el funcionamiento psicológico habitual. La secuela más común es la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos como la dependencia emocional (Afifi et al., 2011; Echeburúa, 2004). Los altos niveles de ansiedad y los síntomas depresivos son habituales, así como una baja autoestima (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999). Se ha visto que los eventos traumáticos que implican violencia interpersonal están especialmente vinculados con un aumento importante del riesgo de ideación e intentos de suicidio. Esta relación se intensifica para aquellas personas que han sufrido algún tipo de violencia sexual. Además, a mayor número de eventos traumáticos mayor probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas (Stein et al., 2010).

En el caso del maltrato a la mujer, las consecuencias psicológicas más comunes se pueden agrupar en cuatro categorías: sintomatología ansiógena, sintomatología depresiva, sentimientos de culpa y un aislamiento social pronunciado (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999). En cuanto a la sintomatología ansiosa, resultado de la presencia de una amenaza incontrolable constante, este se acompaña de respuestas de alerta y sobresalto constante. Las humillaciones y la percepción de fracaso en la relación tienen su reflejo en síntomas depresivos y en una baja autoestima. Destaca en estos casos el aislamiento social, que se asocia al hecho de tratar de ocultar la violencia recibida, en parte por la presión del agresor y en parte por la vergüenza social percibida.

Por otra parte, Schmid, Petermann y Fergert (2013) llevaron a cabo una revisión acerca de los principales argumentos a favor y en contra de la inclusión en el DSM-5 del Trastorno de Desarrollo del Trauma (TDT). Se trata de un trastorno con una sintomatología de amplio rango (alteraciones en la

esfera emocional, fisiológica, social, en la autoestima, etc.) que surge como resultado de la vivencia de un suceso traumático en la infancia o en la adolescencia. Otra de las características de este supuesto trastorno implicaría un síntoma de al menos 2 de los 3 grupos sintomáticos del TEPT presentes en la anterior edición del DSM-IV-TR (APA, 2002). Se trata de un trastorno que cubriría el vacío de aquellos pacientes que efectivamente han experimentado un trauma pero no completan los criterios para TEPT (Rahim, 2014). Finalmente, el TDT no ha sido incluido en el DSM-5.

### **1.5.3. Consecuencias de sufrir un trauma en la infancia**

Las repercusiones en la vida adulta de un trauma en la infancia son muy difíciles de predecir, y menos frecuentes de lo que cabría esperar. De hecho, las consecuencias psicológicas se expresan de manera distinta en menores que en adultos (Echeburúa, 2004).

Haber experimentado un trauma en la infancia es un factor de riesgo para desarrollar consecuencias traumáticas en la edad adulta. El cerebro es especialmente vulnerable en estas etapas ya que se encuentra en pleno desarrollo. Según estudios recientes, el período de mayor vulnerabilidad es la etapa previa a los 3 años (Dunn et al., 2019). Los daños producidos por un estrés crónico se pueden manifestar a nivel físico, emocional y cognitivo y, en ocasiones, derivar en el desarrollo de diversas patologías en la edad adulta, como el trastorno de estrés postraumático, la depresión, el abuso de sustancias e incluso trastornos de personalidad (Afifi et al., 2011; Buckingham y Daniolos, 2013; Hughes et al., 2017; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). De hecho, se ha visto cómo en una muestra representativa de población adulta con algún trastorno de personalidad la presencia de

diferentes tipos de maltrato en la infancia es muy prevalente (Afifi et al., 2011). Además, el impacto de los estresores en las distintas etapas evolutivas puede dificultar el adecuado desarrollo de funciones cognitivas específicas. Esto puede tener un efecto cascada en el posterior desarrollo de las funciones cognitivas superiores (Lee y Hoaken, 2007).

Sólo el 20% de los casos con trauma infantil desarrollan consecuencias psicopatológicas en la vida adulta (Echeburúa, 2004; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Desde el punto de vista del trauma, lo que predice una peor evolución a largo plazo es la revictimización continuada (entendida como la repetición del mismo u otro trauma), una alta intensidad de los síntomas experimentados en la infancia, y la presencia de una disociación peritraumática (síntomas disociativos, como amnesia psicógena en las horas y días posteriores al trauma) (Echeburúa, 2004).

La relación entre las consecuencias traumáticas y el evento adverso sufrido, por ejemplo, en la infancia, no siempre es directa e inequívoca (Carlson, 2005). Generalmente, es necesario que se den otras circunstancias más próximas en el tiempo como problemas en el trabajo, en la pareja, aislamiento social, etc. (Griffin, Resick, y Mechanic, 1997) para disparar los síntomas traumáticos. De hecho, según el modelo del estresor acumulativo, existe un efecto acumulativo por el cual a mayor número de eventos traumáticos, mayor probabilidad de desarrollar síntomas psicopatológicos (Dube, Anda, Felitti, Edwards, y Croft, 2002), mayor probabilidad de llevar a cabo comportamientos de alto riesgo para la salud (Campbell, Walker y Egede, 2016) como, por ejemplo, ideación e intentos de suicidio (Stein et al., 2010) y mayor probabilidad de desarrollar problemas físicos de salud (Flaherty et al., 2013). Es importante destacar que los problemas a largo

plazo pueden venir dados en función del trauma, de su gravedad, de su frecuencia, de la vinculación con la persona agresora, etc. También están desencadenados por circunstancias próximas en el tiempo como conflictos de pareja, aislamiento social, problemas en el trabajo, etc. (Echeburúa y Redondo, 2010). No obstante, y a pesar de la baja tasa de personas que sufren implicaciones en la vida adulta, el maltrato en la infancia se ha asociado a una gran variedad de consecuencias psicopatológicas posteriores (Asgeirsdottir et al., 2011; Brodsky y Stanley, 2001; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Wolff y Shi, 2012).

Toda exposición a situaciones adversas aumenta el riesgo de sufrir consecuencias negativas en la salud, especialmente si se trata de maltratos y/o abandonos (Jewkes, Dunkle, Nduna, Jama y Puren, 2010). Respecto a ello, Brodsky y Stanley (2001) realizaron una revisión cuya principal conclusión es que sufrir maltrato físico y/o sexual durante la infancia se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de conductas suicidas. Según estos autores, otros factores de riesgo relacionados serían el maltrato emocional y el abandono físico y/o emocional. El riesgo de suicidio aumenta, sobre todo a largo plazo, para aquellas personas que han sido víctimas de maltrato en su infancia. Esto ocurre, entre otros mecanismos, mediante alteraciones en la respuesta de estrés del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (McGowan et al., 2009).

Las experiencias de maltrato en la infancia también constituyen un importante factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y conductuales en menores (Asgeirsdottir et al., 2011). Entre ellos, además de problemas depresivos (Asgeirsdottir et al., 2011; Wolff y Shi, 2012) o

ideación suicida (Brodsky y Stanley, 2001; Crowell et al., 2008), destaca el abuso de sustancias (Asgeirsdottir et al., 2011; Widom, Marmorstein y Raskin White, 2006).

En un estudio llevado a cabo por Wolff y Shi (2012) en Estados Unidos con una muestra de convictos se evaluaron las consecuencias de haber sufrido maltrato tanto en la infancia como en la edad adulta. Se observó que haber sufrido maltrato en la infancia predice problemas psicopatológicos en la edad adulta. De hecho, encontraron que cada tipo de trauma tiene un impacto diferente en esta sintomatología. Aquellos que habían sufrido maltrato físico en la infancia tenían más posibilidades de haber estado en tratamiento por depresión y ansiedad y de haber sufrido síntomas ansioso-depresivos, así como de haber abusado de diferentes drogas. El maltrato sexual en la infancia se relacionaba en mayor medida con padecer problemas de comportamiento, mientras que haberlo sufrido en la edad adulta predecía problemas de dependencia y abuso de sustancias.

Además, el maltrato en la infancia se ha relacionado con el consumo de alcohol, especialmente en mujeres (Oberleitmer, Smith, Weinberger, Mazure, y McKnee, 2015), así como con una edad más temprana en el inicio del consumo de alcohol (Lotzin, Grundmann, Hiller, Pawils y Schäfer, 2019; Rothman, Edwards, Heeren, y Hingson, 2008). Se ha visto cómo los daños producidos por traumas tempranos en el vermis pueden estar relacionados con el desarrollo de psicopatologías como el abuso de drogas (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011).

Aquellos adolescentes que han sufrido maltrato de algún tipo durante su niñez presentan mayor riesgo de desarrollar conductas antisociales y

violentas (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). De esta manera, se puede perpetuar la violencia generación tras generación en el denominado "ciclo de la violencia".

El estrés continuado en la infancia tiene un impacto temprano muy importante en el desarrollo (Lee y Hoaken, 2007; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). El cerebro es sensible a las situaciones traumáticas o de estrés crónico, como el maltrato, dado su continuo desarrollo desde la infancia hasta, casi incluso, la edad adulta (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Nemeroff et al., 2006). De hecho, al estar expuesto a un estrés continuo y repetido a lo largo del tiempo, hay áreas del cerebro que están crónicamente activadas (como el sistema límbico activado por la amenaza y el córtex prefrontal por el enfado o ira). Las conexiones de estas áreas se fortalecerán, mientras que también habrá conexiones infrautilizadas que habrán reducido su conectividad e incluso habrán llegado a suprimirse (Lee y Hoaken, 2007). El maltrato infantil, como poco, provoca una grave interrupción del desarrollo normal (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). En un estudio con 265 adultos que realizaron Teicher, Anderson, Ohashi y Polcari (2014) con resonancia magnética se observó cómo existen determinadas áreas cerebrales afectadas en personas que han sufrido maltrato infantil, frente a personas que no lo han sufrido. Estas áreas se encuentran directamente relacionadas con la regulación de las emociones y de los impulsos.

A su vez, esta activación constante conlleva la segregación continua de cortisol, lo que implica consecuencias clínicas para la salud de la víctima (Echeburúa, 2004; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Por ejemplo, en adultos estas consecuencias pueden variar desde dolores de cabeza hasta una caída del sistema inmunitario, pasando por problemas gastrointestinales, fatiga

crónica y mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Echeburúa, 2004). Se ha visto que en adolescentes que han sufrido algún tipo de adversidad en la infancia, entre las cuales se incluye el maltrato, existe un número significativamente mayor de preocupaciones somáticas, frente a aquellos que no han sufrido eventos de este tipo. Las preocupaciones somáticas se refieren a numerosos problemas físicos inespecíficos de origen desconocido como dolores de cabeza, cansancio, problemas en la piel y en los ojos, pesadillas, etc. (Flaherty et al., 2013). Además, se observa un efecto acumulativo: a mayor número de traumas mayor probabilidad de desarrollar cualquier problema de salud (Campbell et al., 2016; Flaherty et al., 2013).

El maltrato infantil es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar una sintomatología psicopatológica en la adolescencia y/o en la edad adulta (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; OMS, 2016b). Existe una variabilidad en las implicaciones de un tipo de maltrato u otro para la víctima. Por ejemplo, el maltrato físico aumenta la agresividad en la edad adulta mediante la generación de un sesgo cognitivo de percepción de amenaza, mientras que el abandono lo hace mediante déficits en la regulación emocional (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Banducci, Hoffman, Lejuez y Koenen (2014) observaron que los distintos tipos de maltrato en la infancia (sexual, físico y emocional) conllevan consecuencias negativas específicas para pacientes con un problema de abuso de sustancias. Aquellos pacientes que han sufrido algún tipo de abuso sexual están más implicados en actividades sexuales de riesgo como tener relaciones sexuales sin protección, intercambio de sexo por sustancias o experimentar bajo deseo sexual en ausencia del consumo de la sustancia problema. Haber experimentado violencia física en el pasado se encuentra vinculado, específicamente, con los

comportamientos violentos en forma de número de arrestos por asalto o amenazas con arma. Por último, el maltrato emocional está relacionado con déficits en la regulación emocional. De ahí la necesidad de estudiar las diferentes consecuencias psicopatológicas de cada tipo de maltrato.

### *Negligencia en la infancia*

Tanto el maltrato físico como la negligencia se han vinculado a una mayor agresividad en la adolescencia y en la edad adulta (Lee y Hoaken, 2007). En esta relación pueden estar mediando diferentes variables en función del tipo de maltrato.

Los efectos del abandono o negligencia son importantes y duraderos puesto que la constante privación de relaciones sociales impide el desarrollo de las regiones neuroanatómicas relacionadas con las habilidades cognitivas y emocionales (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). El resultado de la negligencia es desarrollarse en un entorno empobrecido emocionalmente. De esta manera, el niño o la niña podrá tener dificultades para su regulación emocional, como por ejemplo para afrontar ciertas emociones negativas, dado que carece o ha carecido de la adecuada estimulación. A medida que el menor crece y se va adentrando en la adolescencia, etapa repleta de nuevas experiencias y emociones, se pone de manifiesto la dificultad a la hora de regular dichas emociones. En consecuencia, la probabilidad de que se desarrollen conductas agresivas será mayor en un entorno novedoso y ante situaciones de alta activación como las que se dan durante el desarrollo adolescente (Lee y Hoaken, 2007).



### *Maltrato físico en la infancia*

Una historia de maltrato físico se ha vinculado, especialmente frente a otros tipos de maltrato, al desarrollo de ciertos sesgos a la hora de interpretar la realidad social. Haber crecido en una situación permanente de alerta favorece el desarrollo de una hipervigilancia hacia posibles amenazas. Al reforzarse constantemente esta interpretación, se perpetúa como una atención selectiva ante signos de amenaza. No solo eso, también pueden desarrollar un sesgo de atribución hostil, según el cual ante una señal neutra se interpreta una intención de hostilidad. Es decir, se responde de manera reactiva y defensiva. Parece razonable que, si en el entorno de crianza predomina la ira, el niño o niña aprenda a prestar especial atención ante este tipo de señales y tienda a su interpretación como un gesto hostil. No obstante, a pesar de existir una amplia variedad de estudios acerca de los efectos del maltrato en la agresividad, los mecanismos entre ambos constructos aún no están esclarecidos (Lee y Hoaken, 2007).

Se ha vinculado el maltrato físico en la infancia a una mayor probabilidad de informar de discapacidad a causa de problemas de salud en la vida adulta, así como a una mayor probabilidad de necesitar de material específico para suplir dicha discapacidad. El maltrato físico es, junto con el abuso sexual en la infancia, uno de los eventos adversos que mayor número de problemas de salud predice en la edad adulta (Campbell et al., 2016).

### *Abuso sexual en la infancia*

Ser víctima de abuso sexual en la infancia es uno de los mayores predictores de sufrir maltrato sexual en la etapa adulta (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Ullman et al., 2009). En un estudio con mujeres víctimas de

violencia sexual en la etapa adulta se vio cómo más del 50% había sufrido abusos sexuales antes de los 14 años (Ullman et al., 2009). Las consecuencias tanto a corto plazo como a largo plazo son numerosas para las personas afectadas: a nivel físico, conductual, emocional, sexual y social.

Las agresiones sexuales pueden tener consecuencias muy específicas a largo plazo. De hecho, estos efectos se dan en, al menos, el 30% de los casos (Echeburúa y Redondo, 2010). Algunas de ellas son, por ejemplo, el desarrollo de disfunciones sexuales y unos sentimientos de culpa especialmente intensos. En estos casos, la culpa se puede referir a la conducta de la víctima antes, durante y después de la agresión. Al menos en parte, estos sentimientos de culpa están inducidos socialmente. Esta culpabilidad se puede ver agudizada si el agresor es una persona conocida (Echeburúa, 2004), como se ha explicado previamente.

Es especialmente este tipo de maltrato el que más se ha vinculado con el posterior desarrollo de sintomatología postraumática, así como del trastorno de estrés postraumático (Baixauli, 2011; Ullman et al., 2009). Este trastorno, a su vez, actúa como mediador entre el maltrato sexual en la infancia y las conductas de abuso y/o dependencia al alcohol en la edad adulta (Ullman et al., 2009). Además, puede haber una alta impulsividad en la vida adulta que puede reflejarse en problemas de la alimentación, como la bulimia, o en adicciones, como la ludopatía (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999). En estos casos, dichos problemas funcionan como un mecanismo de supervivencia para escapar del daño emocional del trauma (Echeburúa y Redondo, 2010). Otras alteraciones pueden ser la amnesia disociativa o la incapacidad para recordar el maltrato sufrido en ausencia de base orgánica (Hirigoyen, 1999). El resto de consecuencias psicopatológicas son muy

variadas, no existiendo un trastorno específico como tal. Se observan síntomas depresivos, control inadecuado de la ira y otras consecuencias típicas de cualquier tipo de trauma (Campbell et al., 2016; Echeburúa y Redondo, 2010). También se ha vinculado con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud como obesidad y diabetes en la edad adulta. En comparación con otro tipo de eventos adversos que tienen lugar durante la infancia, el abuso sexual es uno de los que peores resultados de salud predicen en la edad adulta (Campbell et al., 2016).

El fenómeno de victimización secundaria ha sido ampliamente estudiado, especialmente en los casos de maltrato sexual infantil. La victimización primaria es aquella derivada directamente del maltrato mientras que la victimización secundaria se deriva de la mala o inadecuada relación posterior establecida entre la víctima y otros entes, como el sistema jurídico-penal o los servicios sociales (Echeburúa, 2004; Gutiérrez, Botero, Coronel y Pérez, 2009). Entre otros, comprende la negación de los hechos por parte de los entes implicados en el proceso de denuncia (Gutiérrez et al., 2009). Por ejemplo, mientras que la probabilidad de victimización secundaria se ve aumentada por la realización de múltiples entrevistas por distintos profesionales al menor en la fase de evaluación, no ocurre así si estas entrevistas se realizan por el mismo profesional (Berliner y Elliott, 2002).

En resumen, lo que principalmente diferencia a una víctima de abuso sexual de una que ha sufrido otro tipo de maltrato es la conducta sexual inapropiada (Cantón-Cortés y Cortés, 2015; Echeburúa y Redondo, 2010). El resto de consecuencias son fruto de la traumatización y la victimización que ambos sucesos acarrearán.

## **1.6. Conclusiones sobre el maltrato**

El maltrato es una de las experiencias más disruptivas para el ser humano por su carácter intencional e interpersonal. Puede ser vivido en múltiples formas, desde atendiendo al tipo de violencia que se ejerce hasta quién es la persona que lo lleva a cabo, o la víctima que lo sufre.

De cualquier forma, sea cual sea el tipo de maltrato experimentado, las consecuencias son innumerables e impredecibles para la víctima. Se conoce cuáles son los trastornos principales que se pueden derivar de sufrir un suceso traumático. Pero, además de dichos trastornos, existen numerosos déficits y dificultades en la vida cotidiana que las personas que han sufrido maltrato físico, sexual o emocional experimentan. Estos varían desde dificultades a la hora de desarrollar habilidades sociales adecuadas, síntomas ansiosos o depresivos, descontrol con el consumo de sustancias, hasta un considerable aumento del riesgo de ideación suicida e intentos autolíticos.

Tampoco se puede predecir de manera exacta si una persona desarrollará unas u otras consecuencias; lo que sí podemos controlar, por ejemplo, son los factores protectores que amortiguan el daño psicológico y social resultado de la violencia experimentada. Por ello, es muy importante el apoyo social a la víctima, evitar una posible victimización secundaria por parte del sistema legal, penal y social, así como potenciar las estrategias adaptativas que se han demostrado como grandes predictoras de un buen pronóstico en la superación de un trauma. Sin ninguna duda, el maltrato es un fenómeno que, por desgracia, está presente en el día a día de numerosas personas y cuyas consecuencias deben ser abordadas desde una perspectiva integral e interinstitucional.

## **2. MALTRATO EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN**

### **2.1. Consumo de drogas y adicción**

El consumo de drogas es un fenómeno antiguo. No obstante, ha experimentado ciertos cambios en las últimas décadas. Ha pasado a formar parte de un modelo más de consumo dentro de nuestra sociedad (Gavari, 2008). Actualmente, el alcohol es la sustancia con mayor prevalencia de consumo al menos una vez en la vida en la sociedad española (91,2%), seguida del tabaco (69,7%), el cannabis (35,2%), los hipnosedantes (20,8%) y la cocaína (10,3%). De 1995 a 2005 el consumo de drogas, tanto legales como ilegales, aumentó en España. Posteriormente, de 2005 a 2017 se produjo un estancamiento del consumo más o menos generalizado, excepto en el caso de la cocaína, el cannabis y los hipnosedantes o benzodiazepinas. Estos últimos, obtenidos con o sin receta, son la droga cuyo consumo más ha aumentado en este periodo de tiempo, con una notable diferencia respecto al resto de sustancias (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2019).

Las implicaciones del consumo de sustancias son muy importantes ya que, además de las consecuencias inmediatas del mismo, este aumenta el riesgo de sufrir una afectación importante a medio y/o largo plazo. Ante un consumo problemático de sustancias se suelen ver deterioradas numerosas áreas de la vida cotidiana de las personas. Los problemas legales son frecuentes, así como la presencia de importantes repercusiones psicológicas y familiares (Fernández-Montalvo, López-Goñi y Arteaga, 2015). Un ejemplo es la mayor prevalencia de ideación e intentos de suicidio en personas que tienen un problema de drogodependencia (López-Goñi, Fernández-Montalvo,

Arteaga y Haro, 2018). Para la familia puede también suponer un impacto importante. Así, por ejemplo, existe evidencia de que tener un progenitor con problemas de consumo de alcohol aumenta la probabilidad de desarrollar el mismo tipo de comportamiento en la edad adulta (Dube, Anda, Felitti, Edwards y Croft, 2002).

## **2.2. Prevalencia de historias de maltrato en pacientes con problemas de adicción**

La presencia de historias de maltrato físico o sexual es relativamente común entre pacientes en tratamiento por abuso de sustancias (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015; Schneider, Cronkite y Timko, 2008). De hecho, la prevalencia de este fenómeno en pacientes con problemas de adicción supera la encontrada en la población general (Jakubczyk et al., 2014). Un resumen de los resultados de los distintos estudios sobre la prevalencia de historias de victimización en pacientes con problemas de sustancias se muestra en la tabla 3.

En un estudio llevado a cabo en España con 252 pacientes en tratamiento por un problema de adicción, se encontró que el 46% de la muestra había sufrido algún tipo de maltrato. Los porcentajes varían en función del tipo de maltrato, siendo el psicológico el más extendido (42,8%), seguido del físico (18%) y del sexual (9,2%) (Fernández-Montalvo et al., 2015). Daigre et al. (2015) encontraron cifras similares también en población española en busca de tratamiento por un problema de consumo. En este caso, de los 512 pacientes estudiados, el 45,9% informaba haber sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de la vida. Concretamente, el 38,9% informaban de maltrato emocional, el 22,3% de maltrato físico y el 13,5% de maltrato

sexual. En el caso del alcohol, se obtienen datos también muy similares. Los pacientes en tratamiento por abuso de alcohol informan de un 23,9% de maltrato físico y de un 14,2% de maltrato sexual en la infancia (Langeland, Draijer y Van den Brink, 2002).

**Tabla 3. Prevalencia de los distintos tipos de maltrato en personas con un problema de consumo de sustancias**

Autor y año	N	Tipo de maltrato			
		Emocional (%)	Físico (%)	Sexual (%)	Negligencia
Grundmann et al., 2018	230 pacientes adultos	--	53,7	22,7	--
Fernández-Montalvo et al., 2017	134 mujeres pacientes adultas	66,1	51,7	31,7	
Fernández-Montalvo et al., 2015	252 pacientes adultos	42,8	18	9,2	--
Daigre et al., 2015	512 pacientes adultos	38,9	22,3	13,5	--
Fernández-Montalvo et al., 2014	195 pacientes adultos	50,3	32,3	19	--
Potthast et al., 2014*	72 pacientes adultos	45,8	36,1	9,7	34,7 física 25 emocional
Darke y Torok, 2013a*	300 usuarios de sustancias adultos	--	74,3 40,3 (severo)	--	--
Hung et al., 2013*	175 pacientes adultos	60,6	36	12	--
Darke et al., 2010	400 usuarios de sustancias adultos	--	94	--	--
Danielson et al., 2009a*	281 adolescentes	--	34,2	7,5	--
Schäfer et al., 2007*	100 pacientes adultos	27	20	18	25 física 27 emocional
Langeland et al., 2002	155 pacientes adultos	--	23,9 (infancia) 41,2 (edad adulta)	14,2 (infancia) 11 (edad adulta)	11,3 madre 33,8 padre

\*Estas investigaciones evalúan exclusivamente maltrato en la infancia  
Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a los adolescentes con algún problema de consumo y abuso de sustancias, los porcentajes son similares. La edad media de inicio del maltrato se sitúa en los 6,7 años (Darke y Torok, 2013a). En concreto, la mayoría de los abusos sexuales tienen lugar antes de los 18 años (Jakubczyk

et al., 2014). De hecho, el 60,2% de los adolescentes con un trastorno por uso de sustancias evaluados en el estudio de Danielson et al. (2009a) había sufrido algún tipo de violencia.

Otros eventos traumáticos o trastornos derivados del trauma tienen, a su vez, un papel importante. Schäfer et al. (2007) realizaron un estudio con 100 adultos en tratamiento por alcoholismo y encontraron que el 15% de la muestra cursaba trastorno de estrés postraumático y el 65% había sufrido uno o más eventos traumáticos a lo largo de su vida. Por otro lado, el porcentaje de pacientes con un problema de adicción al alcohol que ha sufrido al menos una experiencia traumática en la infancia alcanza el 89,1%. Cuando se trata de, no una, sino varias, el porcentaje tampoco queda lejos, llegando a un 74,9% (Hung, Caine, Fan, Huang y Chen, 2013).

En un estudio australiano se encontró que el 94% de los usuarios que estaban en ese momento con un consumo activo de sustancias había sufrido algún tipo de maltrato físico a lo largo de su vida (Darke, Torok, Kaye y Ross, 2010). El porcentaje de maltrato físico en la infancia de estos pacientes asciende al 74,3%, siendo el 40,3% de estos maltratos severos (Darke y Torok, 2013a). En general, la prevalencia de maltrato emocional, físico o sexual es superior a la media poblacional en aquellas personas que han desarrollado un problema de abuso de sustancias (Jakubczyk et al., 2014).

### **2.3. Perfil diferencial de los pacientes con un problema de adicción e historias de maltrato**

Los pacientes con un trastorno por uso de sustancias con historias de maltrato de cualquier tipo presentan características diferentes de aquellos sin



historias de maltrato. A continuación, se presentan los principales resultados encontrados en los estudios llevados a cabo hasta la fecha.

Un grupo de variables que diferencian a este colectivo son aquellas relacionadas con el consumo, tanto con su gravedad como con su inicio. Por una parte, los pacientes con algún tipo de victimización presentan problemas más graves de abuso de alcohol y de otras sustancias (Brems, Johnson, Neal y Freemon, 2004; Clark, Masson, Delucchi, Hall y Sees, 2001; Danielson et al., 2009a; Fernández-Montalvo et al., 2015; Schneider et al., 2008; Zaorska y Jakubczyk, 2019) y una necesidad mayor de tratamiento en las áreas familiar, social y psiquiátrica (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015; Lotzin, Haupt, von Schönfels, Wingenfeld y Schäfer, 2016). Esta relación también se ve plasmada en la mayor prevalencia de maltrato físico y negligencia en pacientes con policonsumo frente a aquellos que solo presentan dependencia a una sola sustancia (Martinotti et al., 2009). A su vez, en numerosas investigaciones se ha observado que estos pacientes presentan un inicio más temprano del consumo de alcohol y de otras sustancias (Brems, Johnson, Neal y Freemon, 2004; Darke y Torok, 2013a, 2013b; Rothman et al., 2008; Schäfer et al., 2007). No obstante, estos resultados referentes al inicio del consumo de sustancias no son unánimes (Daigre et al., 2015).

Independientemente de que la presencia de historia de maltrato pueda actuar como una variable moduladora de la gravedad, se ha visto que cualquier tipo de violencia, especialmente en pacientes con un trastorno por uso de sustancias inyectables, está relacionado con un consumo de drogas a lo largo de la vida (Darke y Torok, 2013a; Stein et al., 2017). Además, los pacientes que han sido víctimas de algún tipo de maltrato consumen más

benzodicepinas que aquellos que no han sufrido maltrato (Daigre et al., 2015; Quinn et al., 2016).

El efecto acumulativo del número de traumas tiene repercusiones directas para la génesis, el desarrollo y el tratamiento de un comportamiento adictivo, tal y como expone la teoría de la polivictimización (Davis et al., 2019). A más tipos de trauma experimentados mayor riesgo de desarrollar un abuso problemático de sustancias y de recaída (Davis et al., 2019; Douglas et al., 2010; Farley et al., 2004; Kopak, Combs, Goodman y Hoffmann, 2019; Schäfer et al., 2007). Aquellas personas que han experimentado más tipos diferentes de violencia (por ejemplo, violencia física y sexual frente a violencia física exclusivamente) tienen mayor probabilidad de recaída, en comparación con aquellas personas que no han sufrido violencia. El momento en el que ha tenido lugar dicha violencia también juega un papel importante, puesto los pacientes en los que ha ocurrido después de los 18 años son el grupo que mayor riesgo de recaída tiene una vez se ha acabado el tratamiento (Kopak et al., 2019). Además, haber sufrido varios episodios de maltrato empeora la sintomatología de la dependencia, con una mayor tolerancia y un mayor policonsumo frente a aquellos que solo han experimentado un episodio de maltrato o ninguno (Danielson et al., 2009a; Darke y Torok, 2013b). Es decir, se da una mayor gravedad de la adicción en la edad adulta y un peor funcionamiento psicosocial cuanto mayor es el número de experiencias traumáticas en la infancia (Dube et al., 2002; Quinn et al., 2016; Wu, Schairer, Dellor y Grella, 2010; Zaorska y Jakubczyk, 2019).

En cuanto a la psicopatología, esta también presenta una mayor gravedad (Brems et al., 2004; Zaorska y Jakubczyk, 2019). Este tipo de

pacientes presenta más síntomas de depresión, así como un mayor número de intentos de suicidio y mayor presencia del trastorno de personalidad límite (Daigre et al., 2015). Los aspectos relacionados con el suicidio se abordarán en el apartado 2.4. Los síntomas disociativos, si bien no son muy prevalentes entre pacientes con problemas de dependencia al alcohol (3% aproximadamente), cuando más frecuentemente aparecen es en aquellos pacientes que presentan experiencias de maltrato en la infancia (Schäfer et al., 2007).

Otra de las implicaciones a nivel terapéutico para este tipo de pacientes que han sido víctimas de algún tipo de maltrato es la mayor tasa de abandono terapéutico de los tratamientos (Fernández-Montalvo et al., 2015; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga, Cacho y Azanza, 2017). En un estudio realizado en Navarra con 180 mujeres adictas en tratamiento se vio cómo la tasa más alta de abandono se daba en aquellas mujeres que habían sufrido abusos sexuales, seguidas de víctimas de maltrato físico (Fernández-Montalvo et al., 2017). No obstante, los datos de la bibliografía no son concluyentes. Se ha demostrado la necesidad de continuar ahondando en la relación entre ambas variables (Parisi et al., 2020). En general, las mujeres tienen mayor probabilidad de haber sufrido cualquier tipo de violencia, pero especialmente cuando padecen problemas de adicción a sustancias (Daigre et al., 2015). Las diferencias de género se exponen con más profundidad en el apartado 2.6.

Por otra parte, los jóvenes de 16 a 24 años en tratamiento por drogodependencias que han sufrido maltrato emocional, físico o sexual muestran una mayor conciencia de problema y una mayor motivación para el cambio. Esto se da especialmente en aquellos que presentan historias de

maltrato emocional, lo que pone de manifiesto la importancia de su abordaje a la hora de planificar el tratamiento (Rosenkranz, Henderson, Muller y Goodman, 2012).

En resumen, aquellas personas en tratamiento por una adicción que han sufrido algún tipo de violencia presentan un inicio del consumo más temprano, así como una mayor gravedad de este. Así mismo, se observa una mayor psicopatología asociada y un peor pronóstico del tratamiento, con mayores tasas de abandono. Todo ello indica la necesidad de establecer protocolos de evaluación precisos encaminados a la detección de estos casos y, con ello, diseñar una intervención individualizada que atienda a las características particulares de estos pacientes (Clark, Masson, Delucchi, Hall y Sees, 2001; Ruglass, Shevorykin, Brezing, Hu y Hien, 2017).

#### **2.4. Suicidio en pacientes con problemas de adicción víctimas de maltrato**

La relación entre haber sido víctima de algún tipo de violencia y desarrollar comportamientos o ideaciones suicidas en pacientes con problemas de adicción está muy estudiada. Hay una asociación positiva entre intentos de suicidio e historia de maltrato en esta población (Darke, Campbell y Popple, 2012; Roy, 2003).

Haber sufrido maltrato físico, emocional y/o sexual en la infancia es una variable predictora de llevar a cabo intentos de suicidio en pacientes con dependencia de sustancias (Roy, 2001; Trout, Hernandez, Kleiman y Liu, 2017). Por ejemplo, a medida que aumenta el número de eventos adversos sufridos en la infancia aumenta el riesgo de intento de suicidio (Dube et al., 2001). Una segunda victimización en la edad adulta aumenta

considerablemente el riesgo de intento de suicidio en pacientes con problemas de adicción. De hecho, en un estudio llevado a cabo en Polonia, la revictimización era la variable predictora más potente de intentos de suicidio en pacientes con un trastorno por consumo de alcohol, más que el propio abuso sexual (Jakubczyk et al., 2014). La edad en la que se produce la agresión también es importante. A menor edad de la víctima, más probabilidades hay de llevar a cabo conductas autolesivas y de cometer un intento de suicidio (Darke et al., 2010), especialmente en mujeres (Yuodelis-Flores y Ries, 2015).

En un estudio llevado a cabo recientemente en Navarra por nuestro grupo de investigación, se vio cómo los pacientes con problemas de adicción víctimas de maltrato con ideación o intentos de suicidio tenían un perfil más severo de la adicción frente a los que no presentan comportamientos suicidas. En concreto, la presencia de ideación suicida se relacionaba con una historia de consumo de alcohol más prolongada, así como con una mayor gravedad en las áreas médica y psiquiátrica. En cuanto a aquellos que habían cometido al menos un intento de suicidio, además de la afectación en las áreas anteriores, también estaban especialmente perjudicadas las áreas familiar, social y laboral (Fernández-montalvo, López-Goñi, Arteaga y Haro, 2019).

En definitiva, haber sufrido algún tipo de maltrato es un factor de riesgo importante en los pacientes con un trastorno por abuso de sustancias a la hora de desarrollar comportamientos suicidas (Darke y Torok, 2013a; Yuodelis-Flores y Ries, 2015), por lo que se debe tener en cuenta en la evaluación y tratamiento de esta población.

## **2.5. Trastorno de estrés postraumático en pacientes con problemas de adicción**

La bibliografía apunta a la existencia de variables mediadoras entre el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la adicción. Existe una relación muy estrecha entre el TEPT y el desarrollo de problemas de consumo de sustancias (Stewart, 1996). No obstante, es necesaria una mayor investigación con una metodología estandarizada que permita la comparación de resultados y la obtención de conclusiones generalizables y fiables (Hildebrand, Behrendt y Hoyer, 2015; Stewart, 1996).

Norman, Tate, Anderson y Brown (2007) llevaron a cabo un estudio con hombres veteranos de guerra en tratamiento por su adicción en el que conformaron tres grupos: pacientes solo con abuso de sustancias, pacientes con abuso de sustancias y que además habían experimentado algún acontecimiento traumático y pacientes con abuso de sustancias y que presentaban un TEPT. En esta investigación no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a las variables de consumo. No obstante, apuntaron que para aquellas personas con mayor número de síntomas de ansiedad y para aquellas que padecen TEPT se predecía de manera significativa una recaída en un contexto intrapersonal negativo de ira, miedo o depresión. Estos resultados se pueden explicar por las características de la muestra, ya que se ha visto cómo los traumas de origen interpersonal están mucho más relacionados con los síntomas del TEPT que otros tipos de traumas como desastres naturales o combates (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003).

Por otra parte, la relación entre haber sufrido maltrato sexual y desarrollar un problema de abuso y/o dependencia al alcohol en la vida adulta parece estar mediada por la sintomatología característica del TEPT, especialmente los síntomas evitativos. También se ha encontrado una asociación entre el trastorno por abuso de alcohol y la sintomatología de hiperactivación e hipervigilancia (Müller et al., 2015). Desde este punto de vista, parece ser que la violencia sufrida en el pasado, como por ejemplo la violencia en la pareja, está directamente relacionada con la sintomatología de TEPT y son estos grupos sintomáticos los que correlacionan y actúan como variable mediadora de la adicción (Sullivan, Cavanaugh y Buckner, 2009). Estos resultados van en la línea de los de Min et al. (2007). Estos autores realizaron un estudio con mujeres y encontraron una relación directa entre haber sufrido algún acontecimiento traumático y emplear estrategias de afrontamiento evitativas, así como una relación directa entre estas conductas evitativas y el abuso de sustancias.

A su vez, el desarrollo de un TEPT es un indicador de gravedad de la adicción y de otros problemas para este tipo de población (Kok, de Haan, van der Meer, Najavits y de Jong, 2015). Por ejemplo, en un estudio de Vaszari et al. (2011) con mujeres adictas que habían sufrido algún trauma, se vio cómo este trastorno se relacionaba con un mayor riesgo de suicidio y con una mayor gravedad de síntomas depresivos. Resultados similares obtuvieron Mills et al. (2018) en un estudio longitudinal con pacientes con un problema de dependencia a los opiáceos. Aquellos que han sufrido TEPT tienen mayores tasas de intentos de suicidio. A su vez, se observó en un seguimiento a los 11 años que el grupo con TEPT había aumentado significativamente respecto al grupo que no padecía TEPT su consumo de otras sustancias.

El TEPT parece desempeñar un papel importante en la génesis de la adicción. Los síntomas evitativos especialmente, además de otros grupos sintomáticos característicos del TEPT, actúan como la variable mediadora principal entre una experiencia de maltrato y el posterior desarrollo de una adicción. A pesar de estos datos, es necesario continuar investigando con el objetivo de corroborar los resultados obtenidos hasta el momento.

## **2.6. Diferencias de género en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias e historias de maltrato**

Existen diferencias entre hombres y mujeres con un problema de adicción, presentando estas últimas mayores tasas de cualquier tipo de maltrato (Brems et al., 2004; Pereira-Morales, Adan, Camargo y Forero, 2017). Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en nuestro país se encontró que el 79,6% de las mujeres adictas en tratamiento han sufrido maltrato emocional, físico o sexual, frente al 37,8% de los hombres (Fernández-Montalvo et al., 2015). Estos resultados son muy similares a los obtenidos por Daigre et al. (2015), quienes encontraron que un 68,5% de las mujeres en tratamiento por un problema de adicción han sufrido maltrato, frente a un 38,1% de los hombres. Esta superioridad numérica para las mujeres se da en todos los tipos de maltrato (Fernández-Montalvo et al., 2015).

Los resultados de la mayoría de las investigaciones acerca de las diferencias entre hombres y mujeres a la hora de desarrollar una adicción en función de si han sufrido algún tipo de maltrato apuntan a que las mujeres se ven más afectadas. No obstante, las diferencias de género en este sentido no están bien esclarecidas (Kristman-Valente y Wells, 2013; Quinn et al., 2016). Existen estudios con resultados que indican la ausencia de diferencias,



señalando consecuencias igualmente negativas para ambos sexos. En un estudio realizado por Danielson et al. (2009a) con adolescentes se observó cómo haber experimentado cualquier tipo de maltrato aumentaba la gravedad y el número de síntomas de dependencia al alcohol, pero no se encontraban diferencias de género.

Otras investigaciones predicen el uso y el abuso de alcohol y de otras drogas específicamente en mujeres que han sufrido alguna experiencia de maltrato, pero no en hombres (Danielson et al., 2009b; Lansford, Dodge, Pettit y Bates, 2009; Min et al., 2007; Wilson y Widom, 2009); o bien, presentan a las mujeres con un riesgo más elevado que los hombres (Danielson et al., 2009a). Según Wilson y Widom (2009), haber sufrido maltrato y/o negligencia aumenta la probabilidad de que se den comportamientos de riesgo para ambos géneros, pero solo en las mujeres estos comportamientos de riesgo están relacionados con un posterior consumo de sustancias. Por otro lado, en un estudio solo con hombres se vio cómo aquellos que han sufrido maltrato físico o sexual presentaban una mayor sintomatología psicopatológica al inicio del tratamiento por una adicción, si bien a los 6 meses del tratamiento no se encontraron estas diferencias (Schneider et al., 2008).

El tipo de violencia que se experimenta en mayor medida por un género u otro también varía. Las mujeres informan más frecuentemente de violencia sexual así como de otros tipos de violencia interpersonal mientras que los hombres lo hacen de violencia no interpersonal, como puede ser el combate en la guerra o ser testigo de un asalto (Farley et al., 2004). Esto puede estar jugando un papel importante en el perfil diferencial entre mujeres y hombres en las consecuencias a largo plazo de sufrir eventos traumáticos, como el

desarrollo de una adicción. La violencia de tipo interpersonal, experimentada en mayor medida por las mujeres, es más intrusiva y disruptiva que otros tipos de violencia. Además, la implicación de personas conocidas y cercanas en la misma, lo cual también se da en mayor medida en mujeres, aumenta el potencial traumático del estresor (Echeburúa, 2004; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Stein et al., 2010).

### **2.6.1. Diferencias de género en el suicidio**

Ser mujer es uno de los principales factores de riesgo a la hora de cometer algún tipo de conducta autolesiva, especialmente en personas que tienen un problema de consumo y que, además, han sufrido maltrato (Yuodelis-Flores y Ries, 2015). En este sentido, Darke y Torok (2013a) realizaron un estudio con pacientes con problemas de adicción acerca de la relación entre comportamientos lesivos (con y sin intención suicida) y maltrato físico en la infancia. En él obtuvieron que la variable género (mujer) actúa como predictora de intentos de suicidio en esta población. A su vez, estos resultados han sido obtenidos por otros autores para otros tipos de maltrato, como, por ejemplo, para el maltrato sexual (Benda, 2005; Darke et al., 2010; Jakubczyk et al., 2014; Yuodelis-Flores y Ries, 2015).

Las conductas autolesivas sin intención suicida también se asocian al género femenino en esta población (Darke y Torok, 2013a). En cuanto a la edad de inicio de estas conductas, se han encontrado diferencias, siendo las mujeres una media de 5 años más prematuras que los hombres (Darke y Torok, 2013a). El primer intento de suicidio también se lleva a cabo antes en las mujeres que en los hombres con problemas de adicción a alguna sustancia (Darke y Torok, 2013a; Darke et al., 2010).

Existe un perfil diferencial en referencia a los intentos de suicidio entre hombres y mujeres adictos que han sufrido maltrato. El autoconcepto, el apoyo social, los problemas familiares y sociales, los síntomas depresivos y la timidez están fuertemente asociados con la ideación y los intentos de suicidio en mayor medida en mujeres que en hombres. Mientras que el consumo de sustancias, la agresividad y ciertos desórdenes cognitivos, como ideas de referencia, pensamiento confuso y pérdida de memoria, están más asociados a intentos e ideación suicida en los hombres que en las mujeres (Benda, 2005).

En resumen, las mujeres con problemas de adicción presentan mayores tasas de maltrato. Además, los resultados de las investigaciones parecen apuntar a que también experimentan mayor número de complicaciones como consecuencia de dicha violencia. Estas complicaciones están relacionadas, entre otras, con el consumo, con las conductas autolesivas y con la presencia de ideación y de intentos de suicidio (Jakubczyk et al., 2014).

## **2.7. Modelos teóricos**

La relación entre haber sufrido una experiencia traumática, como puede ser un abuso sexual infantil, y el desarrollo de una adicción se puede abordar en función del momento en el que tiene lugar cada suceso. Por un lado, se ha investigado la influencia que puede tener experimentar algún tipo de maltrato en el posterior desarrollo de un consumo problemático de sustancias. Por otra parte, también se ha investigado cómo afecta un problema de consumo de sustancias en el aumento del riesgo de sufrir algún tipo de maltrato. Ambos modelos causales no son excluyentes (Kramer,

Polusny, Arbisi y Krueger, 2014). Y, por último, se ha visto cómo ambas experiencias pueden tener lugar de manera simultánea.

### **2.7.1. Maltrato previo al consumo**

Sufrir violencia o maltrato es un factor de riesgo para el consumo de sustancias (Asgeirsdottir, Sigfusdottir, Gudjonsson y Sigurdsson, 2011; Douglas et al., 2010; Dube, Anda, Felitti, Edwards y Croft, 2002; Oshri, Rogosch, Burnette y Cicchetti, 2011), pero la relación causal entre ambos no llega a estar bien establecida. Dada la escasez de estudios longitudinales en los que se investiga la exposición al trauma de manera prospectiva a la aparición del comportamiento adictivo, no es posible afirmar que la experimentación de un trauma implica necesariamente el inicio de una adicción (Konkolÿ-Thege et al., 2017). De hecho, a pesar de la relación entre ambos fenómenos, esta no siempre se observa. La clave parece residir en las variables mediadoras entre ambos. Algunas de ellas pueden ser, por ejemplo, el alivio de estados emocionales negativos (como ansiedad o depresión), el desarrollo de sintomatología postraumática, el empleo de estrategias de afrontamiento no adaptativas, la experimentación de eventos estresantes próximos o la búsqueda de la reducción de la tensión generada por el trauma (Fuller-Thomson, Roane y Brennenstuhl, 2016; Min, Farkas, Minnes y Singer, 2007; Smith, Smith y Grekin, 2014; Suh, Ruffins, Robins, Albanese y Khantzian, 2008; Sullivan, Weiss, Price, Pugh y Hansen, 2017; Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski, 2005; Ullman, Relyea, Peter-hagene y Vasquez, 2013; Ullman y Sigurvinsdottir, 2015; White y Widom, 2008).

Otro de los factores importantes es el momento en el que el suceso traumático ha tenido lugar. En la mayoría de estudios longitudinales en los

que se observa dicha asociación el evento traumático ha tenido lugar o bien en la infancia o bien en un momento muy próximo al de la evaluación (Konkolÿ-Thege et al., 2017). De esta manera, se observa una mayor alteración en la vida cotidiana si el maltrato ha sido muy reciente o si se ha dado de manera muy temprana en la vida de la víctima. Esta alteración, en ocasiones, se manifiesta como un consumo problemático de sustancias.

A pesar de las limitaciones existentes hasta el momento para la creación de un modelo causal que explique la relación entre el suceso de un evento traumático y el desarrollo de un problema de consumo de sustancias, se han llevado a cabo numerosas investigaciones. A continuación, se presentan las principales teorías al respecto.

#### *Hipótesis de la disociación química*

Una de las explicaciones mediante las cuales se vincula un maltrato en la infancia con un posterior abuso de drogas es la hipótesis de la disociación química. En algunos estudios se ha observado cómo la sintomatología disociativa en pacientes con un problema de consumo de alcohol que han sufrido algún tipo de maltrato en la infancia son menores respecto a la población sin problemas de adicción (Langeland, Draijer y Van den Brink, 2002; Schäfer et al., 2007). Estos autores hipotetizan que aquellos pacientes con un déficit en su capacidad disociativa emplean los efectos del consumo de alcohol para suplirlo (Langeland et al., 2002). En un estudio llevado a cabo con adolescentes que habían sufrido algún tipo de violencia sexual, se observó como la disociación química mediante el uso y abuso de alcohol podría estar empleándose como estrategias de afrontamiento al trauma (Klanecky, Harrington y McChargue, 2008).

No obstante, no existe evidencia hasta el momento capaz de verificar esta teoría. Diferentes investigaciones han obtenido un nivel elevado de síntomas disociativos en población con problemas de consumo de sustancias que ha sufrido algún tipo de maltrato o trauma (Mergler et al., 2017; Najavits y Walsh, 2012; Somer, Altus y Ginzburg, 2010; Tamar-Gurol, Sar, Karadag, Evren y Karagoz, 2008). Estos resultados no serían congruentes con lo expuesto por Langeland et al. (2002), puesto que se esperarían niveles muy inferiores a los de la población general.

Esta variabilidad en los resultados se puede deber a diferentes razones. Por un lado, es muy poco probable que exista una sola causa para desencadenar un problema de consumo de sustancias. Puede que la falta de capacidad disociativa sea un factor más en esta relación, que además no está presente en todos los casos. Por otra parte, la metodología y las muestras empleadas varían enormemente de un estudio a otro, por lo que se hace muy difícil su comparación y la obtención de resultados fiables. Por ejemplo, Somer et al. (2010) toman exclusivamente consumidores de opioides mientras que otros autores optan por pacientes consumidores de alcohol (Klanecky et al., 2008; Langeland et al., 2002), con la diferencia que puede implicar un perfil u otro. Además, pocos estudios emplean un grupo de control sin problemas de consumo de sustancias. Es necesaria una unificación de las metodologías de estudio para corroborar, o no, dicha hipótesis.

#### *Hipótesis de la automedicación*

Khantzian (1997) desarrolla la hipótesis de la automedicación para comprender el origen de los comportamientos adictivos. Según este autor, las personas con un problema de adicción buscan aliviar o cambiar una serie

de estados emocionales negativos mediante el consumo de sustancias. Generalmente, esta búsqueda tiene lugar en un contexto de vulnerabilidad personal y dificultad a la hora de autorregular las emociones.

Según esta hipótesis la falta de habilidad en la regulación emocional, una baja autoestima, una red social pobre y/o la poca motivación hacia el cuidado personal aumentan la probabilidad de desarrollar un problema de adicción. Años más tarde, este mismo autor realizó un estudio con 402 participantes con y sin problemas de consumo de sustancias. En él se corroboró la fuerte relación entre la capacidad para regular estados emocionales y una adicción (Suh et al., 2008). De hecho, Ullman, Filipas, Townsend y Starzynski (2005) encontraron también que aquellas mujeres que habían sufrido maltrato sexual buscaban reducir la tensión y aliviar los estados emocionales negativos con el uso y abuso de alcohol. En una reciente revisión de tratamientos para TEPT y consumo de sustancias en mujeres se encontró que existe alguna evidencia de que una reducción en los síntomas de TEPT conlleva una reducción en el uso de sustancias (Bailey, Trevillion y Gilchrist, 2019), lo que supone cierto apoyo a la teoría de la automedicación.

En concordancia con esta teoría, y como se ha visto en el capítulo 1, los individuos más vulnerables a desarrollar un trauma tras sufrir un maltrato son aquellos que tienen ciertas dificultades de regulación emocional, así como aquellos que emplean estrategias de afrontamiento desadaptativas. Es más, la regulación emocional tiene un papel importante como predictora de la gravedad del TEPT en pacientes con un trastorno por consumo de sustancias (Weiss, Tull, Anestis y Gratz, 2013) y como mediadora entre un maltrato previo y el posterior desarrollo de problemas con el consumo de sustancias

(Khosravani, Ardestani, Bastan, Mohammadzadeh y Amirinezhad, 2019). En el caso de la negligencia infantil, las consecuencias en la regulación emocional son especialmente graves dadas las características del abandono y al ocurrir este en pleno desarrollo del niño (Lee y Hoaken, 2007; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Este déficit originado en la infancia puede, según esta teoría, derivar en un problema de consumo de sustancias. En línea con esto, Oshri, Rogosch, Burnette, y Cicchetti (2011) presentan un modelo ecológico transaccional según el cual el maltrato infantil limita el desarrollo de rasgos adaptativos de personalidad en la infancia, lo cual se traduce en problemas de comportamiento en la adolescencia, derivando en último término en el consumo de sustancias. En este mismo sentido, Proctor et al. (2017) apuntan a los problemas de conducta en adolescentes como variable mediadora entre el maltrato previo y un inicio más temprano en el consumo de alcohol y cannabis.

Una investigación reciente que pretendía poner a pruebas distintas hipótesis explicativas de la relación entre el consumo de sustancias y la experimentación de un suceso traumático obtiene interesantes resultados (Haller y Chassin, 2014). Tras la comparación de cuatro hipótesis, tres explicadas en los apartados siguientes (de riesgo elevado, de susceptibilidad, de vulnerabilidad compartida) y la hipótesis de automedicación, la evidencia apoya mayoritariamente a esta última.

### *Drinking to cope*

En consonancia con la búsqueda de factores mediadores, se han desarrollado numerosas investigaciones en torno al concepto de "*drinking to cope*", traducido "beber para afrontar". La importancia de la motivación a la



hora de consumir una sustancia es determinante. En las últimas investigaciones se pone de manifiesto que se busca un medio para afrontar la situación, así como para afrontar las emociones desagradables resultantes de la misma (Smith et al., 2014; Ullman et al., 2013).

Los síntomas del TEPT y un evento estresante próximo se han encontrado como unas variables que tienen un papel importante en el desarrollo de problemas con el abuso de alcohol y de otras sustancias tras haber experimentado un acontecimiento traumático (Müller et al., 2015; Rosenkranz, Muller y Henderson, 2014; White y Widom, 2008). No obstante, estos autores sugieren que pueden existir otros elementos con más peso en este modelo (White y Widom, 2008). De hecho, no son en sí los síntomas y los sucesos estresantes los factores determinantes, sino el modo en el que se afrontan. Las habilidades de afrontamiento del suceso determinan, en gran medida, el posterior desarrollo de sintomatología postraumática así como de problemas con el consumo de sustancias (Smith et al., 2014; Ullman et al., 2005, 2013; Ullman y Sigurvinsdottir, 2015). Una vez desarrollada esta sintomatología, las estrategias de afrontamiento más empleadas son la búsqueda de apoyo social pero también el abuso de sustancias (Sullivan et al., 2017). Y, precisamente, son estos síntomas los que están directamente relacionados con la gravedad de la adicción (Kok et al., 2015).

Además, las características del evento traumático determinan si esta relación mediadora tiene lugar o no. En concreto, especialmente aquellos traumas de naturaleza interpersonal, como por ejemplo el maltrato físico infantil, provocan un afrontamiento mediante el consumo de sustancias (Ullman et al., 2013).

Una gran cantidad de investigaciones se han dedicado a estudiar la relación específica entre maltrato sexual y consumo de alcohol en mujeres (Smith et al., 2014; Ullman et al., 2005; Ullman, Najdowski y Filipas, 2009; Ullman et al., 2013; Ullman y Sigurvinsdottir, 2015). Es necesario, por lo tanto, continuar investigando para estudiar la relación con otros tipos de maltrato, así como su implicación en el consumo de sustancias en hombres y mujeres. A pesar de lo mucho que queda por investigar, la evidencia apunta a que el consumo de sustancias, de una manera u otra, tiene lugar para afrontar las consecuencias de los traumas experimentados (Sullivan et al., 2017).

### **2.7.2. Consumo previo al maltrato**

El segundo escenario planteado es un problema de abuso de sustancias previo a una traumatización de tipo interpersonal, como puede ser el maltrato físico.

#### *Hipótesis de susceptibilidad*

Esta hipótesis argumenta que las personas que consumen algún tipo de sustancia tienen una mayor susceptibilidad al desarrollo de un TEPT tras el acontecimiento de un suceso traumático (Brady, McCauley y Back, 2015; Chilcoat y Breslau, 1998). Esto se puede deber, por un lado y según este modelo, a una vulnerabilidad neurobiológica adquirida como consecuencia del consumo repetido de sustancias. Y, por otro lado, a un déficit en el desarrollo de estrategias adaptativas para afrontar situaciones estresantes, también consecuencia del consumo. Dicha hipótesis no recibe apoyo en la investigación de Haller y Chassin (2014).

### *Hipótesis de riesgo elevado*

El consumo de sustancias aumenta la probabilidad de sufrir un suceso violento (Roberts, Roberts, Jones y Bisson, 2015; Schafer y Najavits, 2007); es el denominado "Modelo de riesgo elevado" (Haller y Chassin, 2014; Kramer, Polusny, Arbisi y Krueger, 2014). En adolescentes, un inicio temprano en el consumo de sustancias aumenta el riesgo de exposición a acontecimientos traumáticos directamente y mediante la realización de algún comportamiento de riesgo (Kingston y Raghavan, 2009). Los efectos del consumo, como la minimización de riesgos, tienen un papel importante en esta relación. Las personas que tiene un problema de dependencia de alguna sustancia tienen mayor vulnerabilidad a sufrir algún tipo de victimización (Stevens et al., 2007). A su vez, estas experiencias traumáticas pueden conducir al desarrollo de un TEPT, que puede asentar el consumo de sustancias como estrategia de afrontamiento, tal y como se ha visto en el apartado anterior (Smith et al., 2014; Ullman et al., 2013). De esta manera, se dibuja una relación en forma de círculo vicioso entre ambas realidades.

De hecho, se ha observado cómo aquellas personas que se encuentran bajo los efectos del alcohol, por las características que su intoxicación conlleva, son más vulnerables a volver a sufrir un acontecimiento traumático, es decir, es más probable que tenga lugar una revictimización (Stevens et al., 2007). Esto se puede deber a la minimización de riesgos fruto de los efectos de la sustancia, así como a la disminución de la agudeza de los sentidos (Cloitre, Scarvalone y Difede, 1997; Kingston y Raghavan, 2009; Klanecky et al., 2008). El género tiene un papel importante en este aspecto. Por una parte, las mujeres con un problema de consumo de sustancias tienen mayor

probabilidad de experimentar un episodio de victimización (Stevens et al., 2007). Y por otra, las mujeres víctimas de una agresión sexual tienen mayor riesgo de sufrir una segunda victimización si llevan a cabo un consumo de alcohol y/o sustancias problemático (Filipas y Ullman, 2006; Klanecky et al., 2008; Ullman et al., 2009).

Además, sufrir un nuevo suceso traumático puede tener consecuencias muy graves para la víctima, más allá de las directamente derivadas del trauma. Una segunda victimización aumenta las probabilidades de llevar a cabo conductas suicidas. De hecho, es un predictor mucho más potente que la presencia de un solo abuso sexual en la infancia (Jakubczyk et al., 2014).

### **2.7.3. Maltrato y consumo de manera simultánea**

#### *Hipótesis de vulnerabilidad compartida*

Por último, ambos fenómenos pueden surgir de manera simultánea (Roberts et al., 2015), por ejemplo, en el contexto de un entorno familiar desestructurado (Widom, 1999). Según este último modelo, la relación causal dejaría de existir y se darían factores en común entre ambas realidades que harían que las personas expuestas a ellos sean más vulnerables para su desarrollo (Stewart y Conrod, 2003). Esta hipótesis recibe un apoyo relativo en la investigación de Haller y Chassin (2014). A continuación, se comentan los escenarios donde puede tener lugar.

#### *Antecedentes familiares*

El consumo de alcohol y de otras sustancias por parte de los padres se ha relacionado con un mayor riesgo para el menor a su cargo de sufrir algún tipo de maltrato (Chen y Gueta, 2016; Dube, Anda, Felitti, Edwards y Croft,

2002; Hammersley et al., 2016; OMS, 2002; Stover y Kiselica, 2015). Según el modelo biopsicosocial de Chermak y Giancola (1997), distintas variables interactúan, afectando todas ellas a la relación entre el consumo de alcohol y el uso de la violencia. Algunas de estas variables son el sexo, la cognición, la personalidad o el nivel de intoxicación. La génesis de la violencia es multifactorial y, en consecuencia, el alcohol supone un factor más que aumenta la probabilidad de que se dé algún tipo de violencia en el seno de la familia. En este sentido, existen varios factores familiares que aumentan la probabilidad de sufrir algún tipo de maltrato, como comportamientos delictivos en los progenitores o la presencia de síntomas psicopatológicos en los hermanos (Chen y Gueta, 2016). De hecho, una historia familiar de violencia está directamente relacionada con una mayor gravedad del posterior consumo de alcohol y otras sustancias (Easton, Swan y Sinha, 2000). El consumo de alcohol de uno o ambos cuidadores aumenta de forma notable la probabilidad de sufrir un suceso traumático por parte del niño o de la niña (Chen y Gueta, 2016; Dube et al., 2002; Stover y Kiselica, 2015). Este suceso traumático se puede vivir de manera directa, por ejemplo mediante la violencia ejercida en el menor, o bien en forma de consecuencia indirecta, mediante el abandono del mismo (Hammersley et al., 2016).

### *Violencia en la pareja*

El consumo de sustancias crea un ambiente en el que la probabilidad de sufrir algún tipo de maltrato aumenta. Este entorno de riesgo lo pueden sufrir los niños fruto del consumo de sus padres, o bien puede tener lugar en el seno de una pareja. En el caso de la violencia en la pareja cuando ambos miembros presentan un problema de consumo de sustancias, se trata

frecuentemente de una violencia bidireccional. Cuando los implicados son personas consumidoras, la violencia dentro de la pareja no sigue los patrones de maltrato habituales de la población general. En muchos casos, se trata de una violencia bidireccional ejecutada también por las mujeres. En muchas situaciones tiene lugar bajo los efectos de la intoxicación y en un entorno deteriorado personal y socialmente fruto de un consumo problemático y prolongado (Arteaga, Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2015).

## **2.8. Importancia de la relación entre adicciones y maltrato**

El consumo de sustancias es un fenómeno de alta prevalencia en la sociedad española y que ha experimentado algunos cambios en las últimas décadas. De hecho, se ha incluido dentro del modelo de consumo predominante en nuestra sociedad, lo cual ha ocurrido claramente, por ejemplo, con el alcohol o los hipnosedantes. En ocasiones, este consumo llega a ser problemático, hasta el punto de requerir atención profesional especializada.

Dentro del colectivo de personas que han desarrollado un problema con el consumo de sustancias, se ha observado una alta prevalencia de historias de victimización, superando la media de la población general. Además, en numerosos estudios comentados en este capítulo, se pone de manifiesto el perfil diferencial de los pacientes con un problema de adicción con y sin historias de maltrato previo. Aquellos pacientes que han sufrido maltrato físico o sexual a lo largo de su vida presentan un perfil de mayor gravedad consumo y de sintomatología psicopatológica, mayor número de abandonos terapéuticos y mayor riesgo de intentos de suicidio e ideación suicida.

Otra de las consecuencias de haber experimentado algún tipo de trauma es el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático. Se ha estudiado ampliamente cómo este trastorno se relaciona con el desarrollo de una adicción. Puesto que la relación causal es casi imposible de probar, se han identificado ya numerosas variables mediadoras. Una de las principales es el desarrollo de sintomatología evitativa, que, de hecho, forma parte de uno de los grupos principales de síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Para intentar comprender la relación entre las adicciones y la victimización, se han desarrollado numerosas explicaciones o modelos teóricos. El que más apoyo ha recibido es la hipótesis de la automedicación. Todo ello implica importantes retos de cara a la evaluación y al tratamiento de estas personas, puesto que su perfil diferencial requiere, al menos, de una adaptación del tratamiento estándar a sus necesidades específicas.





### **3. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL MALTRATO FÍSICO/SEXUAL EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN**

#### **3.1. Evaluación de la violencia física o sexual en pacientes con problemas de adicción**

Hasta la fecha, no se han desarrollado instrumentos específicos para la evaluación del maltrato físico y/o sexual en pacientes con un problema de sustancias. En este capítulo se exponen los principales instrumentos que se han empleado en los estudios que han comprobado la efectividad de un tratamiento para pacientes adictos con historias de maltrato físico y/o sexual. Estos instrumentos se dividen, principalmente, en 3 bloques: a) aquellos que han centrado el tratamiento en las consecuencias de la violencia de pareja; b) aquellos que únicamente tratan la violencia sufrida en la infancia; y c) aquellos que se centran en la evaluación de la repercusión de haber vivido un acontecimiento traumático y, en consecuencia, evalúan la presencia y gravedad de un trastorno de estrés postraumático (TEPT).

##### **3.1.1. Evaluación de la violencia en la pareja**

Uno de los ámbitos en los que más se ha trabajado la violencia en pacientes con un problema de adicción es el de la violencia de pareja. Los principales instrumentos empleados en estudios que han probado la efectividad de un tratamiento para pacientes con problemas de adicción víctimas de violencia de pareja se presentan resumidos en la tabla 4.

**Tabla 4. Instrumentos que evalúan la violencia de pareja**

<b>Instrumento</b>	<b>Autor</b>	<b>Formato</b>	<b>Qué evalúa</b>
Revised Conflict Tactics Scale (CTS2)	Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996	Autoinforme	Frecuencia y gravedad de violencia en la pareja y uso de la negociación
Composite Abuse Scale (CAS)	Hegarty et al., 1999	Autoinforme	Historia pasada y reciente de maltrato físico, sexual y emocional en la pareja
Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)	Tolman, 1999	Autoinforme	Maltrato emocional y dominancia hacia la mujer en la pareja en los últimos 6 meses
Spouse Specific Assertion/Aggression Scale (SAAS)	O'Leary y Curley, 1986	Autoinforme	Presencia de agresividad o asertividad en la pareja

Fuente: Elaboración propia

La "Revised Conflict Tactics Scale" (CTS2; Straus et al., 1996) evalúa la presencia y gravedad de conductas violentas entre ambos miembros de la pareja, así como en qué medida emplean la negociación para resolver conflictos. Consta de 78 ítems repartidos en 5 subescalas: razonamiento/negociación, agresión física, maltrato psicológico, coerción sexual y lesiones.

La "Composite Abuse Scale" (CAS; Hegarty et al., 1999) se trata de una escala con respuesta tipo Likert que consta de 74 ítems. Con estos ítems se pretende evaluar la presencia de historia de maltrato físico, sexual y/o emocional en la pareja, así como la frecuencia y gravedad de estos tipos de violencia en los últimos 12 meses de su última relación sentimental.

El "Psychological Maltreatment of Women Inventory" (PMWI; Tolman, 1999) es un cuestionario inicialmente desarrollado para medir el maltrato psicológico hacia la mujer por parte de su pareja masculina en los últimos 6

meses. Consta de 58 ítems en respuesta de escala tipo Likert organizados en dos dimensiones principales: maltrato verbal y dominancia/aislamiento.

La "Spouse Specific Assertion/Aggression Scale" (SSAAS; O'Leary y Curley, 1986) es una escala que evalúa, mediante dos únicas dimensiones, asertividad y agresión en las relaciones de pareja. Consta de 29 ítems de respuesta en escala tipo Likert.

### **3.1.2. Evaluación de la violencia en la infancia**

El estudio del maltrato y el abandono infantil en relación con las adicciones se ha desarrollado ampliamente. Pese a ello, las investigaciones presentadas en el apartado 3.2. del presente capítulo, que evalúan qué tratamientos son más eficaces para pacientes adultos con un problema con el consumo sustancias que han sufrido algún tipo de violencia, no valoran específicamente estas vivencias. No obstante, y dada la importancia y las repercusiones de la violencia experimentada durante la infancia, se presenta a continuación el instrumento más empleado por la literatura científica para su evaluación.

Uno de los principales instrumentos que se han empleado para evaluar la presencia de abuso durante la infancia en población con problemas de consumo de sustancias es el "Childhood Trauma Questionnaire" (CTQ; Bernstein et al., 1994). Se trata de un autoinforme de 70 ítems que se responden en escala tipo Likert. Las dimensiones de las que se compone son: maltrato físico y emocional, abandono emocional, abuso sexual y abandono físico.

### 3.1.3. Evaluación del trastorno de estrés postraumático

Existen multitud de instrumentos desarrollados para evaluar la presencia y las consecuencias de haber experimentado algún acontecimiento traumático, como una agresión sexual. A continuación, se resumen los principales que, además, han sido empleados en una muestra de pacientes con un problema de consumo de sustancias. En la tabla 5 se recoge un resumen de dichos instrumentos.

**Tabla 5. Instrumentos que evalúan el trastorno de estrés postraumático**

<b>Instrumento</b>	<b>Autor</b>	<b>Formato</b>	<b>Qué evalúa</b>
National Womens Study PTSD Module (NWS)	Resinck, 1996	Entrevista estructurada	Criterio A de TEPT
Clinical Administered PTSD Scale (CAPS)	Blake et al., 1995	Entrevista estructurada	Todos criterios TEPT
The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	Weiss y Marmar, 1997	Autoinforme	Gravedad síntomas de TEPT (últimos 7 días)
Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	Foa, et al., 1997	Autoinforme	Todos criterios TEPT
Posttraumatic symptom scale (PSS)	Foa et al., 1997	Autoinforme	Gravedad síntomas TEPT
The Modified PTSD Symptom Scale Self-Report (MPSS-SR)	Falsetti, et al., 1993	Autoinforme	Frecuencia y gravedad síntomas TEPT
PTSD Checklist-Civilian (PCL-C)	Weathers et al., 1993	Autoinforme	Frecuencia y gravedad de síntomas TEPT
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada (EGS-R)	Echeburúa et al., 2016	Entrevista estructurada	Todos criterios TEPT
Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP)	Crespo y Gómez, 2012	Autoinforme	Todos criterios TEPT

Fuente: Elaboración propia

El "National Womens Study PTSD module" (NWS; Resinck, 1996) es una entrevista estructurada dirigida a evaluar el criterio A para la presencia de un TEPT, a saber "Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza" (APA, 2014).

El "Clinical Administered PTSD Scale" (CAPS; Blake et al., 1995; validación española de Bobes et al., 2000) es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de un posible TEPT (Coffey et al., 2016; Coffey et al., 2006; Mills et al., 2012; Ruglass, Lopez-Castro, et al., 2017; Sannibale et al., 2013). La escala original, basada en los criterios del DSM-III-R, evalúa frecuencia e intensidad de 17 síntomas principales y 5 adicionales (interferencia en la vida social, mejora en los síntomas desde la anterior evaluación, validez y gravedad del TEPT) en una escala de tipo Likert en forma de entrevista semiestructurada.

La "Impact of Event Scale-Revised" (IES-R; Weiss y Marmar, 1997; validación española de Báguena et al., 2001) consiste en un autoinforme con 22 ítems en escala tipo Likert. Esta escala mide la intensidad de síntomas de TEPT en los 7 días previos a la evaluación. El IES-R está basado en el DSM-III, por lo que sólo mide tres de los cuatro clústers principales de síntomas del TEPT, a saber: reexperimentación, evitación y activación fisiológica.

La "Posttraumatic Diagnostic Scale" (PDS; Foa, Cashman, Jaycox y Perry, 1997) es una medida de autoinforme de 49 ítems para medir la gravedad de los síntomas de TEPT. Evalúa todos los criterios del DSM-IV para el TEPT (del criterio A al criterio F) y realiza consultas sobre el último mes. Es decir, aporta una puntuación de gravedad total del TEPT, de la frecuencia y del cumplimiento de cada uno de los síntomas y del nivel de deterioro del

funcionamiento en la vida cotidiana. La precursora de esta escala fue la "Posttraumatic Symptom Scale" (PSS; Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993), que a su vez dio lugar a la "Modified PTSD Symptom Scale-Self Report" (MPSS-SR; Falsetti et al., 1993). De todas ellas, la más completa es la PDS por evaluar tanto el evento traumático, la frecuencia y la gravedad de los síntomas, como el funcionamiento en la vida cotidiana.

El "PTSD Checklist-Civilian" (PCL-C; Weathers et al., 1993) es un autoinforme de 17 ítems que evalúa la frecuencia y la gravedad de síntomas de TEPT basados en el DSM-III-R. Existen dos versiones, una para población militar (PCL-M) y la versión civil para la población general (PCL-C).

En castellano, más allá de las validaciones expuestas previamente, existen dos escalas que evalúan la presencia y gravedad del TEPT: la "Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático Revisada" (EGS-R; Echeburúa et al., 2016) y la "Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático" (EGEP; Crespo y Gómez, 2012). La EGS-R está basada en el DSM-V, mientras que la EGEP en el DSM-IV-TR. Ambas evalúan todos los criterios del TEPT. De tal manera, recogen la presencia de un acontecimiento traumático, la gravedad y la frecuencia de síntomas de TEPT según el DSM correspondiente y el nivel de deterioro en el funcionamiento.

En resumen, la mayoría de instrumentos que evalúan el impacto de un suceso traumático se basan en la valoración de los criterios del DSM y muchos se han empleado ya con muestras de pacientes con un problema de adicción. No obstante, estos instrumentos no valoran específicamente el maltrato físico y/o sexual ni las consecuencias concretas de éstos, sino que

evalúan el impacto que un suceso ha tenido en la persona en base a si ha desarrollado un trauma al respecto.

## **3.2. Tratamientos para pacientes con un problema de consumo de sustancias que han sido víctimas de violencia física y/o sexual**

### **3.2.1. Intervención para superar un trauma**

Sufrir una experiencia traumática como el abuso sexual infantil continuado no siempre implica la necesidad de recibir una ayuda psicológica para superar sus secuelas. De hecho, en torno al 50-70% de las personas que experimentan un hecho como el expuesto desarrollan secuelas traumáticas. Esto quiere decir que hay un porcentaje de personas que, por sus características de personalidad, de apoyo social, etc., superan, sin necesidad de ayuda externa, las posibles consecuencias de un hecho traumático.

Generalmente, van a ser la duración de las repercusiones psicológicas (más de 4 o 6 meses) y la evitación persistente a tratar el tema incluso con sus allegados, los dos factores que marquen la necesidad de tratamiento de la víctima. En este sentido, los ejes principales del tratamiento y su correspondiente técnica de elección se exponen en la tabla 6 (Echeburúa y Redondo, 2010).

Los objetivos terapéuticos se deben ordenar de forma escalonada, priorizando los de mayor gravedad. Por ejemplo, los que se plantean hacer frente a los síntomas más graves como el insomnio y la ansiedad intensa. Asimismo, puede que sea necesario comenzar haciendo frente a estrategias de afrontamiento inadecuadas como el consumo de alcohol y/o de otras

sustancias. Sólo entonces se podrá enfocar el tratamiento del trauma en sí mismo (Echeburúa y Redondo, 2010).

**Tabla 6. Técnicas terapéuticas para cada uno de los aspectos psicopatológicos de un trauma**

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Recuerdos traumáticos	- Terapia de exposición en imaginación a pensamientos, imágenes y percepciones
Conductas de evitación y embotamiento afectivo	- Terapia de exposición en vivo - Expresar emociones
Sensación de acortamiento del futuro	- Proyección hacia el futuro, planificación de actividades
Ansiedad e hiperactivación	- Control de la respiración - Relajación muscular y mental
Ideas distorsionadas	- Reestructuración cognitiva - Información - Exposición en imaginación y en vivo
Control de la ansiedad/estrés y de la sintomatología depresiva	- Reestructuración cognitiva - Relajación - Actividades gratificantes
Control de la ira	- Información escalada ira - Suspensión temporal - Distracción cognitiva - Entrenamiento en autoinstrucciones
Pérdida de la confianza personal e interpersonal	- Reevaluación cognitiva - Atención selectiva a los recursos
Déficit de autoestima	- Autovaloración objetiva en diferentes áreas - Autoaceptación - Implicación metas realistas

Fuente: Echeburúa y Redondo (2010)

El tratamiento elegido es muy importante, pero casi más lo es un componente previo al mismo: la psicoeducación. Se trata de hacer ver al paciente las reacciones habituales de las personas que han pasado por una situación similar a la suya, es decir, las reacciones normales de la psique frente a una situación anormal como lo es el maltrato físico en la pareja, por ejemplo (Echeburúa, 2004).



La terapia de exposición, tratamiento conductual más eficaz para hacer frente a los comportamientos de evitación, tiene algunas contraindicaciones, es decir, situaciones en las que sería conveniente elegir otra técnica para el sujeto en cuestión. Según Echeburúa (2004), alguna de estas excepciones son los sujetos que abusan de alcohol o de otras sustancias. En la tabla 7 se presentan las indicaciones y contraindicaciones de la terapia de exposición para los recuerdos traumáticos. Sin embargo, más recientemente, no se ha encontrado un efecto perjudicial de la terapia de exposición aplicada a pacientes sobre los que se está interviniendo simultáneamente un trastorno por consumo de sustancias y un TEPT (Hien et al., 2018; Lancaster et al., 2019; Roberts et al., 2015; Simpson, Lehavot y Petrakis, 2017).

**Tabla 7. Indicaciones y contraindicaciones para la terapia de exposición a los recuerdos traumáticos**

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Conductas de evitación externa o interna	Tendencias suicidas activas, estado de ánimo muy deprimido, sentimiento de culpa intenso
Pesadillas y pensamientos intrusivos frecuentes	Abuso de alcohol o drogas
Conductas de ansiedad	Conductas de ira o deseos activos de venganza
Miedo a perder el control	Pleitos pendientes
Ideas distorsionadas	Sentimientos de culpa o vergüenza real

Fuente: Echeburúa (2004)

No obstante, cuando han pasado meses o años desde el suceso traumático, los síntomas clínicos pueden variar. Se enmascaran en forma de alteraciones del sueño, depresión, consumo excesivo de alcohol o distanciamiento emocional respecto a las personas queridas (Trujillo, 2002).

Otra de las cuestiones importantes a tener en cuenta es si se debe aplicar una terapia grupal o individual. Al respecto, existen tanto ventajas como desventajas para cada una de ellas. La prioridad será siempre adaptar las características de la terapia al paciente en cuestión. Es más, las víctimas pueden beneficiarse de la acción conjunta de ambas gracias a las ventajas que supone un tratamiento a medida en la intervención individual y a la cohesión social y las estrategias de solución de problemas que se pueden generar en una terapia grupal (Echeburúa, 2004).

### **3.2.2. Tratamientos para el TEPT y el consumo de sustancias**

Actualmente no hay consenso acerca de cuál es la terapia indicada y de referencia que más beneficios aporta a pacientes que sufren simultáneamente un TEPT y un trastorno por consumo de sustancias (TCS) (Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017). Existen numerosas revisiones sobre las intervenciones psicológicas para el TEPT y el TCS (Roberts et al., 2015; Simpson, Lehavot y Petrakis, 2017; Torchalla, Nosen, Rostam y Allen, 2012; van Dam, Vedel, Ehring y Emmelkamp, 2012). A continuación, se exponen los principales resultados de las dos más rigurosas (Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017).

Roberts et al. (2015), tras seleccionar los estudios controlados y aleatorizados existentes que tratan la intervención psicológica para el TEPT y el consumo de sustancias, llegaron a la conclusión de que existen, principalmente, cuatro tipos de intervención. La primera consiste en una intervención individual centrada en el trauma (que tiene como elemento principal la terapia de exposición) simultánea a la intervención para el consumo de sustancias; la segunda trabaja el consumo de sustancias y las

consecuencias traumáticas desde un punto de vista no centrado en el trauma de manera individual; la tercera trabaja de la misma manera que la segunda, pero en grupo; y la última únicamente trata el TEPT con un acercamiento no centrado en el trauma. Los estudios incluidos en esta última categoría quedan descartados puesto que se trata de una intervención exclusiva para pacientes con un trastorno mental grave comórbido. La diferencia entre las opciones restantes, por lo tanto, es la focalización en los aspectos traumáticos de la intervención dirigida al TEPT.

La principal conclusión de dicha revisión es que la intervención individual para TEPT con métodos centrados en el trauma simultánea a la intervención para superar un consumo de sustancias problemático disminuye la gravedad de síntomas del TEPT. Aun así, los efectos son pequeños y la evidencia obtenida ha sido baja o muy baja para todos los tipos de terapia. Además, el tratamiento habitual empleado como control no es comparable entre los distintos estudios. Por otra parte, el número de los abandonos del tratamiento es muy alto independientemente del tipo de intervención.

Simpson et al. (2017) realizaron una revisión sistemática de estudios aleatorizados y controlados que evalúan la eficacia del tratamiento para el TEPT en pacientes que, simultáneamente, padecen un trastorno por consumo de alcohol y/u otras sustancias. Agrupan los estudios encontrados en 3 secciones: tratamientos centrados en la exposición, tratamientos centrados en la adicción y tratamientos de entrenamiento en habilidades de afrontamiento no centrados en el trauma.

La mayoría de investigaciones, independientemente del tipo de tratamiento, encuentran una mejoría significativa para los grupos tanto de

intervención como de control a lo largo del tiempo. Ninguna encuentra diferencias significativas asociadas al grupo. Sin embargo, aquellos grupos experimentales a los que se les ha aplicado terapia centrada en la exposición, a pesar de que presentan un mayor número de abandonos, han mejorado significativamente en algunos aspectos del TEPT. El alto número de abandonos es preocupante puesto que la adherencia al tratamiento es uno de los factores con mayor predicción de éxito en pacientes con abuso de sustancias (Fernandez-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Illescas, Landa y Lorea, 2008). Los predictores de abandonos en personas con TEPT y TCS que forman parte del tratamiento de exposición prolongada son un bajo nivel educativo y una alta sensibilidad a la ansiedad (Belleau et al., 2017), aunque un incentivo económico puede aumentar la retención para este tipo de pacientes (Schacht, Brooner, King, Kidorf y Peirce, 2017).

Por otra parte, algunas intervenciones no centradas en el trauma encuentran una mejoría significativa respecto al grupo de control, aunque los resultados no son suficientemente robustos como para considerarse generalizables. La principal conclusión de estos autores es que, de estar disponible, la terapia de exposición es recomendable, aunque es cierto que este tipo de pacientes parece beneficiarse de cualquier intervención (Roberts et al., 2015). Según los resultados de esta revisión, la evidencia encontrada no es suficiente para sostener fiablemente la elección de uno frente a otro tratamiento.

Recientemente, Bailey, Trevillion y Gilchrist (2019) han realizado una revisión narrativa sistemática acerca de los tratamientos de elección para el

TEPT y el consumo problemático de sustancias en mujeres. De manera general, los efectos en el uso y abuso de sustancias son muy limitados, aunque sí parece existir algún efecto del tratamiento en la presencia o gravedad de los síntomas del TEPT. En concreto, aquellas mujeres que presentan síntomas más graves de TEPT se ven más beneficiadas del tratamiento integrado. A pesar de ello, tanto para la reducción de síntomas de TEPT como para el efecto en el consumo de sustancias, no llegan a darse resultados significativos ni en la mitad de los estudios encontrados.

A diferencia de los resultados obtenidos por Roberts et al. (2015), los tratamientos centrados en el presente como el de Najavits, Weiss, Shaw y Muenz (1998) parecen ser eficaces para un tipo determinado de pacientes que sufren violencia en el momento de la aplicación de la intervención. De hecho, los resultados de esta revisión apuntan a que las estrategias terapéuticas dirigidas a la exposición aumentan el uso y abuso de sustancias en mujeres que están experimentando violencia en la pareja en la actualidad. Por otra parte y más recientemente, se ha llevado a cabo un estudio aleatorizado y controlado que compara el tratamiento centrado en el presente ("Seeking Safety") desarrollado por Najavits et al. (1998) con otro desarrollado por el mismo equipo de investigación centrado en el pasado (Najavits, Krinsley, Waring, Gallagher y Skidmore, 2018). Este nuevo tratamiento, que denominan "Creating Change", no se desarrolla a partir de técnicas de exposición. Participaron 52 veteranos y veteranas de guerra con TEPT y trastorno por abuso de sustancias. No se obtuvieron diferencias intergrupales en ninguna de las variables estudiadas, tanto de sintomatología postraumática, como psicopatológica, como de consumo. Ambos grupos evolucionaron positivamente en la misma medida. Se trata de un ejemplo

más de que el paso del tiempo, cuando este tipo de pacientes está en tratamiento, conlleva una mejoría *per se*.

En resumen, la evidencia hasta el momento acerca del tratamiento de elección para estos pacientes es escasa. No obstante, y dentro de las limitaciones de los resultados obtenidos por las distintas investigaciones, existe una tendencia que asocia la terapia de exposición con una mejora en los resultados del TEPT respecto a los grupos de control (Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017). En la tabla 8 se presentan los principales estudios aleatorizados y controlados, sus características y sus resultados. Al grupo experimental de todos ellos se le aplica una terapia centrada en el trauma (Roberts et al., 2015).

Tenidas en cuenta todas estas investigaciones, los resultados son ambiguos. A pesar de que los estudios con este tipo de pacientes se vienen realizando desde hace unas décadas, existen muchas limitaciones que impiden definir un tratamiento realmente eficaz. Por una parte, se apunta a la necesidad de un tratamiento integrado (Pirard, Sharon, Kang, Angarita y Gastfriend, 2005) mientras que, por otra, muchos estudios no obtienen diferencias claras que muevan la balanza hacia una u otra intervención (Simpson et al., 2017). Lo que sí parece estar claro es que, de existir, aún no se ha encontrado el tratamiento más adecuado para estos pacientes.

**Tabla 8. Resumen de las características de las principales investigaciones sobre tratamientos para pacientes adictos con TEPT**

Autor	Participantes y muestra	Edad media	Género (%)	Seguimiento	Intervención experimental	Intervención control	Variables resultado	Resultados	Observaciones
Coffey, Stasiewicz, Hughes y Brimo (2006)	43 pacientes tratamiento ambulatorio	37,5	33 hombres 67 mujeres	No seg	A.Exposición en imaginación*	B.Relajación*	Gravedad TEPT Craving de alcohol	Mejora para A Mejora para A solo en aquellos que experimentaron craving en la primera sesión	Abandono del 60% (en total). Muestra muy pequeña
Mills et al. (2012)	103 pacientes	33,7	37,9 hombres 62,1 mujeres	9 y 3 meses	A.Terapia cognitivo-conductual para TEPT (COPE)*	B.Tratamiento habitual cognitivo-conductual para adicción	Gravedad TEPT Gravedad consumo	Mejora para A Mejora igual para A y B	La mayoría de pacientes en A han continuado consumiendo durante el tratamiento
Foa et al. (2013)	165 participantes	42,7	108 hombres 57 mujeres	12 meses	A.Naltrexona + Exposición prolongada (PE) B.Placebo + PE	C.Naltrexona + seguimiento D. Placebo + seguimiento	Gravedad TEPT Gravedad consumo	Mejora para todos igual, sin diferencias Mejora para A y C (Grupos de Naltrexona)	Todos reciben seguimiento (medicación y citas basadas en la entrevista motivacional)
Sannibale et al. (2013)	62 pacientes tratamiento ambulatorio	41,2	47 hombres 53 mujeres	5 y 9 meses	A.Terapia cognitivo-conductual integrada B.A+Exposición	C.Tratamiento cognitivo-conductual para adicción habitual + seguimiento	Gravedad TEPT Gravedad alcohol	Mejora para A pero más para B Mejora más para C	Grupo C acudía a otros tratamientos no controlados
VanDam, Ehring, Vedel y Emmelkam (2013)	34 pacientes tratamiento ambulatorio	42,3	67,6 hombres 32,4 mujeres	7 meses	A.Terapia de escritura estructurada*	B.Tratamiento habitual cognitivo-conductual para adicción	Gravedad TEPT Gravedad consumo	Mejora para A pero no se mantiene en el seguimiento Mejora para A y B, solo se mantiene en el seguimiento para B	Sólo pacientes con trastorno de consumo de sustancias severo
Coffey et al. (2016)	120 pacientes tratamiento residencial	33,7	53,3 hombres 46,7 mujeres	3 y 6 meses	A.EP* B.EP+entrevista movitacional centrada en el trauma*	C.Educación para la salud* D.Tratamiento para adicción estándar	Gravedad TEPT Gravedad consumo	Mejora para A y B en los dos seguimientos Mejora para todos los grupos sin diferencias	Más abandonos del tto en A y B (40%) que en C y D (13%)
Ruglass et al. (2017)	110 pacientes	44,7	64 hombres 36 mujeres	1, 2 y 3 meses solo para A y B	A.COPE	B.Prevenición recaídas* C.Grupo de control activo*	Gravedad TEPT Gravedad consumo	1) mejora significativamente más en A que en B. A los 3 meses A y B iguales Mejora más para B, se iguala al mes	1)Grupo TEPT completo vs. 2)Grupo TEPT incompleto

\*Más el tratamiento habitual para la adicción

Fuente: Elaboración propia.

### **3.2.3. Tratamientos para pacientes con alguna historia de victimización y consumo de sustancias**

Las investigaciones en las que se interviene sobre las consecuencias traumáticas de algún tipo de violencia en pacientes adictos son escasas. La mayoría trabajan exclusivamente con participantes que cumplen los criterios para un TEPT, como se ha visto en el apartado anterior. De aquellos estudios cuyos criterios son haber sufrido algún tipo de violencia o maltrato, y no necesariamente tener que cumplir los criterios diagnósticos del TEPT, muchos trabajan con mujeres víctimas de violencia de género o de violencia en la pareja. A continuación, se comentan los estudios encontrados que investigan en estas problemáticas.

Ruglass et al. (2017) realizaron un estudio aleatorizado y controlado de 3 grupos, con un total de 110 participantes: el primer grupo recibió un tratamiento basado en la exposición prolongada (COPE) y el tratamiento habitual para un abuso de sustancias (prevención de recaídas), el segundo grupo recibió el tratamiento habitual para un abuso de sustancias (prevención de recaídas) y el tercer grupo consistió en una lista de espera activa. Se evaluó el efecto de dichos tratamientos en los síntomas del TEPT y en el consumo de sustancias. Para medir dichas variables emplearon el "Clinical Administered PTSD Scale" (CAPS; Blake et al., 1995) para evaluar la gravedad de los síntomas de TEPT a los 30 días y "The Modified PTSD Symptom Scale Self-Report" (MMPS-SR; Falsetti, Resnick, Resick y Kilpatrick, 1993) para valorar la intensidad de los síntomas de TEPT entre sesiones. Realizaron seguimientos a la semana, al mes, a los 2 y a los 3 meses.



La intervención, denominada COPE, consiste en 12 sesiones individuales de 90 minutos y se centra en la exposición a los estímulos evitados asociados al trauma. En el intento de atender el mismo número de horas a los pacientes de los grupos 1 y 2 y reducir posibles sesgos, las estrategias de prevención de recaídas se integraron en estas sesiones.

En cuanto a los resultados, tanto el primer grupo como el segundo mostraron una mejoría significativa con relación a la intensidad de síntomas de TEPT, sin diferencias entre ambos. En cambio, si se comparan aquellas personas diagnosticadas de TEPT frente a aquellas que solo cumplen algunos criterios del TEPT, la diferencia entre grupos sí fue significativa. De esta manera, el tratamiento parece beneficiar significativamente a aquellas personas con un diagnóstico completo de TEPT, mientras que para el resto de pacientes es igual de beneficiosa una intervención u otra. Respecto a los resultados en relación con el consumo de sustancias, en ambos grupos mejoraron por igual. Sí se observó una mejoría significativamente mayor para el grupo que únicamente recibió la prevención de recaídas dirigida al consumo, pero esta diferencia se igualaba a partir del seguimiento de 1 mes.

En un estudio posterior de estos autores que realizaron con la misma muestra (Hien, Lopez-Castro, Papini, Gorman y Ruglass, 2017), se observó como el déficit en la regulación emocional jugaba un papel muy importante en la efectividad del tratamiento. Compararon tres tipos de tratamiento para pacientes con TEPT y trastorno por consumo de sustancias: 1) COPE, 2) prevención de recaídas y 3) control. Dentro de los pacientes con TEPT, el tratamiento COPE es más efectivo para aquellos que presentan déficits más elevados de regulación emocional. De hecho, para el grupo de pacientes con TEPT y niveles normales de regulación emocional, los tres tratamientos

obtenían los mismos resultados, sin diferencias significativas entre ellos. Estas diferencias no se observaban cuando se atendía a resultados en las variables relacionadas con la adicción.

Tirado-Muñoz, Gilchrist, Lligoña, Gilbert y Torrens (2015) realizaron un estudio piloto para evaluar la viabilidad y la eficacia inicial de una intervención cognitivo-conductual dirigida a mujeres en una comunidad terapéutica en tratamiento por consumo de sustancias que han sufrido violencia de género. El estudio consistió en un diseño aleatorizado y controlado con un total de 14 participantes, 7 en cada grupo. La intervención, denominada "Terapia dirigida a la Violencia de Género - Terapia Cognitivo Conductual" (IPaViT-CBT), consistió en 10 sesiones de grupo de dos horas de duración cada una, a lo largo de un total de 5 semanas. El grupo de control recibió el tratamiento habitual para la adicción en su centro de referencia. Se tomaron variables sociodemográficas, de violencia de género, de depresión, de calidad de vida y de uso/abuso de sustancias. Para evaluar la violencia de género se empleó la escala "Composite Abuse Scale" (CAS; Hegarty, Sheehan y Schonfeld, 1999) y el "Psychological Maltreatment of Women Inventory" (PMWI; Tolman, 1999), así como la "Spouse Specific Assertion/Aggression Scale" (SAAS; O'Leary y Curley, 1986). Estos autores realizaron 3 seguimientos: al mes, a los 3 meses y a los 12 meses.

Las tendencias del efecto del tratamiento son positivas para la mayoría de las variables estudiadas aunque, posiblemente por el tamaño de la muestra, sólo algunas diferencias son significativas. Se encuentra una mejoría significativa del grupo de intervención en la presencia de actitudes de aislamiento y dominancia relacionadas con el maltrato psicológico en el seguimiento de uno y de tres meses, así como una disminución significativa

de la agresividad y un aumento significativo de la asertividad al mes de la finalización del tratamiento. Por último, existe una diferencia significativa entre los grupos en el uso autoinformado de alcohol. En el caso de esta investigación, los resultados son esperanzadores, pero al tener una muestra tan escasa se hace imposible obtener información certera acerca de este tratamiento.

Gilbert et al. (2006) realizaron un estudio aleatorizado y controlado con mujeres que estaban en tratamiento con metadona y que habían sufrido violencia de pareja en los últimos 90 días. De las 96 mujeres que evaluaron inicialmente, 40 cumplían los criterios mencionados y 34 pasaron a formar parte de la aleatorización. El grupo de intervención estaba formado por 16 mujeres y el de control por 18. Se evaluaron diversas variables: sociodemográficas, de violencia de pareja, de gravedad del consumo de sustancias, de depresión, de presencia del TEPT y distintos síntomas y la presencia de comportamiento sexual de riesgo. Para valorar la presencia y el tipo de violencia de pareja emplearon el "Revised Conflict Tactics Scales" (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996) y para valorar la presencia de síntomas de TEPT el "PTSD Checklist-Civilian" (PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993). Realizaron un seguimiento a los 3 meses.

Aquellas mujeres destinadas al grupo de intervención recibieron la "Relapse Prevention and Relationship Safety Intervention" (RPPSI). Consiste en una intervención de 11 sesiones grupales de dos horas cada una, más una sesión individual, destinadas a fomentar las relaciones interpersonales seguras y reducir el consumo de sustancias. La duración total del programa era de 6 semanas, con una frecuencia de dos sesiones por semana. El grupo

de control recibió una sesión informativa de una hora acerca de los distintos servicios sociales disponibles para su situación. El principal objetivo era doble: 1) analizar la efectividad de dicho programa, y 2) asegurar la ausencia de eventos adversos derivados del mismo.

La tasa de retención fue muy alta. El 91% de las mujeres que comenzaron el estudio completaron el seguimiento a los 3 meses. Existía una pequeña retribución económica. Tampoco se obtuvieron eventos adversos tras la participación en el programa de intervención. Sin embargo, los resultados del resto de variables no fueron tan positivos. Respecto a la violencia, sólo se obtuvo una reducción significativa de la violencia leve (todos los tipos) y de la violencia psicológica (tanto leve como grave). La experimentación de cada uno de los distintos tipos de violencia no se diferenció del grupo experimental al grupo de control. Lo mismo ocurrió con todos los resultados relacionados con el consumo de sustancias, no se obtuvo ningún efecto diferencial. Respecto al malestar psicológico, el tratamiento solo tuvo efecto en los síntomas depresivos, no así en el resto de síntomas de TEPT. Teniendo en cuenta la escasez y ambigüedad de los resultados expuestos, el tratamiento parece demostrar su inocuidad en cuanto a eventos adversos, pero también su eficacia leve en lo que tiene que ver con la reducción de la violencia de pareja y de las secuelas de la misma. No obstante, se ha de tener en cuenta la escasa muestra con la que se realizó este estudio. Esto, sin duda, dificulta la obtención de resultados significativos.

En la tabla 9 se presenta un resumen de las principales características y resultados de aquellos estudios que evalúan la eficacia de una intervención psicológica dirigida a las secuelas de algún tipo de violencia (no

necesariamente ante la presencia de un TEPT) y al consumo problemático de sustancias comentados previamente.

En cuanto a resultados más globales, Morrissey et al (2005), mediante un metaanálisis de distintos estudios en EEUU, analizaron la efectividad de distintos servicios para mujeres con un problema de consumo de sustancias y que habían sufrido algún tipo de violencia interpersonal. Se trata de un estudio cuasi experimental donde los tratamientos analizados correspondían a 9 ciudades diferentes, con diferencias entre ellos. El tipo de intervención fue distinta de un servicio a otro. Todas aquellas mujeres incluidas en el grupo experimental recibieron algún tratamiento con un componente dirigido a la superación de un trauma. Principalmente, se dividieron en: tratamientos integrados y tratamientos llevados a cabo en coordinación entre distintos servicios.

Encontraron un efecto positivo del tratamiento en las variables relacionadas con el trauma y la psicopatología de las participantes. Este efecto fue mayor en los tratamientos integrados. Por otra parte, no se obtuvieron diferencias entre grupos en el consumo de sustancias. Ambos grupos mejoraron en la misma medida. Los resultados de este metaanálisis parecen apuntar hacia un efecto beneficioso del tratamiento integrado con un componente dirigido al trauma. Nuevamente, y en consonancia con el resto de investigaciones, el efecto en el abuso de sustancias fue mínimo y los efectos en el trauma, si bien fueron positivos y de mayor envergadura, fueron dispares de unos centros a otros.

**Tabla 9. Resumen de las características de las principales investigaciones sobre tratamientos para pacientes adictos con alguna historia de violencia física o sexual**

Autor	N	Sustancia	Edad media	Género (%)	Seguimiento	Intervención experimental	Intervención control	Variables	Resultados	Observaciones
Ruglass et al. (2017)	110	Alcohol y otras sustancias	44,7	64 hombres 36 mujeres	1, 2 y 3 meses solo para A y B	A. COPE	B.Prevencción recaídas C.Grupo de control activo	Gravedad TEPT Gravedad consumo	Mejora para A y B, para 1) mejora significativamente más que 1) en B. A los 3 meses A y B iguales. Mejora más para B, se iguala al mes.	1)Grupo TEPT completo vs. 2)Grupo TEPT incompleto
Gilbert et al. (2006)	34	Opiáceos	41,8	100 mujeres	3 meses	A. RPPSI	B.Sesión informativa 1 hora	Presencia de eventos adversos Violencia de pareja Gravedad TEPT Gravedad consumo	No hay eventos adversos en ningún grupo Reducción para A de la violencia leve y de la psicológica (leve y grave) No hay diferencias No hay diferencias	Violencia reciente.
Tirado-Muñoz, Gilchrist, Lligoña, Gilbert y Torrens (2015)	14	Alcohol y otras sustancias	40	100 mujeres	1, 3 y 12 meses	A.IPaViT-CBT	B.Tratamiento habitual dirigido al consumo	Violencia género Gravedad consumo	Mejora A en ciertos aspectos: actitudes de aislamiento y dominancia relacionadas con el maltrato psicológico; agresividad y asertividad. Mejora A en uso autoinformado de alcohol.	Muestra muy reducida, tendencias prometedoras, pocas significativas.

TEPT = Trastorno de estrés postraumático

COPE = Tratamiento cognitivo conductual con un fuerte componente de exposición

RPPSI = Prevención de recaídas e intervención para las relaciones seguras (*Relapse Prevention and Relationship Safety Intervention*)

IPaViT-CBT = Terapia cognitivo conductual dirigida a la Violencia de Género

Fuente: Elaboración propia

Además, existen otros programas de intervención para mujeres en prisión, como el Helping Women Recover/Beyond Trauma (HWR/BT), que han conseguido resultados muy limitados en cuanto a efectividad (Messina, Calhoun y Warda, 2012; Swopes, Davis y Scholl, 2015). En concreto, este último programa tiene como destinatarios mujeres que están o han estado en prisión, que tienen un problema con el consumo de sustancias y que pueden haber o han sufrido acontecimientos traumáticos. Este programa tiene un enfoque íntegramente de género, ya que está diseñado especialmente para mujeres con esta problemática. Existe un efecto del tiempo que contribuye a la mejoría general de los síntomas de estas mujeres, como se ha observado en otros estudios, pero el efecto del tratamiento solo se ha observado en la reducción de cogniciones postraumáticas (Swopes et al., 2015) o en la reducción de síntomas de TEPT (Messina et al., 2012). No se observaron diferencias en el consumo de sustancias ni en la reincidencia debidas al tratamiento (Messina et al., 2012).

### **3.2.4. Conclusiones**

Hasta la fecha, los estudios que evalúan la efectividad de un tratamiento para esta población son muy escasos. Por un lado, la bibliografía se ha limitado a estudiar a pacientes que cumplen los criterios de TEPT. Si bien estos pacientes requieren de atención especializada, como se ha demostrado en apartados anteriores, esta restricción deja fuera a una población considerable que puede desarrollar consecuencias derivadas de un trauma. Estas consecuencias no siempre se dan en forma de TEPT, también se pueden dar problemas depresivos, de ansiedad e ideación suicida, entre otros (Schneider et al., 2008). Como se ha visto en el primer capítulo de esta

tesis, las consecuencias traumáticas varían de unas personas a otras, y más aún cuando hablamos de un suceso pasado. Por otro lado, se han focalizado los esfuerzos en desarrollar una intervención efectiva en mujeres. Es cierto que las mujeres son un colectivo especialmente afectado por esta problemática que precisa de una intervención más focalizada, pero esto también restringe la muestra de muchas investigaciones, impidiendo que conozcamos qué intervención es eficaz para los hombres que han sufrido experiencias similares.

Además de las restricciones en cuanto a la muestra con la que se han realizado las investigaciones anteriores, los resultados siguen siendo ambiguos. No todos los estudios obtienen los mismos resultados ni las mismas tendencias. No obstante, parece existir una tendencia leve a la mejora de variables relacionadas con la violencia y poco o ningún efecto en el consumo de sustancias. De cualquier modo, los estudios son muy escasos, y algunos de ellos con una muestra muy pequeña que impide la obtención de resultados significativos. Nos encontramos ante un vacío en la bibliografía científica.

A pesar de que existen datos sobre la ausencia de necesidad de una intervención específica para personas que no cumplen los criterios completos del TEPT (Ruglass et al, 2017), existe también evidencia que apoya lo contrario. Los pacientes que han sufrido violencia, independientemente del diagnóstico, presentan una evolución terapéutica peor y mayor psicopatología asociada (Fernández-Montalvo et al., 2015). Dada la evidencia de una alta tasa de prevalencia de historias de victimización entre la población adicta en tratamiento, los programas de tratamiento deberían considerar la posibilidad de ofrecer programas integrados de intervención, dirigidos al abuso de



sustancias pero también a la sintomatología derivada de las situaciones de maltrato (Schneider et al., 2008). Tras la revisión de los estudios anteriores se hace evidente la necesidad de investigar en esta línea para conocer la eficacia de este tipo de intervenciones. De este modo, se podrían obtener unos resultados generalizables que permitan a los equipos de tratamiento aplicar una intervención rigurosa de la cual los pacientes se puedan beneficiar.



## PARTE EMPÍRICA



## **1. INTRODUCCIÓN**

En la parte empírica de esta tesis doctoral se exponen los resultados de la evaluación de la efectividad de un programa de intervención psicológica para pacientes con un problema de consumo de sustancias que han sufrido algún tipo de maltrato físico y/o sexual a lo largo de la vida. Se trata de un programa de intervención cognitivo-conductual diseñado para aplicarse de manera integrada con el tratamiento habitual de la adicción. En primer lugar, se presenta la prevalencia de dicho maltrato en las personas con un problema de consumo de sustancias, y se establece el perfil diferencial entre los pacientes con y sin historias de maltrato en las distintas variables evaluadas. En segundo lugar, se compara la tasa de abandono terapéutico de los pacientes que participan en el programa combinado de intervención y de los que no, y se compara la evolución de ambos grupos en variables psicopatológicas, de personalidad y de inadaptación.

Para alcanzar los objetivos planteados, el estudio se ha dividido en dos partes. En la primera han participado 418 pacientes que acudieron en busca de tratamiento por un problema de consumo de sustancias tanto a los programas ambulatorio o de comunidad terapéutica pertenecientes a la Fundación Proyecto Hombre Navarra (FPHN), como al programa de comunidad terapéutica de Asociación Navarra para la Investigación, Prevención y Rehabilitación de Drogodependencias (ANTOX). En esta muestra se ha evaluado la prevalencia de historias de maltrato físico o sexual.

En la segunda parte del estudio, en la que han participado 104 pacientes, se ha evaluado la efectividad del programa de intervención para el maltrato llevado a cabo en los programas citados. La muestra se ha dividido

en tres grupos: experimental, de control 1 y de control 2. El grupo experimental lo han constituido 26 pacientes en tratamiento por un problema con el consumo de sustancias y que, además, han sufrido algún tipo de maltrato físico o sexual a lo largo de la vida. Este grupo ha recibido la intervención experimental objeto de estudio, dirigida a la superación de las posibles consecuencias traumáticas de dicha violencia. Este programa se basa en un tratamiento para víctimas de violencia de género desarrollado por Echeburúa y Corral (1998) que ha mostrado su efectividad. Se ha realizado una adaptación del mismo para personas que hayan sufrido cualquier tipo de maltrato a lo largo de su vida y busquen ayuda para superar un problema de consumo de sustancias.

El primer grupo de control lo han compuesto 26 pacientes con las mismas características que los del grupo experimental. A diferencia de este, los participantes del grupo de control 1 no han recibido la intervención dirigida al maltrato, ya que sólo han recibido el tratamiento para la adicción. El segundo grupo de control ha estado formado por 52 pacientes en tratamiento por un problema con el consumo de sustancias que no han sufrido ningún tipo de violencia. De esta forma, se ha podido comparar la evolución terapéutica de los pacientes con y sin historias de maltrato. Todos los participantes han recibido el tratamiento habitual para la adicción en su centro de referencia.

Se ha llevado a cabo una evaluación individual de cada uno de los participantes en tres momentos: pretratamiento, postratamiento y seguimiento a los 6 meses de finalizar el tratamiento. Concretamente, se han valorado variables sociodemográficas, de consumo de sustancias, relacionadas con la violencia física y/o sexual y sus consecuencias, psicopatológicas

(dimensiones psicopatológicas, trastornos de personalidad), de adaptación a la vida cotidiana y de impulsividad.

En definitiva, con esta investigación se pretende evaluar la efectividad de una intervención dirigida a paliar las consecuencias de un maltrato físico o sexual previo y disminuir, en la medida de lo posible, la interferencia de dichas consecuencias en el progreso del tratamiento terapéutico dirigido al problema de la adicción.





## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

### **2.1. Objetivos**

1. Establecer la tasa de prevalencia de historias de maltrato físico o sexual entre los pacientes que acuden en busca de ayuda por su problema de adicción a la FPHN y a ANTOX.
2. Determinar el perfil diferencial entre los pacientes con un problema de adicción con y sin historias de maltrato.
  - 2.1. Establecer el perfil sociodemográfico diferencial entre los usuarios con y sin historias de maltrato.
  - 2.2. Valorar las diferencias respecto al consumo de drogas entre los usuarios con y sin historias de maltrato.
  - 2.3. Conocer las diferencias en cuanto a las variables psicopatológicas entre los usuarios con y sin historias de maltrato.
  - 2.4. Determinar las diferencias entre los usuarios con y sin historias de maltrato en distintas variables de personalidad.
  - 2.5. Establecer las diferencias relacionadas con la inadaptación a la vida cotidiana de los pacientes con y sin historias de maltrato.
  - 2.6. Averiguar las diferencias en el número de tratamientos recibidos para los problemas con el abuso de sustancias entre los usuarios con y sin historias de maltrato.
3. Establecer la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual dirigido al abordaje del maltrato en el tratamiento de pacientes con un problema de adicción.
  - 3.1. Averiguar si el programa de intervención es efectivo para la disminución de las consecuencias traumáticas psicopatológicas, así como para la mejoría del resto de variables estudiadas.
  - 3.2. Comparar la tasa de abandono terapéutico entre los pacientes que participan en el programa de intervención y en los que no.
  - 3.3. Comparar la evolución de ambos grupos en las variables psicopatológicas, de personalidad y de inadaptación estudiadas.

4. Analizar las principales variables (sociodemográficas, de consumo, psicopatológicas, de personalidad y de inadaptación) relacionadas con los resultados del tratamiento.

## **2.2. Hipótesis**

1. La tasa de prevalencia de historias de maltrato en los pacientes de la muestra será mayor que en la población general.

2. Los pacientes con historias de maltrato presentarán un perfil diferencial con respecto a los pacientes sin historias de maltrato.

2.1. Las historias de maltrato serán más frecuentes en las mujeres de la muestra.

2.2. Los pacientes con un problema de consumo de sustancias y con historias de maltrato asociadas presentarán un perfil de mayor gravedad en términos de consumo.

2.3. Los pacientes con historias de maltrato tendrán mayor gravedad en la sintomatología psicopatológica.

2.4. Los pacientes con historias de maltrato presentarán mayor presencia del trastorno de personalidad límite.

2.5. Los pacientes con historias de maltrato mostrarán mayor inadaptación a la vida cotidiana.

2.6. Los pacientes con historias de maltrato habrán recibido un mayor número de tratamientos previos para la adicción.

3. El programa de tratamiento propuesto conseguirá una mejoría significativa en las variables estudiadas.

3.1. El grupo que haya recibido el programa de tratamiento para el maltrato presentará unos resultados mejores en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de adaptación y de maltrato) que el grupo que no lo haya recibido.

- 3.2. La tasa de abandono en los pacientes adictos con historias de maltrato que reciben el tratamiento propuesto será menor que la de los pacientes que no reciben el tratamiento.
- 3.3. Los pacientes con historias de maltrato que reciben el tratamiento evolucionarán mejor en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de inadaptación y de maltrato) frente a los pacientes que no reciben el tratamiento.
4. Las principales variables predictoras de abandono terapéutico serán haber sufrido abuso sexual, ser mujer y no haber participado en el grupo de tratamiento para el maltrato.



### **3. MÉTODO**

#### **3.1. Participantes**

La muestra de este estudio está compuesta por todos los pacientes que han acudido en busca de ayuda terapéutica a los programas de la FPHN (tanto ambulatorio como de comunidad terapéutica) y de comunidad terapéutica de ANTOX durante el período comprendido entre febrero de 2017 y junio de 2019.

Para la primera parte del estudio, relacionada con la prevalencia de historias de victimización física y/o sexual, se establecieron los siguientes criterios de admisión: a) cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno por consumo de sustancias según el DSM-5 (APA, 2014); b) tener 18 o más años; y c) firmar el consentimiento informado en su programa de tratamiento para la cesión de datos.

Con arreglo a estos criterios, la muestra de esta primera parte relacionada con la prevalencia consistió en 418 pacientes. Todos los pacientes que acudieron a tratamiento por su adicción durante el período mencionado cumplían los criterios de inclusión, por lo que fueron considerados para la investigación.

Para la segunda parte del estudio, relacionada con la efectividad del programa de intervención para el maltrato, se añadieron dos criterios específicos de inclusión: a) haber sido víctima de maltrato físico y/o sexual a lo largo de la vida; y b) firmar el consentimiento informado para participar en el estudio de tratamiento. Además, se plantearon los siguientes criterios de exclusión: a) la presencia de un trastorno mental grave (trastornos psicóticos y trastornos afectivos graves); y b) el desconocimiento del idioma castellano.

Con arreglo a estos criterios, la muestra de pacientes con historias de maltrato estuvo formada por 52 personas. Todas ellas presentaban un problema de adicción y habían sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida. El resto de la muestra inicial fue excluida por las siguientes razones: 329 no presentaban una historia de maltrato físico y/o sexual, 23 rechazaron participar en el estudio, 11 tenían un diagnóstico de trastorno mental grave, y 3 desconocían el idioma castellano.

Tras ser seleccionados los 52 pacientes, todos ellos fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento ( $n = 26$ ) o al grupo de control 1 ( $n = 26$ ). Además, con el objetivo de poder comparar los resultados de ambos grupos con los obtenidos en los pacientes sin historias de maltrato, se seleccionó aleatoriamente un grupo de 52 pacientes adicionales con problemas de adicción, pero sin historias de maltrato. Todos ellos formaron el grupo de control 2.

### **3.2. Terapeuta**

La evaluación referente al consumo de sustancias ha sido realizada por los propios terapeutas de los centros del tratamiento para la adicción. Se trata de profesionales con varios años de experiencia en la evaluación y tratamiento de las conductas adictivas. El resto de la evaluación, excepto aquellos instrumentos que forman parte del protocolo de evaluación del propio centro, así como el tratamiento experimental han sido aplicados por la autora del presente trabajo. Se trata de una psicóloga formada específicamente por su equipo investigador para el tratamiento de las consecuencias del maltrato físico y/o sexual.

### **3.3. Diseño**

La presente investigación se basa en un diseño experimental multigrupo con medidas independientes en el factor tratamiento y medidas múltiples y repetidas en el factor evaluación. Dichas medidas se distribuyen en el pretratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento a los 6 meses. Se ha contado con tres grupos: grupo experimental, grupo de control 1 y grupo de control 2.

### **3.4. Instrumentos de evaluación**

En este apartado se presentan las principales características de los instrumentos de evaluación utilizados. En concreto, los instrumentos de evaluación se agrupan en 7 bloques:

- a) Variables sociodemográficas
  - Hoja de datos personales.
- b) Variables de consumo
  - Versión europea del Addiction Severity Index en castellano (EuropASI) (Bobes et al., 2007; Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980)
- c) Variables de maltrato
  - Items 18B y 18C del EuropASI del área "Relaciones familiares y sociales", específicos sobre historial de maltrato.
  - Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016).
- d) Variables de conductas violentas
  - Ítem 7 del EuropASI de la dimensión Estado Psiquiátrico.
  - Ítem específico añadido sobre violencia ejercida hacia otras personas.
- e) Variables psicopatológicas y de personalidad
  - Listado de Síntomas (SCL-90-R; Derogatis, 1992; González de Rivera, 2002).
  - Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III; Cardenal y Sánchez, 2007; Millon, 2004).
  - Escala de Impulsividad (BIS-10; Barratt, 1985).

f) Variables de adaptación

- Escala de Inadaptación (EI; Echeburúa, Corral y Fernandez-Montalvo, 2000).

g) Otras variables

- Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CST; Larsen, Attkisson, Hargreaves y Nguyen, 1979).

### **3.4.1. Variables sociodemográficas y de gravedad del consumo**

El *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995) es la versión europea del Addiction Severity Index (ASI; McLellan et al., 1980). En esta investigación se ha empleado la versión española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, (1996). Se trata de una entrevista que valora la necesidad de tratamiento del paciente en 7 áreas diferentes: a) estado médico general; b) situación laboral y financiera; c) consumo de alcohol; d) consumo de otras drogas; e) problemas legales; f) relaciones familiares y sociales; y g) estado psicológico. Cada escala está basada en la historia de síntomas problemáticos, estado actual y valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área. El rango de puntuación de las escalas oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Esta puntuación es obtenida a partir del acuerdo interjueces acerca de la gravedad del área y de la necesidad de tratamiento en base a diferentes ítems críticos, a la propia autoevaluación del paciente y al criterio del entrevistador. A mayor puntuación, se entiende que hay una mayor gravedad de la adicción.

Además de dichas puntuaciones de gravedad, en esta investigación se han empleado las diferentes variables sociodemográficas, de consumo, psiquiátricas, de maltrato a lo largo de la vida, de violencia previa ejercida y de número de tratamientos previos que se recogen en esta entrevista. La



fiabilidad test-retest a corto plazo de las escalas de gravedad del ASI es mayor o igual a 0,92 en todos los dominios (Anexo 1).

### **3.4.2. Variables de maltrato**

La *Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático* (EGS-R; Echeburúa et al., 2016) es una de las dos escalas disponibles en castellano para evaluar la presencia y gravedad de un TEPT. Se basa en los criterios diagnósticos del DSM-5 y tiene un formato de entrevista semiestructurada. Consta de dos partes: la primera evalúa el criterio A para la presencia de un TEPT, es decir, la exposición a un suceso potencialmente traumático. Además, valora la presencia o ausencia de diferentes aspectos relacionados con este como, por ejemplo, la frecuencia o los tratamientos previos recibidos. En la segunda parte se evalúa la gravedad de cada síntoma del TEPT en función de su frecuencia, con puntuaciones que pueden oscilar entre 0 (nada) y 3 (5 o más veces por semana/mucho). Cada criterio del DSM-5 conforma un factor de la escala. Al final de esta sección se evalúa la presencia de síntomas disociativos, así como la interferencia de los distintos síntomas postraumáticos en cada área de la vida. Se ha establecido un punto de corte para establecer la presencia de un TEPT de 20. Además, también se han establecido puntos de corte para cada una de las subescalas de síntomas, que son: 3 para las subescalas de reexperimentación y de evitación y 5 para las subescalas de alteraciones cognitivas y de activación psicofisiológica. Con estos puntos de corte se obtiene una buena sensibilidad y eficacia diagnóstica, así como una consistencia interna de 0,91 (Echeburúa et al., 2016) (Anexo 2).

Además de esta escala, para el análisis de los datos se han tenido en cuenta los ítems 18B y 18C del área "Relaciones familiares y sociales" del

EuropASI, específicos sobre la presencia de maltrato físico y sexual a lo largo de la vida y en el último mes. En segundo lugar, se generó un ítem específico sobre violencia ejercida hacia otras personas con tres niveles de respuesta: 0=nunca, 1=de manera puntual, 2=habitualmente. Este ítem se aplicó en la entrevista individual, ya que no pertenece a ninguno de los instrumentos.

### **3.4.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación**

El *Listado de Síntomas* (SCL-90-R; Derogatis, 1992; González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST). La consistencia interna de este instrumento oscila entre 0,70 y 0,90. En este estudio se han considerado los percentiles de cada dimensión (Anexo 3).

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMI-III; Cardenal y Sánchez, 2007; Millon, 2004) es un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso) que proporcionan información sobre 11 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente,

histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, negativista y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípico, límite y paranoide), y 10 síndromes clínicos (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno de estrés postraumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). También cuenta con tres escalas de validez (sinceridad, deseabilidad social y devaluación). En la validación española se obtuvieron coeficientes alfa entre 0,65 y 0,88; la fiabilidad test-retest es elevada (mediana 0,91) en períodos cortos de tiempo (Cardenal y Sánchez, 2007). En este estudio se han empleado los percentiles de cada dimensión (Anexo 4).

La *Escala de Impulsividad* (BIS-10; Barratt, 1985), dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos, consta de 33 ítems que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, de 11 ítems cada una, y con un rango que oscila de 0 a 44. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y la ausencia de planificación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala (Anexo 5).

La *Escala de Inadaptación* (EI; Echeburúa, Corral y Fernandez-Montalvo, 2000) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 (nada) a 5 (muchísimo) en una escala de tipo Likert. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En

general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.

#### **3.4.4. Otras variables**

El *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (CST; Larsen et al., 1979) consta de 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta, que puntúan entre 1 y 4. El rango de respuestas posibles oscila entre un valor mínimo de 8 y máximo de 32; cuanto mayores son los valores, mayor satisfacción reflejan (Anexo 7).

### **3.5. Procedimiento**

Para la primera parte del estudio, se evaluó a todos los pacientes que acudieron a tratamiento por un problema con el consumo de sustancias a alguno de los centros de FPHN y ANTOX entre febrero de 2017 y junio de 2019. A partir de los resultados de esta evaluación, se estableció la prevalencia de historias de maltrato físico o sexual.

En segundo lugar, se procedió a asignar a los participantes a cada grupo (experimental, grupo de control 1 y grupo de control 2). Posteriormente, se llevó a cabo el tratamiento para el grupo experimental. Tras dicha intervención se realizó una segunda evaluación, tanto con el grupo experimental como con el grupo de control 1. Por último, a los 6 meses se realizó la evaluación de seguimiento con los 3 grupos. En la tabla 10 se presenta un resumen de los instrumentos de evaluación empleados en cada fase.

### 3.5.1. Evaluación de la prevalencia del maltrato

Para establecer la prevalencia del maltrato físico o sexual a lo largo de la vida se contó con la información recogida por los centros de tratamiento para el consumo de sustancias. Se evaluaron todos los usuarios que acudieron en busca de tratamiento a PH y ANTOX. Dicha información se obtuvo a partir de los ítems 18B y 18C del área "Relaciones familiares y sociales" del EuropASI, así como a partir de la entrevista clínica que los profesionales de los centros realizan de manera rutinaria a los usuarios al comienzo del tratamiento. En todos los casos, se requirió la cumplimentación del consentimiento informado en su programa de tratamiento para la cesión de datos.

**Tabla 10. Protocolo de evaluación**

Medidas empleadas	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento
0. Consentimiento informado	GExp CG1 CG2	--	--
1. Hoja de datos personales	GExp CG1 CG2	--	--
2. EuropASI	GExp CG1 CG2	--	--
3. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)	GExp CG1	GExp CG1	GExp CG1
4. Listado de Síntomas (SCL-90-R)	GExp CG1 CG2	GExp CG1 --	GExp CG1 CG2
5. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)	GExp CG1 CG2	--	--
6. Escala de Impulsividad (BIS-10)	GExp CG1 CG2	GExp CG1 --	GExp CG1 CG2
7. Escala de Inadaptación (EI)	GExp CG1 CG2	GExp CG1 --	GExp CG1 CG2
8. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CST)	--	GExp	--

GExp = Grupo experimental; GC1 = Grupo de control 1; CG2 = Grupo de control 2

Fuente: Elaboración propia

### **3.5.2. Evaluación pretratamiento**

Para alcanzar el resto de objetivos se llevó a cabo la evaluación inicial con todos los pacientes que acudían en busca de tratamiento a los programas previamente citados que, además de cumplir los criterios de admisión y no presentar criterios de exclusión, fueron asignados a la segunda parte del estudio. Esta evaluación inicial se realizó una vez transcurridos un mínimo de dos meses desde el inicio de la abstinencia en el consumo. En todos los casos se requirió la cumplimentación del consentimiento informado elaborado para la presente investigación, como condición para poder realizar las entrevistas y participar en la misma (Anexo 8).

Esta evaluación pretratamiento constó de dos sesiones. En la primera, se le explicaba a cada sujeto el Consentimiento Informado. Tras resolver las dudas pertinentes y firmar el participante dicho consentimiento, se recogían las variables sociodemográficas y de consumo. En la segunda sesión, se cumplimentaba el resto de instrumentos de evaluación, tal y como refleja la tabla 10.

Una vez terminada la evaluación, los pacientes fueron asignados a uno de los tres grupos del estudio. En una cita posterior se informaba a los pacientes en qué grupo de la investigación se encontraban y cómo se iba a proceder a continuación. Aquellos participantes que habían sufrido algún tipo de maltrato físico o sexual se distribuyeron de manera aleatoria entre el grupo experimental y el grupo de control 1. Los sujetos que no presentaban ningún acontecimiento traumático relevante a lo largo de la vida formaron parte del grupo de control 2. En la tabla 11 se recoge la distribución inicial de la muestra de esta segunda parte del estudio.

Tras finalizar todas las sesiones de evaluación, tanto la inicial como las evaluaciones tras el tratamiento y de seguimiento que se explican en apartados posteriores, se ofrecía a aquellos participantes que estuvieran interesados una sesión posterior de devolución de resultados.

**Tabla 11. Distribución inicial de la muestra**

	Hombres		Mujeres		Total
	n	(%)	n	(%)	N
<b>Grupo Experimental</b>	13	(50)	13	(50)	26
<b>Grupo de Control 1</b>	16	(61,5)	10	(38,5)	26
<b>Grupo de Control 2</b>	48	(92,3)	4	(7,7)	52
<b>Total</b>	78	(75)	26	(25)	104

Fuente: Elaboración propia

### **3.5.3. Tratamiento**

Todos los grupos recibieron el tratamiento habitual para la adicción. Se trata de una intervención cognitivo-conductual con dos modalidades terapéuticas (ambulatoria y comunidad terapéutica) dirigida a la consecución de la abstinencia. Las principales técnicas terapéuticas están relacionadas con el control de estímulos y la exposición en vivo, así como con la intervención en prevención de recaídas. La duración de ambas modalidades de tratamiento es de 1 año. En el caso del tratamiento ambulatorio, los 6 primeros meses incluyen sesiones semanales de una hora de duración y los 6 últimos meses sesiones quincenales de la misma duración. Las dos modalidades han mostrado previamente su efectividad en el tratamiento de las adicciones (Fernandez-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi

et al., 2010). Este tratamiento se lleva a cabo en cada centro de referencia de los pacientes.

El grupo experimental, además del tratamiento anterior, recibió una intervención específica dirigida a la superación de las consecuencias traumáticas del maltrato. Esta intervención también tuvo lugar en los centros de tratamiento de referencia de cada usuario. El contenido del tratamiento se dirige fundamentalmente a la facilitación de la expresión emocional (a modo de catarsis), a la reevaluación cognitiva de los acontecimientos experimentados, a la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales presentes y a la adquisición de estrategias de afrontamiento específicas para las situaciones problemáticas detectadas. Este programa se basa en un tratamiento para víctimas de violencia de género desarrollado por Echeburúa y Corral (1998) que ha mostrado su efectividad en el tratamiento de las víctimas de maltrato (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). Se ha realizado una adaptación del mismo para personas que hayan sufrido cualquier tipo de maltrato y estén en tratamiento por un problema de consumo de sustancias. El contenido y las técnicas empleadas en cada sesión se recogen en la tabla 12.



**Tabla 12. Protocolo de tratamiento**

<b>Sesión</b>	<b>Contenido</b>	<b>Técnica</b>	<b>Tarea</b>
1	Motivación para el tratamiento	Presentación del terapeuta y de normas de funcionamiento	Registro consecuencias en la vida cotidiana del maltrato
	Tipos de maltrato, consecuencias y vinculación con el consumo de sustancias	Exposición teórica	
2-3	Creencias irracionales en relación con la experiencia traumática vivida	Reevaluación cognitiva	Registro de reevaluación cognitiva
4-5	Reexperimentación	Parada de pensamiento y distracción cognitiva. Ensayo conductual	Práctica de la técnica y registro
4-5-6-7-8	Ansiedad y/o estrés	Entrenamiento en relajación mediante respiraciones	Práctica y registro
5	Evitaciones conductuales y cognitivas	Identificación, exposición *	--
6-7	Aislamiento social	Actividades alternativas gratificantes	Realización de las actividades elegidas
8	Autoestima	Reevaluación cognitiva	--
9	Resolución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas	Puesta en práctica en un problema cotidiano mediante registro
10	Resumen de contenidos y creación de un estilo de vida positivo	Exposición teórica y revisión de tareas	--

\*Elaboración de un programa de exposición individual en los casos que sea pertinente  
Fuente: Elaboración propia

Se trata de un tratamiento de carácter cognitivo-conductual que, en función de las características de cada caso, se aplicó en modalidad grupal (5-6 participantes) o individual. Los criterios para escoger una modalidad de tratamiento u otra han sido dos. En primer lugar, en función de requerimientos prácticos como la posibilidad o no de conseguir un número de personas mínimo simultáneamente para formar un grupo. Y, en segundo lugar, cuando existe una petición expresa del paciente. Este tratamiento específico consta de entre

8 y 10 sesiones y tiene una duración aproximada de 2 meses. Las sesiones tienen una duración de 90 minutos en el caso de los tratamientos grupales y de una hora en el caso de los tratamientos individuales. En ambos casos se trata de sesiones semanales. En la tabla 13 se recogen los grupos y tratamientos individuales llevados a cabo en este estudio. En todos los casos, el abandono del tratamiento experimental por algunos de los pacientes se ha debido a un abandono del tratamiento para la adicción en su servicio de referencia.

**Tabla 13. Distribución de los sujetos del grupo experimental para el tratamiento**

Tratamientos	Asisten	Terminan	Fecha	Nº Sesiones	Asistencia
Grupo 1	5	5	Mayo - Junio 2017	8	100%
Grupo 2	2	2	Septiembre - Noviembre 2017	10	100%
Grupo 3	3	2	Octubre -Diciembre 2018	8	66%
Tratamientos individuales	16	15	Marzo 2017 - Abril 2019	Media = 8,3	93,8%
Total	26	24		Media = 8,6	Media= 89,9%

Fuente: Elaboración propia

### 3.5.4. Evaluación tras el tratamiento

Tras la finalización del tratamiento, o tras dos meses y medio en los casos de los grupos de control, se procedió a realizar la segunda evaluación a todos los grupos. Las evaluaciones tuvieron lugar en formato individual en todos los casos. En la tabla 14 se presenta la distribución de la muestra en la evaluación postratamiento. En esta evaluación se perdieron un total de 9 pacientes en esta evaluación: 3 pertenecían al grupo experimental (dos no completaron el grupo y uno completó el grupo pero no realizó la evaluación postratamiento) y 6 pertenecían al grupo de control 1. La razón de la pérdida

de estos 9 pacientes fue, en todos los casos, por abandono voluntario del tratamiento de referencia para la adicción.

**Tabla 14. Distribución de la muestra en la evaluación postratamiento**

	Hombres		Mujeres		Total
	n	(%)	n	(%)	N
<b>Grupo experimental</b>	12	(52,2)	11	(47,8)	23
<b>Grupo de control 1</b>	12	(60)	8	(40)	20
<b>Total</b>	24	(55,8)	19	(44,2)	43

### **3.5.5. Evaluación de seguimiento**

Una vez transcurridos 6 meses desde la evaluación postratamiento, o segunda evaluación en función del grupo, se procedió a realizar la última evaluación. De todos los participantes que completaron las dos evaluaciones previas, se consiguió localizar y evaluar a 64. Para todos los casos de los grupos experimental y de control 1, además de los instrumentos de evaluación especificados en el apartado de evaluación inicial, se preguntó si habían experimentado algún tipo de violencia en el tiempo transcurrido desde la última evaluación. En referencia a todos los participantes, se mantuvo un contacto continuo con los terapeutas de PH y de ANTOX para cumplimentar las variables relativas a la superación del tratamiento para el problema de adicción.

En la tabla 15 se presenta la distribución de la muestra según el sexo y el grupo de la evaluación de seguimiento. Por último, se presenta en la tabla 16 la distribución de los sujetos a lo largo de las 3 evaluaciones.

**Tabla 15. Distribución de la muestra en la evaluación de seguimiento**

	Hombres		Mujeres		Total
	n	(%)	n	(%)	N
<b>Grupo experimental</b>	9	(56,3)	7	(43,8)	16
<b>Grupo de control 1</b>	9	(64,3)	5	(35,7)	14
<b>Grupo de control 2</b>	27	(27)	7	(7)	34
<b>Total</b>	45	(70,3)	19	(29,7)	64

**Tabla 16. Distribución de la muestra a lo largo de todas las evaluaciones**

	Pretatamiento	Postratamiento	Seguimiento	Casos perdidos (%)
<b>Grupo experimental</b>	26	23	16	10 (38,4)
<b>Grupo de control 1</b>	26	20	14	12 (42,3)
<b>Grupo de control 2</b>	52	-	34	18 (34,6)
<b>Total</b>	104	43	64	40

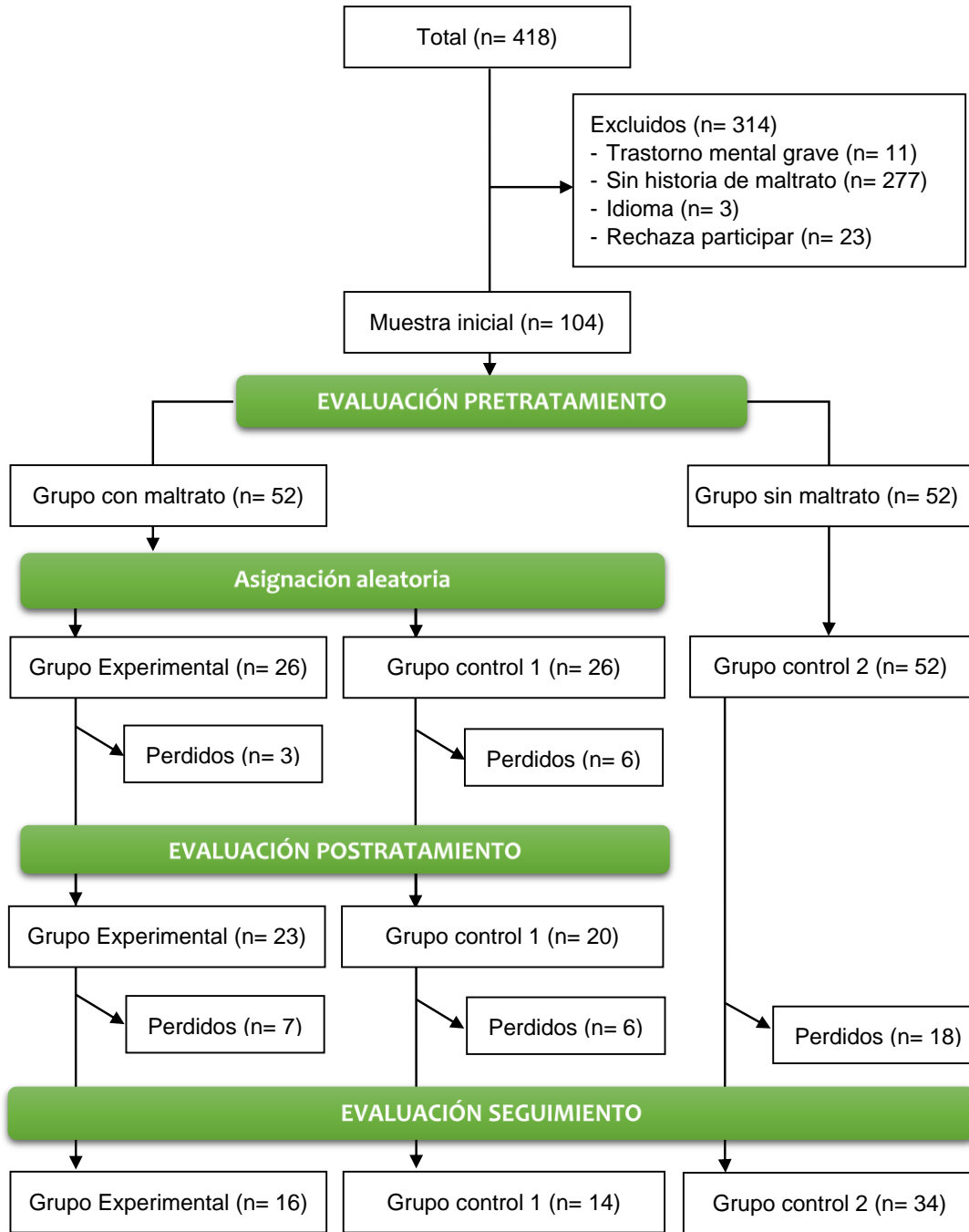
En esta fase, para aquellos participantes que no tenían posibilidad de trasladarse a Pamplona para realizar la evaluación, esta se realizó de manera telemática. Para ello, se mantuvo contacto telefónico, tras el cual se enviaban por correo los cuestionarios codificados, que eran cumplimentados de manera autoinformada y devueltos por el mismo medio. Para aquellos que se encontraban en esta situación y pertenecían al grupo experimental, la parte de la evaluación correspondiente a las consecuencias traumáticas de la violencia se realizó mediante una entrevista telefónica. En la siguiente tabla se exponen los motivos de abandono de la investigación de los sujetos perdidos (tabla 17).

**Tabla 17. Motivos de abandono de los sujetos perdidos**

	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Recaída/abandono servicio	22	(55,0)
Rechazo entrevista	3	(7,5)
No localizable/acude a la cita	11	(27,5)
Derivación a otro servicio	2	(5,0)
Se desconoce	2	(5,0)
Total	40	(100)

Fuente: Elaboración propia

En la Figura 1 se presenta un diagrama de la evolución de los sujetos a lo largo de estudio, teniendo en cuenta su distribución en los grupos y los casos perdidos a lo largo del mismo.



**Figura 1. Diagrama de flujo de los sujetos evaluados, excluidos y perdidos a lo largo del estudio**

### **3.6. Análisis de datos**

Se han llevado a cabo análisis descriptivos de todas las variables estudiadas. Para realizar los análisis bivariados entre los pacientes con historias de maltrato físico y/o sexual y los que no las presentan, se ha empleado el análisis de  $\chi^2$  o la prueba *t* de Student para muestras independientes, en función de la naturaleza de las variables. Para comprobar la homogeneidad de varianzas se ha empleado el contraste de Levene. Estos análisis se han llevado a cabo también para comprobar la eficacia del tratamiento entre el grupo experimental y de control 1 en los tres momentos evaluados.

En estas comparaciones bivariadas se ha calculado el tamaño del efecto. Para ello se ha aplicado la fórmula consistente en el cociente entre la diferencia de medias (medida posterior – medida anterior) y la desviación típica de la media posterior (Cohen, 1988; Morales Vallejo, 2013). En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se han tenido en cuenta las recomendaciones generales de Cohen (1988), que consideran los siguientes criterios:  $d = 0,20$  (efecto pequeño),  $d = 0,50$  (efecto moderado) y  $d = 0,80$  (efecto grande). También se ha considerado que valores en torno a 0,30 pueden ser relevantes para la práctica clínica (Borg, Gall y Gall, 1993).

Para realizar la comparación en las distintas variables de los tres grupos en el momento del seguimiento se han realizado análisis de la varianza (ANOVA). En esa ocasión, también se ha empleado el estadístico de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas. Con el objetivo de identificar entre qué grupos existen estas diferencias se ha empleado el test de

comparaciones múltiples de Bonferroni cuando existía homogeneidad de varianzas y el método de Tamhane para aquellos casos en los que las varianzas no eran homogéneas.

Se han realizado modelos lineales generales para calcular la  $F$  y las pruebas  $t$  para grupos relacionados para valorar la evolución de los tres grupos a lo largo de los distintos momentos de evaluación. Para los grupos experimental y de control 1 se han realizado entre pretratamiento y postratamiento, pretratamiento y seguimiento, y postratamiento y seguimiento. En el grupo de control 2 únicamente se ha llevado a cabo entre pretratamiento y seguimiento.

Para llevar a cabo los análisis multivariados se han realizado diferentes modelos de regresión logística mediante el modelo por pasos hacia adelante. Se han calculado las *odds ratio* (OR) y el intervalo de confianza al 95% (IC). El objetivo ha sido identificar aquellas variables relacionadas con el éxito terapéutico, entendido este como finalización del programa para la superación del problema de adicción. En todos los análisis multivariados la variable dependiente ha sido el abandono del programa terapéutico para la adicción (0) o su finalización con alta terapéutica (1).

Como variables independientes se han incluido en los diferentes modelos aquellas que han resultado significativas en la comparación entre las siguientes variables: a) sociodemográficas (sexo, estado civil, nivel de estudios, edad); b) de gravedad de la adicción (EuropASI); c) psicopatológicas, de personalidad y de adaptación (MCMI-III, SCL-90-R, EI, BIS-10), d) de maltrato (EGS-R); y e) de grupo (pertenencia a grupo y finalización de intervención experimental).



En concreto, se han realizado diferentes análisis en función de las muestras de la investigación. En primer lugar, con la totalidad de la muestra se ha llevado a cabo un modelo con las variables del pretratamiento aplicables a toda la muestra y las variables de grupo, y otro modelo con las variables del pretratamiento y del seguimiento. En segundo lugar, con los pacientes con historias de maltrato (grupo experimental y grupo de control 1) se ha realizado un análisis con las variables del pretratamiento y otro con las variables del pre y del postratamiento. Y, en tercer lugar, se han elaborado dos modelos con el grupo experimental: uno, con variables del pretratamiento y, otro, con variables del pre y del post tratamiento.

Para todas las pruebas se han considerado significativos los valores de  $p < 0,05$ . Todos los análisis estadísticos se han realizado con el programa informático SPSS (vs. 25.0).



## **4. RESULTADOS**

En este apartado se exponen los resultados de esta investigación en el orden que se presenta a continuación:

- I. Prevalencia de maltrato físico o sexual en los pacientes en tratamiento por problemas con el consumo de sustancias.
- II. Características del maltrato que han experimentado estos pacientes.
- III. Características diferenciales de los pacientes con y sin historias de maltrato.
- IV. Eficacia de la intervención. Se comparan los dos grupos con historias de maltrato antes del tratamiento, de cara a conocer su homogeneidad. Posteriormente, se comparan dichos grupos al finalizar el tratamiento y a los 6 meses del mismo. Así mismo se lleva a cabo un análisis intragrupal para conocer la evolución de cada grupo a lo largo de la intervención y del seguimiento.
- V. Comparación de los resultados entre los tres grupos en el seguimiento en las distintas variables estudiadas que tienen en común. Se comparan también las variables relacionadas con el maltrato en los grupos experimental y de control 1. Además, se analiza la evolución de cada grupo en cada variable.
- VI. Variables predictoras de éxito terapéutico para la totalidad de la muestra, para los pacientes con historias de maltrato y para el grupo experimental.

#### 4.1. Prevalencia de maltrato físico o sexual

De los 418 participantes del estudio, se desconocía en 14 participantes (3,3%) el dato de maltrato a lo largo de la vida. Del total del que se tenía información, 63 pacientes (15,6%) habían sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de la vida. El 12,9% ( $n = 52$ ) había sufrido algún tipo de maltrato físico y un 6,7% ( $n = 27$ ) algún tipo de maltrato sexual. El resto no presentaba historias de maltrato ( $n = 341$ ; 88,0%). La distribución por género de los 404 casos con información disponible, así como de los participantes con y sin historias de maltrato, se presenta en la tabla 18.

**Tabla 18. Distribución por sexo de los pacientes en tratamiento por adicción con y sin historias de maltrato**

Sexo	Total $N = 404$		Con historias de maltrato ( $n = 63$ )		Sin historias de maltrato ( $n = 341$ )		$\chi^2$ (gl)	$p$	Phi
	$N$	(%)	$n$	(%)	$n$	(%)			
Hombre	333	(82,4)	33	(52,4)	300	(88,0)	46,5 (1)	0,000	0,339
Mujer	71	(17,6)	30	(47,6)	41	(12,0)			

Del total de hombres de la muestra, un 9,9% presenta historias de maltrato físico o sexual, mientras que, en las mujeres, este porcentaje asciende a un 42,3%. Las diferencias de sexo entre pacientes con y sin historias de maltrato son significativas. Además, del total de pacientes que habían sufrido algún tipo de maltrato físico o sexual, 30 eran mujeres (47,6%) y 33 eran hombres (52,4%). Se observa cómo la proporción entre géneros se encuentra muy equilibrada en los pacientes con maltrato.

Considerando en cada caso el tipo principal de maltrato sufrido, 42 (66,7%) pacientes habían sufrido maltrato físico frente a 21 (33,3%) que habían sufrido maltrato sexual. En la figura 2 se muestra la distribución de los distintos tipos de maltrato en estos pacientes. La mayor parte de los episodios de maltrato, tanto físico como sexual, tuvieron lugar durante la infancia

(61,9%) y principalmente en el ámbito familiar (54,8%). De aquí en adelante, las características y la categorización de la violencia experimentada se realizan a partir del episodio que mayores consecuencias postraumáticas ha tenido en la víctima.

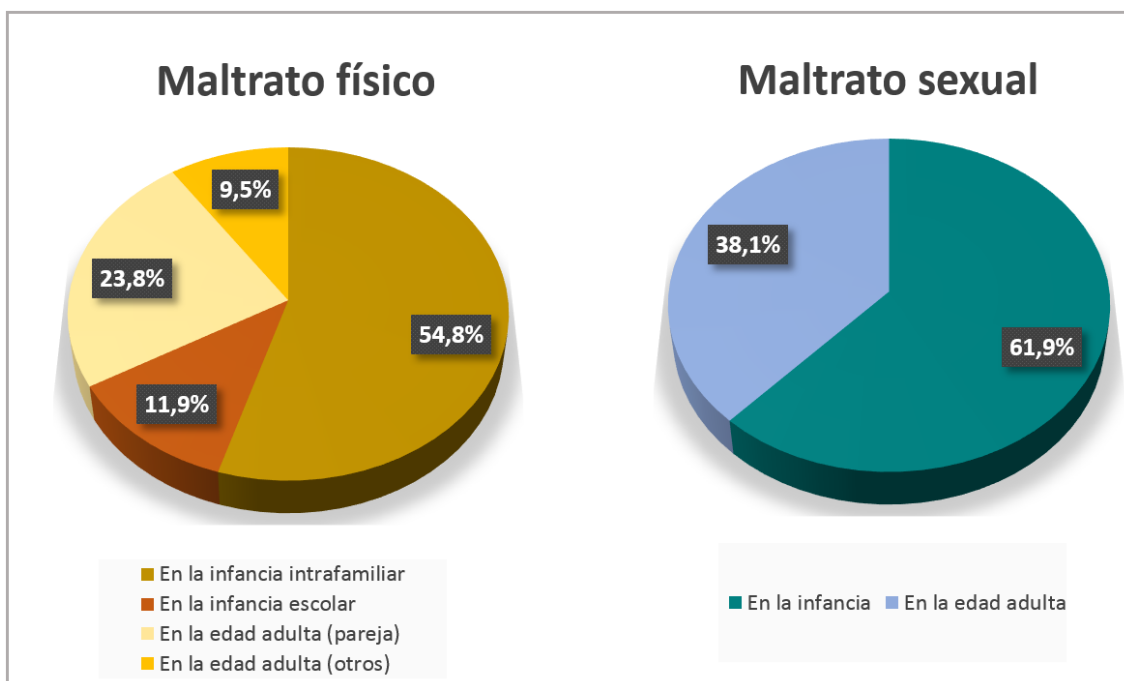


Figura 2. Etapa vital y tipo de maltrato en los sujetos con algún tipo de victimización

## 4.2. Características del maltrato y sus consecuencias en la muestra del estudio

Para la exploración de las características y consecuencias del maltrato se realizó una evaluación a los 52 pacientes con historias de victimización que formaron parte de los grupos experimental y de control 1 del estudio. Los resultados obtenidos se presentan a continuación.

### 4.2.1. Características de la victimización

Del total de estos pacientes con historias de maltrato, el 71,2% ( $n = 37$ ) había sufrido maltrato físico y el 28,8% ( $n = 15$ ) maltrato sexual. Dentro de la victimización física, el 67,6% ( $n = 25$ ) tuvo lugar durante la infancia y el 32,4%

( $n = 12$ ) durante la edad adulta. El 80% ( $n = 20$ ) del maltrato físico sufrido durante la infancia ocurrió en el ámbito familiar y el 20% ( $n = 5$ ) en la escuela. Además, el 75% ( $n = 9$ ) del maltrato físico durante la edad adulta tuvo lugar dentro de la pareja. Respecto a la victimización sexual, el 66,7% ( $n = 10$ ) ocurrió durante la infancia, mientras que el 33,3% ( $n = 5$ ) se produjo durante la edad adulta.

En todos los casos la exposición al suceso traumático se dio de manera directa, es decir, en primera persona. No había pacientes que experimentaran secuelas traumáticas por ser testigo de un maltrato ejercido sobre otra persona.

El 84,6% ( $n = 44$ ) había sufrido varios episodios de maltrato, mientras que el 15,4% ( $n = 8$ ) sólo había experimentado un único episodio. Sólo en un 1,9% ( $n = 1$ ) de los casos, la situación de maltrato continuaba durante el momento de la evaluación. En el 75% ( $n = 39$ ) de los casos la exposición al maltrato ocurrió durante la infancia o la adolescencia. La media de años desde que ocurrió el último episodio de maltrato se sitúa en 20 años ( $DT = 15,3$ ). Además, en el 30,8% ( $n = 16$ ) de los pacientes tuvo una revictimización con otro suceso traumático después del primero. El 15,4% ( $n = 8$ ) de los pacientes presentó secuelas físicas derivadas del maltrato recibido.

El 76,9% ( $n = 40$ ) de los participantes no había recibido tratamiento profesional para paliar las consecuencias del maltrato. De aquellos que sí lo recibieron ( $n = 12$ ), el 75% ( $n = 10$ ) de este tratamiento fue psicológico, el 8,3% ( $n = 1$ ) farmacológico y el 16,7% ( $n = 2$ ) recibió ambos tipos de tratamiento.

Además de las variables comentadas previamente respecto al tipo de exposición al maltrato y sus características, se exploró la violencia ejercida

contra las personas. El 36,5% ( $n = 19$ ) de los pacientes que había sufrido algún tipo de victimización física o sexual no ejerció conductas violentas contra otras personas, un 30,8% ( $n = 16$ ) había realizado alguna conducta violenta de manera puntual y el 32,7% ( $n = 17$ ) restante de manera habitual.

#### **4.2.2. Características y prevalencia del trastorno de estrés postraumático**

En este apartado se presentan los datos de la prevalencia del TEPT en los sujetos de la muestra con historias de maltrato físico y/o sexual, así como las puntuaciones que obtienen los pacientes en cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT. Tras la entrevista clínica, el 25% ( $n = 13$ ) de los pacientes cumple los criterios para el diagnóstico de TEPT, mientras que un 75% ( $n = 39$ ) de los participantes no presenta dicho trastorno. El 38,5% ( $n = 20$ ) de los participantes presenta una gravedad de síntomas global por encima del punto de corte de la EGS-R.

En la tabla 19 se presentan los estadísticos descriptivos de cada uno de los grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático. También se recogen los puntos de corte de cada subescala y el número y porcentaje de pacientes que los superan en cada caso.

**Tabla 19. Estadísticos descriptivos de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático y puntos de corte (EGS-R)**

<b>N = 52</b>	<b>Media</b>	<b>(DT)</b>	<b>PdC</b>	<b>n &gt; PdC</b>	<b>(%)</b>
<b>Grupo de síntomas (rango)</b>					
Reexperimentación (0-15)	3,5	(2,9)	3	23	(44,2)
Evitaciones cognitivas y conductuales (0-9)	2,8	(2,6)	3	18	(34,6)
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo (0-21)	4,9	(4,2)	5	18	(34,6)
Activación psicofisiológica e hiperactividad (0-18)	6,6	(3,2)	5	27	(51,9)
<b>Puntuación total (0-63)</b>	<b>17,8</b>	<b>(10,3)</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>(38,5)</b>
<b>Síntomas disociativos (0-4)</b>	<b>0,3</b>	<b>(0,5)</b>			
<b>Interferencia de los síntomas en la vida cotidiana (0-18)</b>	<b>8,1</b>	<b>(5,1)</b>			

PdC = punto de corte

En la tabla 20 se muestra el número y el porcentaje de pacientes que cumple cada síntoma del TEPT, según el DSM-V. En general, todos los síntomas se manifiestan en mayor proporción en los pacientes con TEPT. De hecho, cada uno de los síntomas se presenta en estos pacientes por encima del 30%, excepto en dos casos: sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el (los) suceso(s) traumático(s) y sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.

Respecto al grupo de síntomas de reexperimentación, el 76,9% (n = 10) de los pacientes con TEPT presenta un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del (de los) suceso(s) traumático(s). Este síntoma también es el más prevalente en la totalidad de pacientes que han sufrido maltrato de algún tipo.

Los síntomas de evitación son los únicos que, en su totalidad, aparecen en más de la mitad de los pacientes con TEPT. Por otro lado, respecto a los síntomas relacionados con el embotamiento afectivo, los más prevalentes son las creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo y el estado emocional negativo persistente. Las creencias o expectativas negativas es uno de los síntomas en los que más diferencias se presentan entre los pacientes con y sin TEPT, junto con la incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

El comportamiento imprudente o autodestructivo está presente en todos los casos. Además, el segundo síntoma más prevalente relacionado con activación psicofisiológica en los pacientes con TEPT es la respuesta exagerada de sobresalto.



**Tabla 20. Número y porcentaje de pacientes con presencia de cada síntoma según el DSM-V**

	Total N = 52		Con TEPT n = 13		Sin TEPT n = 39		$\chi^2$	(gl)	p
	N	(%)	n	(%)	n	(%)			
<b>Reexperimentación</b>									
Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos	5	(9,6)	4	(30,8)	1	(2,6)	8,9	(1)	0,002
Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s)	5	(9,6)	2	(15,4)	3	(7,7)	0,7	(1)	0,415
Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s)	8	(15,4)	4	(30,8)	4	(10,3)	3,2	(1)	0,076
Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s)	21	(40,4)	10	(76,9)	11	(28,2)	9,6	(1)	0,002
<b>Evitaciones</b>									
Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)	12	(23,1)	7	(53,8)	5	(12,8)	9,2	(1)	0,002
Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s)	19	(36,5)	8	(61,5)	11	(28,2)	4,7	(1)	0,030
<b>Embotamiento afectivo</b>									
Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s)	15	(28,8)	5	(38,5)	10	(33,3)	1,6	(1)	0,205
Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo	22	(42,3)	9	(69,2)	13	(33,3)	5,2	(1)	0,023
Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo a o a los demás.	16	(30,8)	6	(46,2)	10	(25,6)	1,9	(1)	0,165
Estado emocional negativo persistente	10	(19,2)	9	(69,2)	1	(2,6)	27,9	(1)	0,000
Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas	7	(13,5)	5	(38,5)	2	(5,1)	9,3	(1)	0,002
Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás	6	(11,5)	2	(15,4)	4	(10,3)	0,3	(1)	0,616
Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas	6	(11,5)	6	(46,2)	0	(--)	20,4	(1)	0,000
<b>Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático</b>									
Comportamiento irritable y arrebatos de furia que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos	14	(26,9)	5	(38,5)	9	(23,1)	1,2	(1)	0,278
Comportamiento imprudente o autodestructiva	52	(100)	13	(100)	39	(100)	--	--	--
Hipervigilancia	10	(19,2)	4	(30,8)	6	(15,4)	1,5	(1)	0,223
Respuesta de sobresalto exagerada	12	(23,1)	9	(69,2)	3	(7,7)	20,8	(1)	0,000
Problemas de concentración	14	(26,9)	6	(46,2)	8	(20,5)	3,3	(1)	0,071
Alteración del sueño	16	(30,8)	6	(46,2)	10	(25,6)	1,9	(1)	0,165

### 4.3. Perfil diferencial de los pacientes con y sin historias de maltrato

A continuación, se analizan las distintas variables correspondientes a la evaluación inicial de la muestra total, compuesta por 104 sujetos. Aparecen las comparaciones de los datos de los pacientes que han sufrido algún maltrato físico o sexual a lo largo de su vida frente a los que no, así como los datos de la muestra total

#### 4.3.1. Variables sociodemográficas

En la tabla 21 se muestran los principales datos sociodemográficos de la muestra.

**Tabla 21. Comparación de datos sociodemográficos entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 104		Con historias de maltrato (n = 52)		Sin historias de maltrato (n = 52)		t (gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)			
	N		n		n				
<b>Edad</b>	40,1	(12,2)	41,4	(12,1)	40,5	(12,4)	0,4 (101)	0,711	0,073
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	$\chi^2$ (gl)	p	Phi
<b>Sexo</b>	104		52		52				
Hombre	73	(70,2)	29	(55,8)	44	(84,6)	10,3 (1)	0,001	0,315
Mujer	31	(29,8)	23	(44,2)	8	(15,4)			
<b>Estado civil</b>	104		52		52				
Soltero/a	60	(57,7)	27	(51,9)	33	(63,5)	5,9 (3)	0,115	0,239
Casado/a	16	(15,4)	12	(23,1)	4	(7,7)			
Separado/Divorciado/a	27	(26)	12	(23,1)	15	(28,8)			
Viudo/a	1	(1)	1	(1,9)	0	(--)			
<b>Nivel de estudios</b>	101		52		49				
Sin estudios	7	(6,9)	3	(5,8)	4	(8,2)	7,1 (3)	0,067	0,266
Primarios	33	(32,7)	16	(30,8)	17	(34,7)			
Secundarios	54	(53,5)	26	(50,0)	28	(57,1)			
Universitarios	7	(6,9)	7	(13,5)	0	(--)			
<b>Situación laboral</b>	103		52		51				
Activo	48	(49,7)	22	(42,3)	26	(51)	3,4 (2)	0,182	0,182
Desempleo	50	(48,5)	29	(55,8)	21	(41,2)			
Jubilado	5	(4,9)	1	(1,9)	4	(1,9)			

La edad media se sitúa en 40,5 años y es homogénea entre ambos grupos. Existen diferencias en cuanto a la distribución por sexo: la proporción de mujeres es considerablemente mayor en el grupo de pacientes con historias de maltrato frente al grupo sin historias de maltrato. No existen diferencias entre los grupos en el resto de las variables sociodemográficas.

#### 4.3.2. Variables de gravedad de la adicción

En este apartado se exponen los resultados acerca de la gravedad de la adicción. Estos datos han sido recogidos a partir del EuropASI. En 16 casos (15,4%) no se tenía información de estas variables, por lo que se presentan los datos de 86 pacientes (82,7%) de la muestra total.

Las sustancias que han motivado el tratamiento para la adicción se encuentran recogidas en la tabla 22. No existen diferencias significativas entre los grupos. La principal sustancia que motiva el tratamiento es el alcohol en más del 40% de los casos, seguido de los estimulantes. En la cuarta parte de los casos se trata de un policonsumo problemático.

**Tabla 22. Comparación de la sustancia motivo de ingreso entre los grupos con y sin historias de maltrato**

Sustancia	Total N = 88		Con historias de maltrato (n = 46)		Sin historias de maltrato (n = 40)		$\chi^2$ (gl)	p	Phi
	N	(%)	n	(%)	n	(%)			
Alcohol	37	(42)	20	(43,5)	17	(40,5)	0,5 (3)	0,929	0,072
Estimulantes	17	(19,3)	8	(17,4)	9	(21,4)			
Policonsumo	22	(25)	11	(23,9)	11	(26,2)			
Otras	12	(13,6)	7	(15,2)	5	(11,9)			

Las áreas de la vida más afectadas por el problema con el consumo de sustancias y que mayor necesidad de tratamiento presentan son la *familiar* y

la *social*. El grupo de pacientes con historias de maltrato presenta mayor gravedad en las áreas *familiar* y *psiquiátrica* frente al grupo sin historias de maltrato (tabla 23).

El número de tratamientos recibidos previos al tratamiento actual para la adicción es superior en el grupo con historias de maltrato, aunque las diferencias no son significativas (tabla 24).

**Tabla 23. Comparación de la gravedad del consumo (EuropASI) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

Área	Total N = 88		Con historias de maltrato (n = 46)		Sin historias de maltrato (n = 42)		t (gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)			
Médica	2,6	(2,1)	2,9	(2,2)	2,2	(1,9)	1,9 (86)	0,093	0,358
Empleo/soportes	3,5	(1,7)	3,8	(1,5)	3,3	(1,9)	1,3 (76)	0,204	0,275
Consumo alcohol	4,7	(2,3)	4,6	(2,5)	4,9	(2,1)	0,5 (86)	0,647	0,098
Consumo sustancias	4,6	(2,8)	4,5	(2,9)	4,8	(2,6)	0,4 (86)	0,689	0,086
Legal	2,9	(2,3)	2,6	(2,3)	3,2	(2,2)	1,2 (86)	0,219	0,263
Familiar	4,9	(1,7)	5,5	(1,5)	4,2	(1,7)	3,8 (86)	0,000	0,767
Social	4,8	(1,7)	5,0	(1,7)	4,6	(1,6)	1,2 (86)	0,223	0,261
Psiquiátrica/psicológica	4,5	(1,9)	5,0	(2)	3,8	(1,6)	3,1 (86)	0,002	0,641

**Tabla 24. Comparación del número de tratamientos para la adicción previos (EuropASI) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 87		Con historias de maltrato (n = 46)		Sin historias de maltrato (n = 40)		t (gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)			
Número de tratamientos previos para la adicción	1,9	(2,5)	2,2	(2,5)	1,7	(2,4)	0,8 (85)	0,400	0,182

#### 4.3.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación

En la tabla 25 se recoge la presencia de una historia psiquiátrica previa, así como la problemática principal que motivó el tratamiento. La mayor parte de los pacientes han tenido contactos previos con los sistemas de salud mental.

La problemática más prevalente es el consumo de sustancias, seguida de los trastornos afectivos. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos.

**Tabla 25. Comparación de la historia psiquiátrica entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 104		Con historias de maltrato (n = 52)		Sin historias de maltrato (n = 52)		$\chi^2$ (gl)	p	Phi
	N	(%)	n	(%)	n	(%)			
<b>Historia psiquiátrica</b>	70	(68,0)	37	(71,2)	33	(64,7)	0,5 (1)	0,483	0,069
<b>Tipo de trastorno</b>	N = 62		n = 37		n = 25				
Adictivo	26	(41)	14	(37,8)	12	(48,0)			
Afectivo	15	(24,2)	9	(24,3)	6	(24,0)	3,1 (3)	0,380	0,223
De personalidad	4	(6,5)	4	(10,8)	0	(0,0)			
Otros	17	(27,4)	10	(27,0)	7	(28,0)			

El grupo con historias de maltrato ha presentado más episodios de *ansiedad severa* a lo largo de la vida, mayor porcentaje de algún *intento de suicidio* y mayor *número de intentos de suicidio* que el grupo sin historias de maltrato. No se reflejan más diferencias significativas en el resto de las variables psiquiátricas estudiadas por el EuropASI (tabla 26).

En la tabla 27 se recogen los datos de los síntomas de malestar psicológico, evaluados con el SCL-90-R. De manera general, las puntuaciones más altas se obtienen en *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *psicoticismo*, en el *Índice Global de Gravedad (GSI)* y en el *Total de Sintomatología Positiva (PST)*. El grupo con historias de maltrato presenta mayor gravedad psicopatológica que el grupo sin historias de maltrato en las áreas de *somatización*, *obsesión-compulsión*, *depresión*, *ansiedad*, *GSI* y *PSDI*.

**Tabla 26. Comparación de las variables del historial psiquiátrico (EuropASI) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 87		Con historias de maltrato (n = 46)		Sin historias de maltrato (n = 41)		t (gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)			
Número de tratamientos psiquiátricos previos	2,1	(4,0)	2,3	(4,0)	1,9	(4,1)	0,4 (85)	0,664	0,093
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	$\chi^2$ (gl)	p	Phi
Depresión severa	48	(55,2)	27	(58,7)	21	(52,2)	0,5 (1)	0,484	0,075
Ansiedad severa	62	(71,3)	37	(80,4)	25	(61,0)	4,0 (1)	0,045	0,215
Alucinaciones	7	(8,0)	5	(10,0)	2	(4,9)	1,1 (1)	0,305	0,110
Problemas para controlar conductas violentas	34	(39,1)	20	(43,5)	14	(34,1)	0,8 (1)	0,373	0,095
Uso de psicofármacos	53	(60,9)	28	(60,9)	25	(61,0)	0,0 (1)	0,992	0,001
Ideación suicida	33	(37,9)	20	(43,5)	13	(31,7)	1,3 (1)	0,259	0,121
Intentos de suicidio	17	(19,5)	13	(28,3)	4	(9,8)	4,7 (1)	0,030	0,233
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)	t (gl)	p	d
Número de intentos de suicidio	0,5	(1,3)	0,8	(1,7)	0,1	(0,5)	2,3 (52)	0,026	0,459

**Tabla 27. Comparación de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 104		Con historias de maltrato (n = 52)		Sin historias de maltrato (n = 52)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
Somatización	54,9	(31,8)	62,8	(29,2)	46,9	(32,7)	2,6	(102)	0,010	0,499
Obsesión-compulsión	63,3	(31,1)	70,5	(30)	56,0	(30,7)	2,4	(102)	0,016	0,467
Sensibilidad interpersonal	69,0	(29,3)	74,4	(27,6)	63,6	(30,2)	1,9	(102)	0,059	0,370
Depresión	66,1	(29,6)	73,7	(25,7)	58,6	(31,5)	2,7	(98)	0,008	0,513
Ansiedad	62,0	(30,7)	68,4	(30,3)	55,5	(30,1)	2,2	(102)	0,031	0,421
Hostilidad	50,7	(33,2)	56,2	(35,3)	45,2	(30,3)	1,7	(102)	0,091	0,332
Ansiedad fóbica	48,0	(38,1)	52,8	(39,1)	43,2	(36,8)	1,3	(102)	0,202	0,250
Ideación paranoide	65,9	(32,1)	71,8	(30,1)	60,0	(33,3)	1,9	(102)	0,061	0,367
Psicoticismo	66,1	(35,0)	72,5	(32,4)	59,6	(36,6)	1,9	(102)	0,059	0,194
GSI	67,7	(30,2)	74,6	(27,3)	60,8	(31,6)	2,4	(102)	0,018	0,459
PST	68,6	(28,7)	74,0	(26,5)	63,3	(30,0)	1,9	(102)	0,056	0,394
PSDI	55,3	(31,9)	64,5	(29,6)	46,0	(31,7)	3,1	(102)	0,003	0,581

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva

En la tabla 28 se recogen las puntuaciones de las distintas escalas de personalidad evaluadas mediante el MCMI-III. Las puntuaciones más altas en la muestra total se obtienen en las escalas de *dependencia del alcohol* y *dependencia de sustancias*. Existen diferencias significativas entre los grupos en tres escalas de personalidad *depresivo*, *narcisista* y *paranoide*. El grupo con historias de maltrato presenta puntuaciones más altas en las escalas *depresivo* y *paranoide*, mientras que los pacientes sin historias de maltrato presentan puntuaciones superiores en la escala *narcisista*. Además, dentro de los síndromes clínicos, el grupo con historias de maltrato obtiene una puntuación superior en el *trastorno de estrés postraumático*, aunque esta diferencia no es significativa estadísticamente.

Las puntuaciones globales de impulsividad recogidas en la tabla 29 a partir de la escala BIS-10 no difieren de manera significativa entre los dos grupos.

Los pacientes con historias de maltrato presentan mayor inadaptación a la vida cotidiana en el área de *vida social* (tabla 30). Las áreas de la vida cotidiana que más afectadas se presentan de manera global son la *vida familiar* y la *general*.

**Tabla 28. Comparación de la personalidad (MCMI-III) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 102		Con historias de maltrato (n = 50)		Sin historias de maltrato (n = 52)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
<b>Escalas de personalidad</b>										
Esquizoide	48,5	(18,6)	50,2	(17,8)	46,8	(19,4)	0,9	(100)	0,360	0,182
Evitativo	41,1	(25,6)	46,0	(25,4)	36,3	(25,1)	1,9	(100)	0,056	0,377
Depresivo	46,7	(25,7)	52,5	(23)	41,1	(27,1)	2,3	(98)	0,024	0,443
Dependiente	49,0	(23,2)	52,7	(21,9)	45,3	(24,1)	1,6	(100)	0,107	0,319
Histriónico	46,7	(18,9)	47,0	(20,1)	46,3	(17,9)	0,2	(100)	0,850	0,037
Narcisista	60,3	(15,9)	56,0	(17)	64,4	(13,7)	2,7	(94)	0,007	0,528
Antisocial	68,2	(13,4)	66,2	(14,7)	70,1	(11,9)	1,5	(100)	0,138	0,294
Agresivo (sádico)	57,2	(14,4)	56,5	(13,4)	57,8	(15,3)	0,4	(100)	0,663	0,086
Compulsivo	43,4	(18,4)	43,2	(20,1)	43,6	(16,7)	0,1	(100)	0,914	0,021
Negativista (pasivo-agresivo)	48,5	(18,4)	51,4	(16)	45,8	(20,2)	1,5	(100)	0,124	0,305
Autodestructivo	44,2	(21,3)	47,0	(21,5)	41,5	(21,0)	1,3	(100)	0,190	0,260
Esquizotípico	39,0	(25,5)	39,8	(25,9)	38,2	(25,3)	0,3	(100)	0,746	0,064
Límite	51,7	(20,3)	53,4	(18,8)	50,1	(21,7)	0,8	(100)	0,414	0,162
Paranoide	48,7	(25,4)	53,9	(22,7)	43,7	(27,1)	2,1	(98)	0,041	0,401
<b>Síndromes clínicos</b>										
Trastorno de ansiedad	57,5	(33,4)	59,7	(32,7)	55,3	(34,2)	0,7	(100)	0,507	0,132
Trastorno somatomorfo	34,5	(26,8)	37,1	(25,9)	32,0	(27,6)	0,9	(100)	0,340	0,189
Trastorno bipolar	58,5	(19,3)	59,4	(17,7)	57,6	(20,8)	0,5	(100)	0,642	0,092
Trastorno distímico	43,9	(28,3)	46,1	(26,9)	41,7	(29,6)	0,8	(100)	0,435	0,155
Dependencia del alcohol	77,4	(20,2)	79,6	(22,8)	75,3	(17,2)	1,1	(100)	0,281	0,214
Dependencia de sustancias	81,8	(16,5)	79,3	(18,6)	84,2	(13,9)	1,5	(100)	0,132	0,299
Trastorno de estrés posttraumático	47,7	(27,5)	53,0	(26,1)	42,7	(28,2)	1,9	(100)	0,057	0,375
Trastorno del pensamiento	45,6	(29,6)	47,4	(28,5)	43,9	(30,7)	0,6	(100)	0,555	0,118
Depresión mayor	38,7	(30,6)	40,4	(29,1)	37,1	(32,1)	0,6	(100)	0,583	0,109
Trastorno delirante	51,4	(29,6)	54,4	(26,5)	48,6	(32,2)	0,9	(97)	0,324	0,196



**Tabla 29. Comparación de la impulsividad (BIS-10) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 104		Con historias de maltrato (n = 52)		Sin historias de maltrato (n = 52)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
Impulsividad motora	19,6	(7,9)	20,6	(7,3)	18,6	(8,5)	1,3	(102)	0,199	0,252
Impulsividad cognitiva	20,3	(6,7)	19,3	(6,7)	21,3	(6,6)	1,5	(102)	0,133	0,295
Ausencia de planificación e improvisación	15,8	(8,0)	15,5	(9,0)	16,1	(6,8)	0,4	(102)	0,696	0,077
Puntuación total BIS	55,7	(17,8)	55,4	(18,2)	56,0	(17,5)	0,2	(102)	0,865	0,033

**Tabla 30. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) entre los grupos con y sin historias de maltrato**

	Total N = 104		Con historias de maltrato (n = 52)		Sin historias de maltrato (n = 52)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
Trabajo/estudios	3,1	(1,7)	3,4	(1,5)	2,90	(1,9)	1,4	(102)	0,173	0,267
Vida social	2,7	(1,7)	3,0	(1,6)	2,29	(1,7)	2,3	(102)	0,024	0,440
Tiempo libre	2,9	(1,6)	3,0	(1,7)	2,65	(1,6)	1,2	(102)	0,236	0,233
Relación de pareja	3,3	(1,6)	3,4	(1,6)	3,29	(1,6)	0,3	(102)	0,762	0,059
Vida familiar	3,4	(1,5)	3,7	(1,4)	3,13	(1,5)	1,9	(102)	0,062	0,366
General	3,7	(1,1)	3,9	(1,1)	3,54	(1,1)	1,4	(102)	0,161	0,276
Total	19,1	(6,7)	20,4	(6,1)	17,81	(7,1)	1,9	(102)	0,053	0,378

#### 4.4. Evaluación de la eficacia del programa de intervención para pacientes con un problema de adicción e historias de maltrato físico o sexual

##### 4.4.1. Comparación de los grupos con historias de maltrato antes del tratamiento

En este apartado se lleva a cabo la comparación entre los pacientes con historias de maltrato que reciben el tratamiento experimental y aquellos que

componen el grupo de control 1 en el momento antes del tratamiento, con el objetivo de valorar su homogeneidad.

#### 4.4.1.1. Variables sociodemográficas

No se observan diferencias significativas en los datos sociodemográficos entre ambos grupos (tabla 31).

**Tabla 31. Comparación de datos sociodemográficos en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		<i>t</i>	<i>(gl)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	(DT)	Media	(DT)				
<b>Edad</b>	42,5	12,2	40,2	12,1	0,7	50	0,489	0,194
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	$\chi^2$	<i>(gl)</i>	<i>p</i>	<b>Phi</b>
<b>Sexo</b>	26		26					
Hombre	13	(50,0)	16	(61,5)	0,7	(1)	0,402	0,116
Mujer	13	(50,0)	10	(38,5)				
<b>Estado civil</b>	26		26					
Soltero/a	11	(42,3)	16	(61,5)	4,9	(3)	0,177	0,308
Casado/a	6	(23,1)	6	(23,1)				
Separado/Divorciado/a	9	(34,6)	3	(11,5)				
Viudo/a	0	(0,0)	1	(3,8)				
<b>Nivel cultural</b>	26		26					
Sin estudios	2	(7,7)	1	(3,8)	0,9	(3)	0,830	0,130
Primarios	7	(26,9)	9	(34,6)				
Secundarios	16	(53,8)	12	(46,2)				
Universitarios	3	(11,5)	4	(15,4)				
<b>Situación laboral</b>	26		26					
Activo	12	(46,2)	10	(38,5)	1,2	(2)	0,544	0,153
Desempleo	14	(55,8)	15	(57,7)				
Jubilado	0	(1,9)	1	(3,8)				

#### 4.1.1.2. Variables de gravedad de la adicción

Tanto en el grupo experimental como en el grupo de control 1 se observa una predominancia del alcohol como sustancia principal que motiva el tratamiento (tabla 32). No existen diferencias entre ambos grupos.

**Tabla 32. Comparación de la sustancia motivo de tratamiento (EuropASI) en el pretratamiento**

Sustancia	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Alcohol	12	(52,2)	8	(34,8)	1,5	(3)	0,674	0,183
Estimulantes	3	(13,0)	5	(21,7)				
Policonsumo	5	(21,7)	6	(26,1)				
Otras	3	(13,0)	4	(17,4)				

En la tabla 33 se presentan los resultados de la necesidad de tratamiento y la gravedad de la adicción para cada escala del EuropASI. El área más afectada en ambos grupos es la familiar. Solo existen diferencias significativas entre los grupos en el consumo de sustancias, con una mayor puntuación en el grupo de control. Para el resto de áreas no existen diferencias significativas. Tampoco existen diferencias entre ambos grupos con respecto al número de tratamientos previos recibidos para el problema de consumo de sustancias (tabla 34).

**Tabla 33. Comparación de las variables de consumo (EuropASI) en el pretratamiento**

Área	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 23)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Médica	2,7	(2,2)	3,1	(2,3)	0,7	44	0,470	0,216
Soportes/empleo	3,6	(1,4)	4,0	(1,5)	0,9	44	0,375	0,265
Consumo alcohol	5,0	(2,5)	4,3	(2,4)	1,0	44	0,314	0,300
Consumo sustancias	3,7	(3,0)	5,4	(2,7)	2,1	44	0,043	0,593
Legal	2,7	(2,5)	2,5	(2,3)	0,2	44	0,804	0,074
Familiar	5,5	(1,4)	5,6	(1,5)	0,3	44	0,767	0,089
Social	4,5	(2,0)	5,5	(1,2)	2,0	44	0,055	0,563
Psiquiátrica/psicológica	4,7	(2)	5,4	(1,9)	1,4	44	0,177	0,400

**Tabla 34. Comparación del número de tratamientos previos para la adicción (EuropASI) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 23)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Número de tratamientos previos para la adicción	2,3	(2,6)	2,0	(2,4)	0,3	(44)	0,770	0,087

#### 4.1.1.3. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación

Los datos en relación con la existencia de una historia psiquiátrica previa y qué problemática ha motivado dicha historia se presentan en la tabla 35.

**Tabla 35. Comparación de la historia psiquiátrica en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
<b>Historia psiquiátrica previa</b>	18	(69,2)	19	(73,1)	0,9	(1)	0,760	0,042
<b>Tipo de trastorno</b>	18		19					
Adictivo	7	(38,9)	7	(36,8)				
Afectivo	5	(27,8)	4	(21,1)	0,5	(3)	0,922	0,114
De personalidad	2	(11,1)	2	(10,5)				
Otros	4	(22,2)	6	(31,6)				

No se encuentran diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables estudiadas de la historia psiquiátrica anterior. Tampoco existen diferencias en los síntomas de malestar psicopatológico (tablas 36 y 37).

Los grupos experimental y de control 1 son homogéneos entre sí en todas las variables de personalidad del MCMI-III (tabla 38).

**Tabla 36. Comparación de síntomas del historial psiquiátrico (EuropASI) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 23)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Número de tratamientos psiquiátricos previos	2,7	(4,9)	1,9	(2,9)	0,7	(4)	0,493	0,205
	n	(%)	n	(%)	$\chi^2$	(gl)	p	Phi
Depresión severa	13	(43,5)	14	(60,9)	0,1	(1)	0,765	0,044
Ansiedad severa	18	(78,3)	19	(82,6)	0,1	(1)	0,710	0,055
Alucinaciones	1	(4,3)	4	(17,4)	2,0	(1)	0,155	0,210
Problemas para controlar conductas violentas	11	(47,8)	9	(39,1)	0,3	(1)	0,552	0,088
Uso de psicofármacos	13	(56,5)	15	(65,2)	0,4	(1)	0,546	0,089
Ideación suicida	8	(34,8)	12	(52,2)	1,4	(1)	0,234	0,175
Intentos de suicidio	6	(26,1)	7	(30,4)	0,1	(1)	0,743	0,048
	Media	(DT)	Media	(DT)	t	(gl)	p	d
Número de intentos de suicidio	0,4	(0,7)	1,1	(2,3)	1,5	(27)	0,156	0,424

**Tabla 37. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Somatización	56,7	(32,7)	69,0	(24,3)	1,5	(50)	0,128	0,423
Obsesión-compulsión	69,2	(32,1)	71,9	(28,4)	0,3	(50)	0,757	0,087
Sensibilidad interpersonal	69,1	(32,1)	79,7	(21,5)	1,4	(50)	0,166	0,386
Depresión	71,8	(27,7)	75,7	(23,9)	0,5	(50)	0,594	0,150
Ansiedad	66,4	(32,9)	70,5	(27,9)	0,5	(50)	0,626	0,137
Hostilidad	52,7	(35,8)	59,6	(35,1)	0,7	(50)	0,487	0,195
Ansiedad fóbica	48,2	(39,6)	57,4	(38,8)	0,8	(50)	0,402	0,235
Ideación paranoide	67,1	(32,4)	76,5	(27,4)	0,1	(50)	0,263	0,313
Psicoticismo	67,8	(36,8)	77,3	(27,0)	1,1	(50)	0,296	0,292
Síntomas discretos	8,7	(6,3)	8,9	(6,0)	0,1	(50)	0,929	0,025
GSI	69,1	(31,3)	80,2	(21,9)	1,5	(50)	0,147	0,404
PST	68,0	(30,1)	80,0	(21,3)	1,6	(50)	0,106	0,450
PSDI	66,4	(32,0)	62,7	(27,6)	0,4	(50)	0,661	0,123

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva

**Tabla 38. Comparación de las escalas de personalidad (MCMI-III) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 24)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
<b>Escalas de personalidad</b>								
Esquizoide	51,1	(19,5)	49,3	(16,1)	0,3	(48)	0,727	0,100
Evitativo	46,6	(23,9)	45,3	(27,4)	0,2	(48)	0,856	0,052
Depresivo	54,2	(21,8)	50,7	(24,6)	0,5	(48)	0,594	0,153
Dependiente	52,0	(20,4)	53,5	(23,9)	0,2	(48)	0,807	0,070
Histriónico	47,0	(18,6)	47,0	(21,9)	0,0	(48)	1,000	0,000
Narcisista	54,7	(15,4)	57,4	(18,9)	0,6	(48)	0,582	0,158
Antisocial	66,1	(14,3)	66,3	(15,3)	0,0	(48)	0,975	0,009
Agresivo (sádico)	56,3	(14,4)	56,8	(12,7)	0,1	(48)	0,900	0,036
Compulsivo	45,5	(20,0)	40,7	(20,3)	0,8	(48)	0,409	0,236
Negativista (pasivo-agresivo)	50,5	(17,7)	52,3	(14,2)	0,4	(48)	0,684	0,117
Autodestructivo	46,9	(20,4)	47,1	(23,1)	0,0	(48)	0,974	0,009
Esquizotípico	39,5	(24,6)	40,2	(27,8)	0,1	(48)	0,920	0,029
Límite	52,5	(16,9)	54,3	(20,9)	0,3	(48)	0,740	0,096
Paranoide	54,3	(21,8)	53,5	(24,1)	0,1	(48)	0,901	0,036
<b>Síndromes clínicos</b>								
Trastorno de ansiedad	58,6	(34,6)	60,9	(31,3)	0,2	(48)	0,807	0,070
Trastorno somatomorfo	39,2	(26,0)	34,9	(26,1)	0,6	(48)	0,568	0,163
Trastorno bipolar	59,0	(18,1)	59,8	(17,6)	0,2	(48)	0,864	0,049
Trastorno distímico	46,8	(25,8)	45,4	(28,7)	0,2	(48)	0,857	0,051
Dependencia del alcohol	83,1	(19,0)	75,9	(26,3)	1,1	(48)	0,273	0,313
Dependencia de sustancias	75,6	(21,5)	83,3	(14,3)	1,5	(48)	0,145	0,415
Trastorno de estrés postraumático	52,5	(22,5)	53,6	(29,9)	0,2	(48)	0,881	0,043
Trastorno del pensamiento	46,2	(27,2)	48,8	(30,4)	0,3	(48)	0,752	0,091
Depresión mayor	42,2	(27,6)	38,5	(31,2)	0,4	(48)	0,666	0,124
Trastorno delirante	50,3	(28,9)	58,8	(23,5)	1,1	(48)	0,265	0,319

Respecto a las distintas puntuaciones de impulsividad, tampoco se observan diferencias significativas entre los grupos (tabla 39).

**Tabla 39. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Impulsividad motora	20,5	(7,5)	20,7	(7,2)	0,1	(50)	0,940	0,021
Impulsividad cognitiva	19,1	(7,1)	19,5	(6,5)	0,2	(50)	0,855	0,051
Ausencia de planificación e improvisación	16,6	(9,5)	14,5	(8,6)	0,9	(50)	0,395	0,239
Puntuación total BIS	56,3	(19,6)	54,6	(17,0)	0,3	(50)	0,747	0,091

En la tabla 40 se exponen los niveles de inadaptación a la vida cotidiana en general, y a cada área de la vida en particular, de los grupos experimental y de control 1. No existen diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 40. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) en el pretratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Trabajo/estudios	3,4	(1,6)	3,3	(1,6)	0,1	(50)	0,930	0,025
Vida social	3,0	(1,7)	3,0	(1,7)	0,0	(50)	1,000	0,000
Tiempo libre	3,1	(1,7)	3,0	(1,8)	0,2	(50)	0,874	0,045
Relación de pareja	3,3	(1,7)	3,4	(1,6)	0,2	(50)	0,868	0,047
Vida familiar	3,4	(1,7)	3,9	(1,0)	1,3	(50)	0,190	0,365
General	3,8	(1,3)	3,9	(0,9)	0,5	(50)	0,622	0,138
Total	20,0	(7,0)	20,7	(5,2)	0,4	(50)	0,722	0,100

#### 4.1.1.4. Variables de maltrato

Todos los participantes han estado expuestos al maltrato de manera directa, es decir, en primera persona. Respecto a la ocurrencia del maltrato en la actualidad, para todos los casos del grupo experimental, y para el 96,2% del grupo de control 1 no se da en el momento presente. En la tabla 41 se presentan el resto de variables relacionadas con el tipo de maltrato experimentado por los pacientes que componen los grupos experimental y de control 1. En ninguno de los casos se observan diferencias significativas.

**Tabla 41. Comparación de las características del maltrato (EGS-R) en el pretratamiento**

	Total (N = 52)		Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
<b>Años desde último episodio</b>	20	(15,3)	21,6	(15,6)	19,5	(15,3)	0,5	50	0,633	0,134
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	$\chi^2$	(gl)	p	Phi
<b>Tipo de maltrato</b>	52		26		26					
Físico	37	(71,2)	19	(73,1)	18	(69,2)	0,1	(1)	0,760	0,042
Sexual	15	(28,8)	7	(26,9)	8	(30,8)				
<b>Frecuencia</b>	52		26		26					
Episodio único	8	(15,4)	5	(19,2)	3	(11,5)	0,6	(1)	0,442	0,107
Varios episodios	44	(84,6)	21	(80,8)	23	(88,5)				
<b>Exposición infancia/adolescencia</b>	39	(75)	21	(80,8)	8	(30,8)	0,9	(1)	0,337	0,133
<b>Revictimización a otro suceso traumático</b>	16	(30,8)	8	(30,8)	8	(30,8)	0,0	(1)	1,000	0,000
<b>Secuelas físicas</b>	8	(15,4)	4	(15,4)	4	(15,4)	0,0	(1)	1,000	0,000
<b>Tratamiento para las consecuencias del maltrato</b>	12	(23,1)	5	(19,2)	7	(26,9)	0,4	(1)	0,510	0,091
<b>Tipo de tratamiento</b>	13		6		7					
Psicológico	9	(75)	4	(66,7)	6	(85,7)	1,3	(2)	0,514	0,320
Farmacológico	1	(8,4)	1	(16,7)	0	(0,0)				
Ambos	2	(16,7)	1	(16,7)	1	(14,3)				
<b>Conductas violentas hacia las personas</b>	52		26		26					
No	19	(36,5)	6	(23,1)	13	(50)	4,8	(2)	0,087	0,307
Puntualmente	16	(30,8)	11	(42,3)	5	(19,2)				
Sistemáticamente	17	(32,7)	9	(34,6)	8	(30,8)				

En la tabla 42 se presenta la comparación de los grupos experimental y de control 1 en los grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático. El conjunto de síntomas que mayor gravedad presenta es, en todos los pacientes, el de *Activación psicofisiológica e hiperactividad*. No existen diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables estudiadas.



**Tabla 42. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el pretratamiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Reexperimentación	3,7	(3,0)	3,3	(3,0)	0,4	(50)	0,680	0,116
Evitaciones cognitivas y conductuales	3,2	(2,7)	2,3	(2,4)	1,2	(50)	0,221	0,342
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	5,6	(4,7)	4,2	(3,5)	1,2	(50)	0,235	0,332
Activación psicofisiológica e hiperactividad	6,4	(2,8)	6,8	(3,6)	0,5	(50)	0,638	0,132
Puntuación total	18,9	(10,3)	16,7	(10,3)	0,8	(50)	0,446	0,214
<b>Síntomas disociativos</b>	0,3	(0,5)	0,2	(0,5)	0,3	(50)	0,792	0,074
<b>Interferencia en la vida cotidiana</b>	8,0	(4,8)	8,1	(5,6)	0,0	(50)	0,979	0,007
	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>χ<sup>2</sup></b>	<b>(gl)</b>	<b>p</b>	<b>Phi</b>
<b>Presencia de TEPT</b>	7	(26,9)	6	(23,1)	0,1	(1)	0,749	0,044

En la tabla 43 se expone el número de pacientes que superan el punto de corte para la escala EGS-R y para cada una de sus subescalas. No existen diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 43. Comparación de número de pacientes que superan los puntos de corte de la EGS-R en el pretratamiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		χ <sup>2</sup>	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Reexperimentación	13	(50)	10	(38,5)	0,7	(1)	0,402	0,116
Evitaciones cognitivas y conductuales	10	(38,5)	8	(30,8)	0,3	(1)	0,560	0,081
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	11	(42,3)	7	(26,9)	1,4	(1)	0,240	0,162
Activación psicofisiológica e hiperactividad	13	(50)	14	(53,8)	0,1	(1)	0,781	0,038
<b>Puntuación total</b>	12	(46,2)	8	(30,8)	1,3	(1)	0,254	0,158

#### 4.4.2. Comparación de los grupos con historias de maltrato después del tratamiento

A continuación, se presentan los resultados de la comparación después de la intervención entre los grupos experimental y de control 1. En ambos casos, dicha evaluación tuvo lugar 3 meses después de la evaluación pretratamiento.

##### 4.4.2.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación

El grupo de control 1 presenta puntuaciones mayores en todas las variables menos en *somatización* y *ansiedad* (tabla 44). No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas.

**Tabla 44. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) en el postratamiento**

	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 20)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Somatización	53,6	(32,4)	47,6	(31,4)	0,6	(41)	0,544	0,188
Obsesión-compulsión	50,4	(33,0)	60,3	(33,1)	1,0	(41)	0,335	0,298
Sensibilidad interpersonal	54,5	(36,0)	64,5	(31,8)	1,0	(41)	0,344	0,293
Depresión	47,7	(30,5)	59,8	(22,9)	1,5	(41)	0,155	0,437
Ansiedad	52,0	(31,3)	51,6	(32,5)	0,1	(41)	0,964	0,014
Hostilidad	48,6	(35,5)	56,5	(28,3)	0,8	(41)	0,429	0,245
Ansiedad fóbica	36,9	(39,1)	42,6	(35,3)	0,5	(41)	0,622	0,153
Ideación paranoide	59,1	(32,1)	62,1	(27,9)	0,3	(41)	0,746	0,101
Psicoticismo	46,2	(36,2)	63,1	(31,4)	1,6	(41)	0,114	0,485
Síntomas discretos	5,7	(5,0)	7,4	(4,7)	1,1	(41)	0,259	0,348
GSI	54,9	(31,8)	62,4	(27,5)	0,8	(41)	0,415	0,253
PST	58,5	(33,2)	64,3	(28,6)	0,6	(41)	0,545	0,188
PSDI	46,4	(29,7)	52,9	(27,6)	0,7	(41)	0,463	0,228

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva

En la tabla 45 se recogen las puntuaciones relativas a la comparación de las variables de impulsividad. Aunque el grupo de control 1 obtiene

puntuaciones superiores a las del grupo experimental, en ningún caso estas diferencias son significativas.

**Tabla 45. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) en el postratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Impulsividad motora	15,4	(7,0)	17,5	(8,1)	0,9	(41)	0,373	0,276
Impulsividad cognitiva	16,9	(6,7)	19,7	(7,5)	1,3	(41)	0,205	0,391
Ausencia de planificación e improvisación	13,0	(8,6)	14,7	(7,1)	0,7	(41)	0,486	0,216
Puntuación total BIS	45,3	(18,5)	51,9	(18,3)	1,2	(40)	0,251	0,354

La comparación de las puntuaciones de adaptación a la vida cotidiana se recoge en la tabla 46. El grupo de control 1 presenta mayor inadaptación en la subescala *global* a todas las áreas de la vida cotidiana, así como en la de *vida social*.

**Tabla 46. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) en el postratamiento**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Trabajo/estudios	1,4	(1,7)	2,5	(1,8)	2,0	(41)	0,054	0,586
Vida social	1,4	(1,5)	2,7	(1,7)	2,6	(41)	0,012	0,754
Tiempo libre	1,2	(1,4)	1,9	(1,6)	1,5	(41)	0,147	0,445
Relación de pareja	1,6	(1,6)	2,3	(1,7)	1,5	(41)	0,146	0,446
Vida familiar	2,2	(1,9)	2,4	(1,7)	0,4	(41)	0,685	0,126
General	2,0	(1,6)	2,7	(1,4)	1,6	(41)	0,112	0,487
Total	9,8	(6,7)	14,6	(7,0)	02,3	(41)	0,029	0,661

#### 4.4.2.2. Variables de maltrato

En este apartado se presenta la comparación entre los dos grupos de los resultados de las distintas subescalas de la EGS-R (tabla 47) en la segunda evaluación, así como el número de pacientes de cada grupo que supera los puntos de corte para cada subescala (tabla 48). En ninguno de los casos hay

diferencias significativas. A pesar de ello, en los principales grupos sintomáticos del TEPT el grupo de control 1 obtiene puntuaciones superiores en todas las subescalas excepto en *evitaciones cognitivas y conductuales*. Ninguno de los participantes, tanto del grupo de control 1 como del grupo experimental, cumple los criterios para un trastorno de estrés postraumático completo.

**Tabla 47. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el postratamiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 20)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Reexperimentación	2,0	(2,6)	2,3	(2,1)	0,3	(41)	0,778	0,087
Evitaciones cognitivas y conductuales	2,0	(2,1)	1,45	(2,1)	0,9	(41)	0,397	0,263
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	2,1	(2,4)	3,1	(2,7)	1,3	(41)	0,214	0,384
Activación psicofisiológica e hiperactividad	2,0	(2,4)	3,1	(2,9)	1,3	(41)	0,194	0,400
Puntuación total	8,3	(7,4)	10,0	(7,9)	0,7	(41)	0,475	0,222
<b>Síntomas disociativos</b>	0,0	(0,2)	0,1	(0,3)	0,7	(41)	0,480	0,219
<b>Interferencia en la vida cotidiana</b>	3,7	(4,2)	4,8	(5,2)	0,8	(41)	0,448	0,235

**Tabla 48. Comparación en número de pacientes que superan el punto de corte en cada subescala (EGS-R) en el postratamiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 23)		Control 1 (n = 20)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Reexperimentación	6	(26,1)	5	(25)	0,0	(1)	0,935	0,012
Evitaciones cognitivas y conductuales	6	(26,1)	3	(15)	0,8	(1)	0,372	0,136
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	1	(4,4)	4	(20)	1,3	(1)	0,262	0,243
Activación psicofisiológica e hiperactividad	2	(8,7)	3	(15)	0,0	(1)	0,868	0,098
<b>Puntuación total</b>	1	(4,3)	2	(10)	0,0	(1)	0,900	0,111

#### **4.4.2.3. Variables de tratamiento**

El cuestionario de satisfacción con el tratamiento ha sido cumplimentado por 22 de los 23 pacientes que completaron la evaluación postratamiento. La media de satisfacción con el tratamiento en el grupo experimental es de 28,32 ( $DT = 3,0$ ), en un rango de puntuación del instrumento de 8 a 32.

#### **4.4.3. Comparación en el seguimiento**

A continuación, se presentan los resultados de las comparaciones en el momento del seguimiento tanto entre los grupos experimental y control 1, para las variables relacionadas con el maltrato, como entre los tres grupos, para el resto de variables.

##### **4.4.3.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación**

En la tabla 49 se muestra la comparación de las variables de síntomas psicopatológicos entre los tres grupos en el seguimiento. Se observan diferencias significativas en *ansiedad fóbica* y en *ideación paranoide*. En ambos casos, en las pruebas *post hoc* no se obtiene diferencias entre ninguno de los grupos.

En la tabla 50 se muestran los resultados de los tres grupos en las variables de impulsividad en el seguimiento. Se observan diferencias significativas en *impulsividad cognitiva*, *ausencia de planificación e improvisación* y *puntuación total de impulsividad*. En todos los casos, estas diferencias se dan entre el grupo experimental y el grupo de control 2, mostrando menores niveles de impulsividad los pacientes pertenecientes al grupo experimental.

**Tabla 49. Comparación de los síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) entre los tres grupos en el seguimiento**

	Experimental (n = 16)		Control 1 (n = 14)		Control 2 (n = 34)		F	(gl)	p	Post hoc
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
Somatización	34,6	(26,0)	43,6	(31,2)	40,7	(33,5)	0,3	(2)	0,713	--
Obsesión-compulsión	40,3	(23,7)	58,9	(30,2)	59,9	(31,7)	2,6	(2)	0,086	--
Sensibilidad interpersonal	40,6	(28,4)	58,9	(30,0)	58,3	(36,6)	1,7	(2)	0,186	--
Depresión	36,9	(25,1)	56,1	(31,6)	55,6	(35,1)	2,1	(2)	0,137	--
Ansiedad	41,9	(24,6)	57,4	(28,5)	48,7	(35,0)	0,9	(2)	0,405	--
Hostilidad	33,8	(24,2)	49,1	(25,0)	45,2	(32,9)	1,2	(2)	0,318	--
Ansiedad fóbica	35,1	(30,3)	28,7	(29,6)	55,4	(37,6)	3,8	(2)	0,028	--
Ideación paranoide	31,2	(27,6)	60,1	(34,6)	54,5	(33,1)	3,7	(2)	0,029	--
Psicoticismo	35,9	(34,8)	51,2	(33,2)	55,2	(36,0)	1,7	(2)	0,196	--
GSI	36,8	(23,5)	58,9	(27,1)	56,4	(36,7)	2,5	(2)	0,093	--
PST	40,0	(24,3)	61,7	(28,8)	54,2	(35,8)	1,9	(2)	0,163	--
PSDI	34,8	(23,7)	52,6	(24,4)	45,9	832,7)	1,5	(2)	0,236	--

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos; PST = Total de Sintomatología Positiva;

**Tabla 50. Comparación de las escalas de impulsividad (BIS-10) entre los tres grupos en el seguimiento**

	Experimental (n = 16)		Control 1 (n = 14)		Control 2 (n = 34)		F	(gl)	p	Post hoc
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)				
Impulsividad motora	16,1	(6,3)	15,6	(8,8)	16,68	8,067	1,9	(2)	0,158	--
Impulsividad cognitiva	15,1	(6,9)	16,2	(4,2)	20,50	5,976	5,6	(2)	0,006	E < C2*
Ausencia de planificación e improvisación	9,2	(8,2)	11,0	(5,6)	14,50	7,012	3,4	(2)	0,039	E < C2*
Puntuación total BIS	36,3	(19,3)	41,9	(15,4)	51,68	16,706	4,8	(2)	0,011	E < C2*

E = Grupo experimental; C2 = Grupo de control 2

\*p < 0,05

Por otro lado, se obtienen diferencias significativas en todas las puntuaciones de inadaptación excepto en *relación de pareja y vida familiar* (tabla 51). Estas diferencias se muestran en las variables de *trabajo/estudios, vida social y tiempo libre*, con puntuaciones menores del grupo experimental

frente al grupo de control 2. Es decir, los pacientes del grupo experimental presentan menor grado de interferencia de sus problemas en la vida cotidiana en las áreas citadas que los pacientes del grupo de control 2. Para las subescalas *general* y *puntuación total*, estas diferencias se obtienen en el mismo sentido y también frente al grupo de control 1.

**Tabla 51. Comparación de las escalas de inadaptación (EI) entre los tres grupos en el seguimiento**

	Experimental (n = 16)		Control 1 (n = 14)		Control 2 (n = 34)		F (gl)	p	Post hoc
	Media	(DT)	Media	(DT)	Media	(DT)			
Trabajo/estudios	0,7	(1,1)	1,8	(1,9)	1,8	1,6	3,2 (2)	0,049	E < C2*
Vida social	0,8	(1,0)	1,9	(1,9)	1,9	1,6	3,2 (2)	0,048	E < C2*
Tiempo libre	0,7	(0,9)	1,2	(1,4)	2,1	1,5	6,1 (2)	0,004	E < C2**
Relación de pareja	1,1	(1,5)	2,2	(1,9)	1,9	1,9	1,5 (2)	0,224	--
Vida familiar	0,9	(1,3)	2,4	(2,0)	1,5	1,6	3,1 (2)	0,055	--
General	0,8	(0,9)	2,4	(1,6)	2,3	1,6	7,0 (2)	0,002	E < C1**, C2***
Total	4,9	(4,0)	11,9	(8,4)	11,5	7,7	5,3 (2)	0,008	E < C1*, C2**

E = Grupo experimental; C1 = Grupo de control 1; C2 = Grupo de control 2

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

#### 4.4.3.2. Variables de maltrato

En la tabla 52 se presenta la comparación de los resultados de la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático entre el grupo experimental y el grupo de control 1. Se obtienen diferencias significativas en la *interferencia de los síntomas en la vida cotidiana*, siendo menor en el grupo experimental. Los tamaños del efecto tanto para dichas diferencias como para el resto de variables se consideran de moderados a grandes en todos los casos.

No existen diferencias significativas entre los grupos en el número de pacientes que superan los distintos puntos de corte para cada uno de los grupos sintomáticos del TEPT en el seguimiento (tabla 53).

**Tabla 52. Comparación de grupos sintomáticos del trastorno de estrés postraumático (EGS-R) en el seguimiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 16)		Control 1 (n = 14)		t	(gl)	p	d
	Media	(DT)	Media	(DT)				
Reexperimentación	1,1	(1,6)	2,1	(2,1)	1,6	(28)	0,120	0,572
Evitaciones cognitivas y conductuales	0,9	(1,3)	1,7	(2,0)	1,5	(28)	0,182	0,493
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	1,3	(1,6)	2,4	(2,6)	1,7	(28)	0,165	0,512
Activación psicofisiológica e hiperactividad	1,2	(1,5)	1,9	(2,1)	1,4	(28)	0,272	0,408
Puntuación total	4,4	(5,1)	8,1	(5,5)	2,3	(28)	0,063	0,677
<b>Síntomas disociativos</b>	0,0	(0,0)	0,0	(--)	--	--	--	--
<b>Interferencia en la vida cotidiana</b>	1,1	(1,4)	3,5	(3,4)	2,7	(17)	0,014	0,870

**Tabla 53. Comparación en número de pacientes que superan el punto de corte en cada subescala (EGS-R) en el seguimiento**

Grupo de síntomas	Experimental (n = 16)		Control 1 (n = 14)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Reexperimentación	2	(12,5)	3	(21,4)	0,4	(1)	0,513	0,119
Evitaciones cognitivas y conductuales	1	(6,3)	2	(14,3)	0,5	(1)	0,464	0,133
Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo	1	(6,3)	2	(14,3)	0,5	(1)	0,464	0,133
Activación psicofisiológica e hiperactividad	0	(--)	1	(7,1)	1,2	(1)	0,276	0,198
<b>Puntuación total</b>	0	(--)	0	(--)	--	--	-	--

#### 4.4.4. Comparación de la tasa de abandono

A continuación, se presenta la tasa de finalización y de abandono del tratamiento para superar la adicción en cada uno de los tres grupos del estudio (tabla 54).

Como se observa en la tabla 54, a pesar de que las diferencias no son significativas, la tasa de abandono es muy similar entre el grupo experimental y los pacientes que no tienen historias de maltrato (grupo de control 2), diferenciándose ambas notablemente de la tasa de abandono del grupo de control 1. Por otro lado, tampoco existen diferencias significativas entre la tasa



de abandono del grupo experimental y del grupo de control 1 y 2 (tabla 55 y 56).

**Tabla 54. Comparación de la tasa de finalización y de abandono**

	Total (N = 104)		Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		Control 2 (n = 52)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)				
Abandono	43	(41,3)	9	(34,6)	14	(53,8)	20	(38,5)	2,3	(2)	0,310	0,150
Finalización	61	(58,7)	17	(65,4)	12	(46,2)	32	(61,5)				

**Tabla 55. Comparación de la tasa de finalización y de abandono en los pacientes con historias de maltrato**

	Experimental (n = 26)		Control 1 (n = 26)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Abandono	9	(34,6)	14	(53,8)	1,9	(1)	0,163	0,194
Finalización	17	(65,4)	12	(46,2)				

**Tabla 56. Comparación de la tasa de finalización y de abandono**

	Control 1 (n = 26)		Control 2 (n = 52)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Abandono	14	(53,8)	20	(38,5)	1,7	(1)	0,196	0,146
Finalización	12	(46,2)	32	(61,5)				

Mientras que la mayor parte de quienes terminaron la intervención para el maltrato obtuvieron el alta terapéutica para el tratamiento de su adicción, los 2 únicos casos que abandonaron dicha intervención tampoco completaron el tratamiento para la adicción (tabla 57).

**Tabla 57. Comparación de la tasa de finalización y de abandono entre los que han completado y no el tratamiento en el grupo experimental**

	Completan (n = 24)		No completan (n = 2)		$\chi^2$	(gl)	p	Phi
	n	(%)	n	(%)				
Abandono	7	(29,2)	2	(100)	1,6	(1)	0,211	0,397
Alta terapéutica	17	(70,8)	0	(--)				

En resumen, en todas las tablas de este apartado se observa que pertenecer al grupo experimental, y más aún, finalizar el tratamiento para el maltrato iguala la tasa de abandono de los programas para la adicción de los pacientes con historias de maltrato que han completado este tratamiento a los pacientes que no han sufrido estas experiencias a lo largo de su vida. Pese a que las diferencias no resultan ser estadísticamente significativas, la importancia clínica es relevante.

#### **4.5. Análisis de medidas repetidas en los tres grupos**

En el siguiente apartado se presenta la evolución de las variables estudiadas a lo largo de todos los momentos de evaluación: tres para el grupo experimental y el grupo de control 1 (pretratamiento, postratamiento y seguimiento) y dos para el grupo de control 2 (pretratamiento y seguimiento).

##### **4.5.1. Variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación**

La evolución de los síntomas de malestar psicológico en todos los grupos a lo largo de los distintos momentos de evaluación se presenta en la tabla 58. Como se observa también en las figuras 3 y 4, la mayoría de las variables mejoran a lo largo de los seguimientos, excepto la *ansiedad fóbica*. En la mayoría de los síntomas psicológicos, la puntuación del grupo experimental en el seguimiento se encuentra por debajo de la de los otros dos grupos de control. Sin embargo, sólo algunas de estas mejoras son estadísticamente significativas.

El grupo experimental mejora significativamente en *el Índice de Distrés de Síntomas Positivos* del pretratamiento al postratamiento, manteniéndose hasta el seguimiento. El grupo de control 1 mejora en *somatización y psicoticismo*, con la misma tendencia.

**Tabla 58. Evolución de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)**

	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento				Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
		M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)	F	p	t	p	t	p	t	p
<b>Somatización</b>	Experimental	59,5	(33,5)	53,6	(32,4)	34,6	(26,0)	2,2	0,132	0,7	0,474	1,7	0,114	2,0	0,060
	Control 1	68,7	(23,5)	47,6	(31,4)	43,6	(31,2)	4,7	0,019	3,4	0,003	2,9	0,013	0,2	0,808
	Control 2	46,9	(32,7)	--	--	40,7	(33,5)	--	--	--	--	1,3	0,187	--	--
<b>Obsesión-compulsión</b>	Experimental	70,0	(31,8)	50,4	(33,0)	40,3	(23,8)	4,8	0,015	3,9	0,001	2,5	0,026	0,5	0,611
	Control 1	74,7	(24,9)	60,3	(33,1)	58,9	(30,2)	4,3	0,025	2,2	0,041	2,2	0,049	0,3	0,772
	Control 2	56,0	(30,7)	--	--	59,9	(31,7)	--	--	--	--	0,1	0,912	--	--
<b>Sensibilidad interpersonal</b>	Experimental	67,9	(31,9)	54,5	(36,0)	40,6	(28,4)	2,3	0,119	1,7	0,098	1,8	0,084	0,7	0,474
	Control 1	81,5	(20,3)	64,5	(31,8)	58,9	(30,0)	2,5	0,095	2,4	0,028	2,0	0,063	1,1	0,312
	Control 2	63,6	(30,2)	--	--	58,3	(36,6)	--	--	--	--	1,8	0,074	--	--
<b>Depresión</b>	Experimental	72,2	(27,8)	47,8	(30,5)	36,9	(25,1)	14,7	0,000	4,2	0,000	5,6	0,000	1,0	0,318
	Control 1	79,4	(18,8)	59,8	(22,9)	56,1	(31,6)	5,2	0,019	3,4	0,003	2,6	0,022	1,4	0,201
	Control 2	58,6	(31,5)	--	--	55,6	(35,1)	--	--	--	--	1,3	0,218	--	--
<b>Ansiedad</b>	Experimental	65,9	(33,5)	52,0	(31,3)	41,9	(24,6)	2,3	0,125	2,5	0,022	1,8	0,100	0,7	0,473
	Control 1	69,9	(26,0)	51,6	(32,5)	57,4	(28,5)	2,7	0,080	3,3	0,004	1,3	0,240	0,9	0,350
	Control 2	55,5	(30,1)	--	--	48,7	(35,0)	--	--	--	--	1,3	0,202	--	--
<b>Hostilidad</b>	Experimental	49,5	(36,6)	48,6	(35,5)	33,8	(24,2)	1,1	0,332	0,1	0,921	1,4	0,175	0,8	0,408
	Control 1	57,0	(35,2)	56,5	(28,3)	49,1	(25,4)	0,8	0,482	0,1	0,936	1,1	0,306	1,1	0,279
	Control 2	45,2	(30,3)	--	--	45,2	(32,9)	--	--	--	--	0,4	0,662	--	--
<b>Ansiedad fóbica</b>	Experimental	48,6	(40,9)	36,9	(39,1)	57,2	(33,6)	0,6	0,537	1,2	0,242	1,1	0,309	0,2	0,824
	Control 1	57,1	(38,0)	42,6	(35,3)	28,7	(29,7)	1,1	0,335	1,8	0,076	1,3	0,216	0,9	0,390
	Control 2	43,2	(36,8)	--	--	55,4	(37,6)	--	--	--	--	1,4	0,185	--	--
<b>Ideación paranoide</b>	Experimental	65,3	(33,2)	59,1	(32,1)	31,2	(27,6)	4,7	0,017	0,8	0,411	2,6	0,020	2,6	0,599
	Control 1	81,0	(21,8)	62,1	(27,9)	60,1	(34,6)	5,1	0,013	2,7	0,015	2,6	0,022	0,8	0,399
	Control 2	60,0	(33,3)	--	--	54,5	(33,1)	--	--	--	--	1,8	0,085	--	--

<b>Psicoticismo</b>	Experimental	68,2	(36,1)	46,2	(36,2)	35,9	(34,8)	3,0	0,064	2,6	0,017	1,9	0,064	0,5	0,599
	Control 1	79,2	(23,7)	63,1	(31,4)	51,2	(33,2)	7,8	0,002	2,5	0,021	3,3	0,005	1,8	0,088
	Control 2	59,6	(36,6)	--	--	55,2	(36,0)	--	--	--	--	1,7	0,103	--	--
<b>GSI</b>	Experimental	68,9	(31,3)	54,9	(31,8)	36,7	(23,4)	6,6	0,004	2,4	0,024	3,2	0,006	1,9	0,070
	Control 1	82,7	(15,8)	62,4	(27,5)	58,9	(27,1)	7,0	0,004	4,0	0,001	2,9	0,013	0,5	0,610
	Control 2	60,8	(31,6)	--	--	56,4	(36,7)	--	--	--	--	1,4	0,163	--	--
<b>PST</b>	Experimental	67,4	(31,1)	58,5	(33,2)	40,0	(24,3)	3,8	0,056	1,7	0,098	2,2	0,046	1,7	0,115
	Control 1	83,9	(13,4)	64,3	(28,6)	61,7	(28,8)	7,6	0,003	3,6	0,002	2,9	0,012	0,5	0,657
	Control 2	63,3	(30,0)	--	--	54,2	(35,8)	--	--	--	--	2,8	0,008	--	--
<b>PSDI</b>	Experimental	67,6	(30,8)	46,4	(29,7)	34,8	(23,7)	7,4	0,002	2,7	0,014	5,8	0,000	1,1	0,273
	Control 1	60,7	(25,5)	52,9	(27,6)	52,6	(24,4)	0,3	0,635	2,1	0,051	0,6	0,525	0,3	0,793
	Control 2	46,0	(31,7)	--	--	45,9	(32,7)	--	--	--	--	0,4	0,712	--	--

GSI = Índice Global de Gravedad; PSDI = Índice de Distrés de Síntomas Positivos;  
PST = Total de Sintomatología Positiva

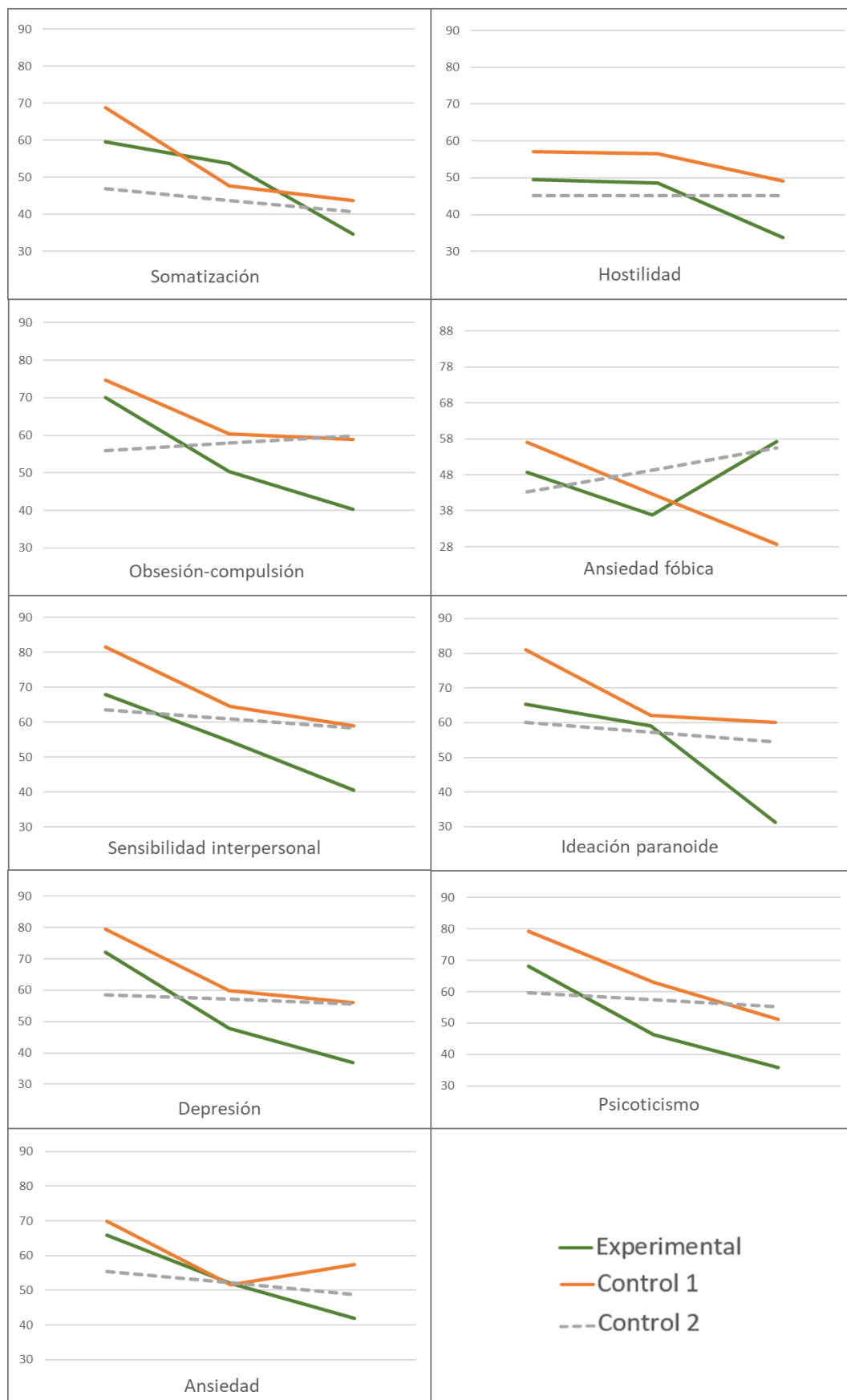


Figura 3. Evolución de los síntomas de malestar psicológico (SCL-90-R)



**Figura 4. Evolución de los índices globales de gravedad de malestar psicológico (SCL-90-R)**

El grupo experimental y el grupo de control 1 mejoran de manera significativa en *obsesión-compulsión, depresión, ideación paranoide* y en el *Índice Global de Severidad*. Los grupos de control 1 y 2 mejoran significativamente en el *Total de Sintomatología Positiva*. En la mayoría de estos casos la mejora se produce del pretratamiento al postratamiento, manteniéndose hasta el seguimiento.

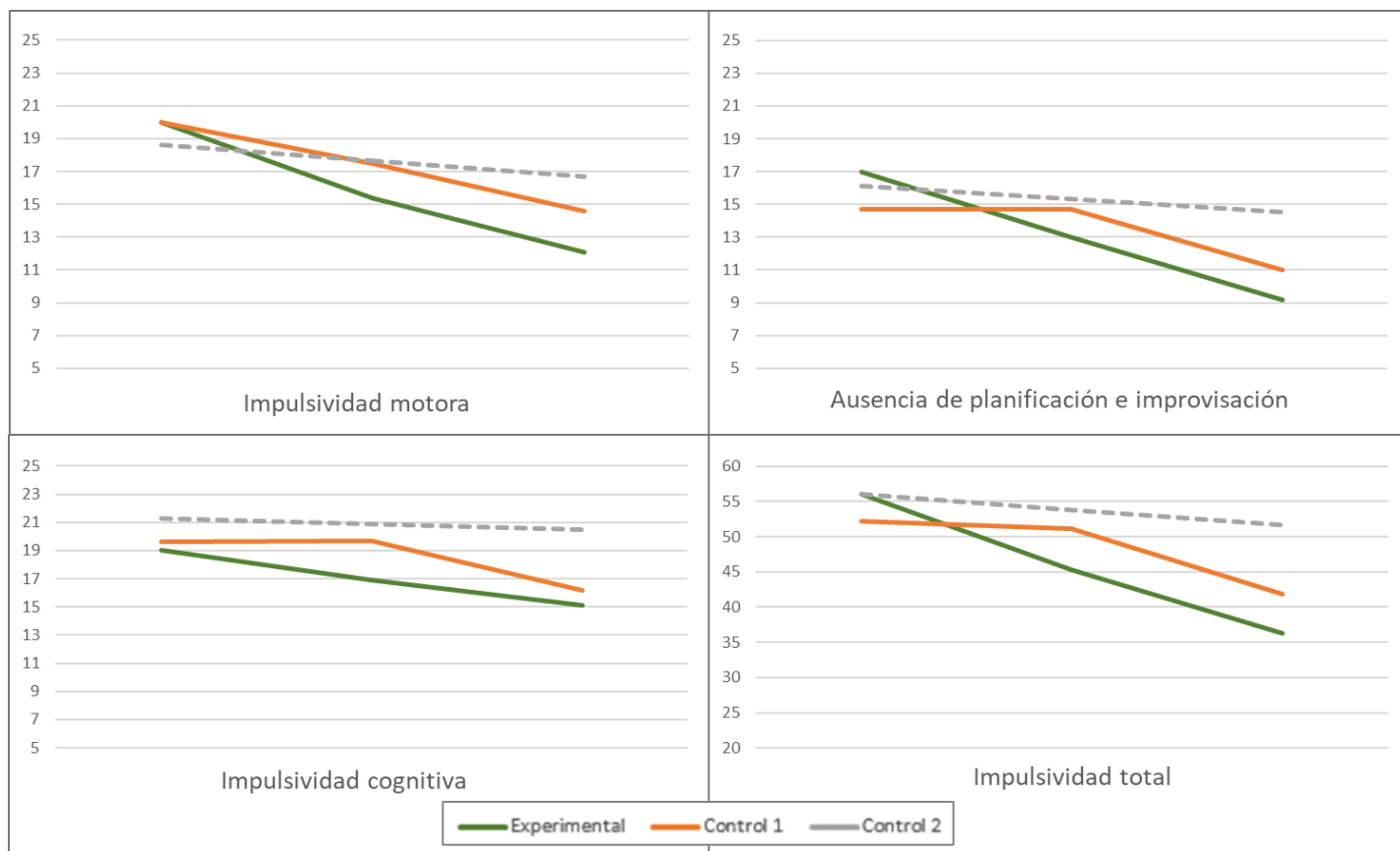
A pesar de que para los tres grupos todas las puntuaciones de impulsividad descienden con el paso de las evaluaciones, estas diferencias solo son significativas en el caso del grupo experimental (figura 5 y tabla 59). Para estos pacientes, se produce una mejoría significativa del pretratamiento al postratamiento y dicha mejoría se mantiene en el seguimiento en *impulsividad motora, impulsividad cognitiva, ausencia de planificación e improvisación* y en la *impulsividad total*.

La adaptación a las distintas áreas de la vida cotidiana mejora en los tres grupos a lo largo de los diferentes momentos de evaluación para las áreas de: *trabajo y estudios, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar, inadaptación general e inadaptación total* (tabla 60, figuras 8 y 9). Y, además, el grupo experimental es el único que mejora de manera significativa también en el área de *vida social*. Estas diferencias se producen principalmente del momento de pretratamiento al postratamiento, manteniéndose en el seguimiento. En las áreas *general y puntuación total* también se da una mejora del postratamiento al seguimiento para el grupo experimental.

**Tabla 59. Evolución de las variables de impulsividad (BIS-10)**

	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	p	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
		M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)			t	p	t	p	t	p
<b>Impulsividad motora</b>	Experimental	20,0	(7,7)	15,4	(7,0)	12,1	(6,3)	8,4	0,005	2,6	0,016	3,3	0,005	1,0	0,327
	Control 1	20,0	(6,6)	17,5	(8,1)	14,6	(8,8)	2,5	0,108	1,6	0,118	2,0	0,065	1,0	0,321
	Control 2	18,6	(8,5)	--	--	16,7	(8,1)	--	--	--	--	1,1	0,712	--	--
<b>Impulsividad cognitiva</b>	Experimental	19,0	(7,)	16,9	(6,7)	15,1	(7,2)	3,6	0,038	4,5	0,086	2,3	0,033	1,7	0,119
	Control 1	19,6	(6,1)	19,7	(7,5)	16,2	(4,2)	1,6	0,218	0,1	0,953	1,9	0,079	1,5	0,168
	Control 2	21,3	(6,6)	--	--	20,5	(5,9)	--	--	--	--	0,6	0,571	--	--
<b>Ausencia de planificación e improvisación</b>	Experimental	17,0	(9,9)	13,0	(8,6)	9,2	(8,2)	6,5	0,005	2,1	0,049	2,9	0,009	1,1	0,274
	Control 1	14,7	(8,3)	14,7	(7,1)	11,0	(5,6)	1,4	0,264	0,0	1,000	1,3	0,229	1,2	0,250
	Control 2	16,1	(6,8)	--	--	14,5	(7,0)	--	--	--	--	1,2	0,223	--	--
<b>Puntuación total impulsividad</b>	Experimental	56,0	(20,8)	45,3	(18,5)	36,3	(19,3)	8,7	0,001	2,6	0,018	3,4	0,004	1,6	0,119
	Control 1	52,2	(15,7)	51,2	(18,3)	41,9	(15,4)	3,2	0,066	0,8	0,460	2,1	0,053	1,7	0,110
	Control 2	56,0	(17,5)	--	--	51,7	(16,7)	--	--	--	--	1,4	0,186	--	--

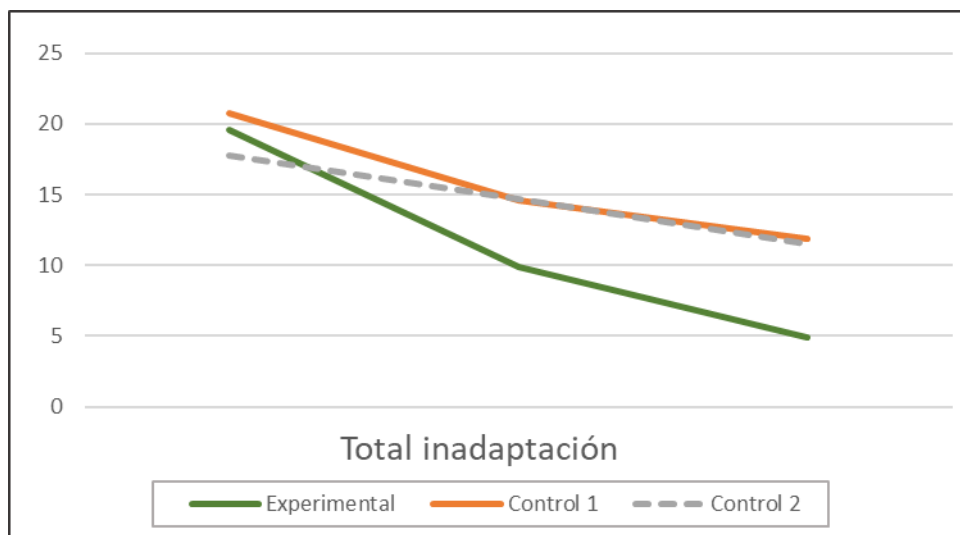




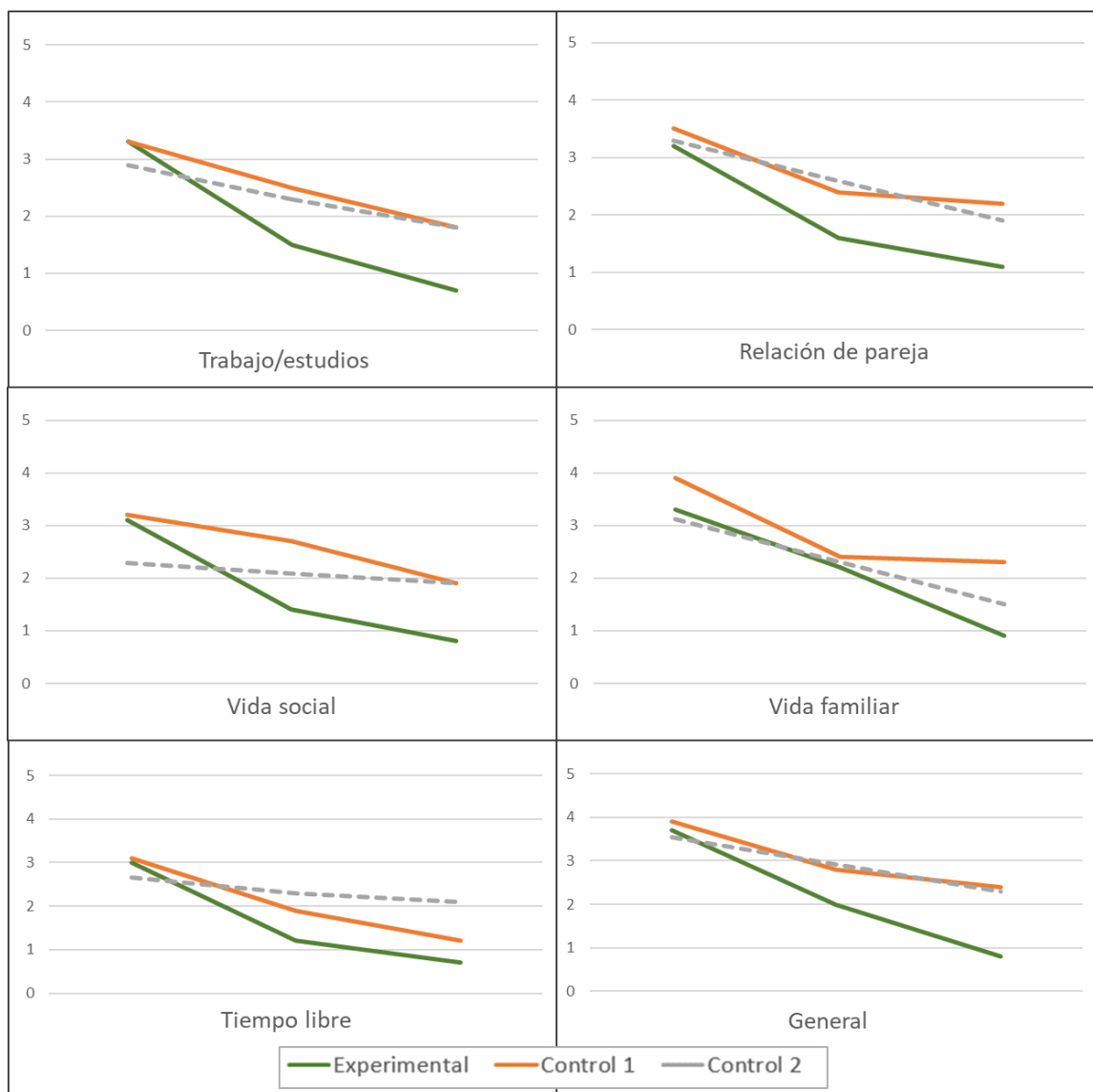
**Figura 5. Evolución de las variables de impulsividad (BIS-10)**

**Tabla 60. Evolución de las variables de adaptación (EI)**

	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	p	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
		M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)			t	p	t	p	t	p
<b>Trabajo/ estudios</b>	Experimental	3,3	(1,6)	1,5	(1,7)	0,7	(1,1)	18,2	0,000	4,3	0,000	7,2	0,000	1,6	0,119
	Control 1	3,3	(1,5)	2,5	(1,8)	1,8	(1,9)	3,9	0,032	1,5	0,145	3,1	0,008	1,2	0,260
	Control 2	2,9	(1,9)	--	--	1,8	(1,6)	--	--	--	--	2,8	0,008	--	--
<b>Vida social</b>	Experimental	3,1	(1,6)	1,4	(1,5)	0,8	(1,0)	11,6	0,000	4,	0,000	4,9	0,000	1,0	0,343
	Control 1	3,2	(1,6)	2,7	(1,7)	1,9	(1,9)	3,1	0,064	1,1	0,270	2,1	0,057	1,2	0,265
	Control 2	2,3	(1,7)	--	--	1,9	(1,8)	--	--	--	--	1,3	0,214	--	--
<b>Tiempo libre</b>	Experimental	3,0	(1,7)	1,2	(1,4)	0,7	(0,9)	15,3	0,000	2,8	0,001	5,7	0,000	0,4	0,682
	Control 1	3,1	(1,7)	1,9	(1,6)	1,2	(1,4)	8,1	0,002	2,9	0,010	4,1	0,001	0,9	0,374
	Control 2	2,6	(1,6)	--	--	2,1	(1,5)	--	--	--	--	2,1	0,045	--	--
<b>Relación de pareja</b>	Experimental	3,2	(1,7)	1,6	(1,6)	1,1	(1,5)	11,9	0,000	3,6	0,004	4,7	0,000	0,8	0,343
	Control 1	3,5	(1,6)	2,4	(1,7)	2,2	(1,9)	2,2	0,128	2,1	0,053	1,8	0,087	0,1	0,921
	Control 2	3,3	(1,6)	--	--	1,9	(1,8)	--	--	--	--	3,5	0,002	--	--
<b>Vida familiar</b>	Experimental	3,3	(1,7)	2,2	(1,9)	0,9	(1,3)	12,0	0,000	2,9	0,009	5,0	0,000	2,0	0,061
	Control 1	3,9	(1,0)	2,4	(1,7)	2,3	(1,9)	6,7	0,005	3,6	0,002	2,6	0,020	0,3	0,752
	Control 2	3,1	(1,5)	--	--	1,5	(1,6)	--	--	--	--	3,4	0,002	--	--
<b>General</b>	Experimental	3,7	(1,3)	2,0	(1,6)	0,8	(0,9)	42,4	0,000	4,7	0,000	9,3	0,000	3,5	0,003
	Control 1	3,9	(0,9)	2,8	(1,4)	2,4	(1,6)	3,4	0,048	3,3	0,004	2,3	0,038	0,3	0,797
	Control 2	3,5	(1,1)	--	--	2,3	(1,4)	--	--	--	--	4,6	0,000	--	--
<b>Puntuación total inadaptación</b>	Experimental	19,6	(7,3)	9,9	(6,7)	4,9	(4,0)	34,9	0,000	5,9	0,000	8,5	0,000	2,2	0,043
	Control 1	20,8	(5,1)	14,6	(6,9)	11,9	(8,4)	7,3	0,003	3,2	0,005	3,4	0,005	0,7	0,493
	Control 2	17,8	(7,1)	--	--	11,5	(7,7)	--	--	--	--	3,7	0,001	--	--



**Figura 6. Evolución del total de la inadaptación (EI)**



**Figura 7. Evolución de las variables de adaptación (EI)**

#### 4.5.2. Variables de maltrato

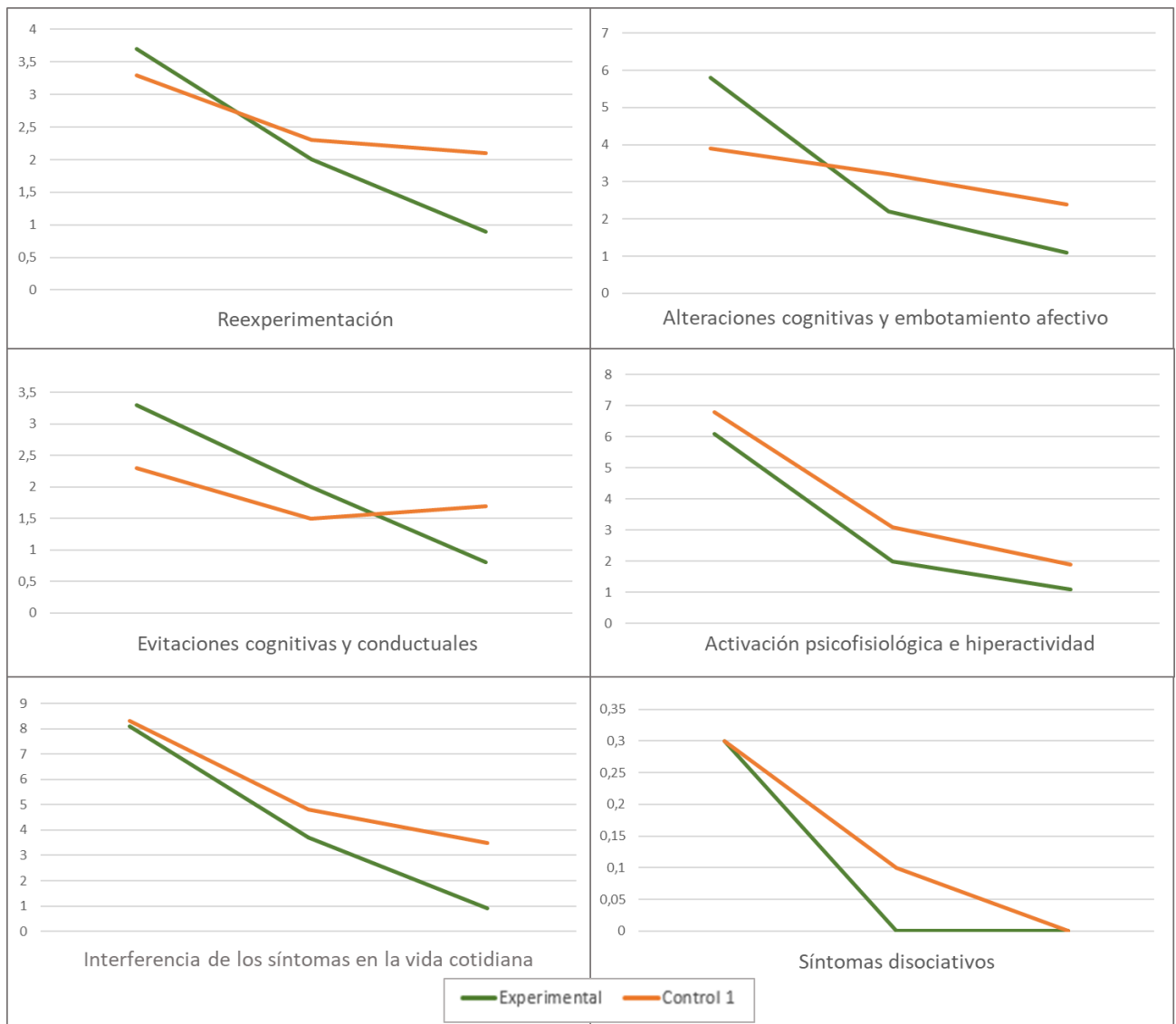
En la tabla 61 se observa que la mayoría de las variables relacionadas con el maltrato mejoran de manera significativa para ambos grupos (*alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo, activación psicofisiológica e hiperactividad, puntuación total de la EGS-R e interferencia de los síntomas en la vida cotidiana*). No obstante, la mejora en el grupo experimental es mayor, más rápida y/o continúa en el tiempo para estas variables (figura 8).

El grupo experimental, a diferencia del control 1, presenta una menor gravedad entre el pre tratamiento y el seguimiento con diferencias significativas en las áreas de *reexperimentación y de evitaciones cognitivas y conductuales*. Además, tal y como se observa en las figuras 8 y 9 las puntuaciones de gravedad para las distintas variables de la EGS-R descienden en mayor medida para el grupo experimental que para el grupo de control 1, excepto para la *activación psicofisiológica e hiperactividad* en la que el descenso es paralelo.

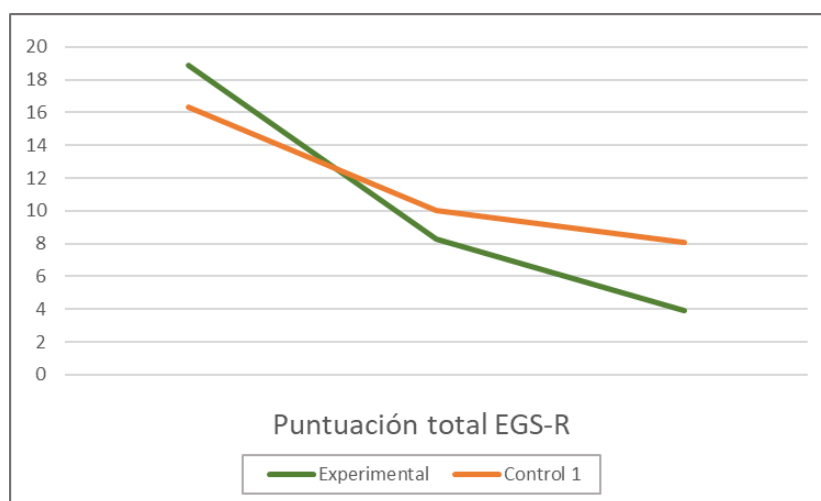
En cuanto a la evolución de la puntuación total de gravedad de síntomas, a pesar de que el grupo experimental presentaba mayor gravedad en el inicio del tratamiento que el grupo de control 1, tanto en la evaluación post como de seguimiento el grupo experimental presenta niveles inferiores al grupo de control 1. Dicha diferencia se acrecienta en el seguimiento, tal y como refleja la figura 9.

**Tabla 61. Evolución de la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS-R)**

	Grupo	Pretratamiento		Postratamiento		Seguimiento		F	p	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
		M	(DT)	M	(DT)	M	(DT)			t	p	t	p	t	p
<b>Reexperimentación</b>	Experimental	3,7	(3,1)	2,0	(2,6)	1,1	(1,6)	4,5	0,019	2,5	0,020	2,6	0,022	1,2	0,261
	Control 1	3,3	(2,8)	2,3	(2,0)	2,1	(2,1)	0,9	0,385	2,1	0,047	0,9	0,355	0,2	0,828
<b>Evitaciones cognitivas y conductuales</b>	Experimental	3,3	(2,7)	2,0	(2,1)	0,9	(1,3)	4,6	0,017	2,1	0,052	2,9	0,011	1,2	0,244
	Control 1	2,3	(2,2)	1,5	(2,1)	1,7	(2,0)	2,9	0,069	2,	0,009	0,6	0,547	1,6	0,136
<b>Alteraciones cognitivas y embotamiento afectivo</b>	Experimental	5,8	(4,9)	2,2	(2,4)	1,3	(1,6)	17,4	0,000	4,4	0,000	4,8	0,000	1,3	0,219
	Control 1	3,9	(3,7)	3,2	(2,7)	2,4	(2,6)	4,2	0,026	1,7	0,105	2,3	0,041	1,1	0,273
<b>Activación psicofisiológica e hiperactividad</b>	Experimental	6,1	(2,7)	2,0	(2,4)	1,2	(1,6)	36,4	0,000	7,2	0,000	7,6	0,000	1,0	0,333
	Control 1	6,8	(3,8)	3,1	(2,9)	1,9	(2,1)	19,9	0,000	4,6	0,000	4,6	0,000	1,2	0,258
<b>Puntuación total EGS</b>	Experimental	18,9	(10,8)	8,3	(7,4)	4,4	(5,2)	26,7	0,000	6,3	0,000	6,0	0,000	2,0	0,098
	Control 1	16,3	(10,3)	10,0	(7,9)	8,1	(5,5)	11,5	0,000	5,2	0,000	3,4	0,005	0,4	0,728
<b>Síntomas disociativos</b>	Experimental	0,3	(0,5)	0,0	(0,2)	0,0	(0,0)	2,9	0,070	2,5	0,022	1,7	0,104	1,0	0,333
	Control 1	0,3	(0,6)	0,1	(0,3)	0,0	(0,0)	1,9	0,176	1,4	0,163	1,8	0,082	1,5	0,165
<b>Interferencia de los síntomas en las áreas de la vida cotidiana</b>	Experimental	8,1	(5,0)	3,7	(4,2)	1,1	(1,5)	17,1	0,000	4,6	0,000	5,6	0,000	2,5	0,026
	Control 1	8,3	(5,6)	4,8	(5,2)	3,5	(3,4)	6,9	0,004	3,7	0,002	2,6	0,024	0,5	0,646



**Figura 8. Evolución de los síntomas de trastorno de estrés postraumático**



**Figura 9. Evolución de la gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático (EGS-R)**

## 4.6. Variables predictoras de éxito terapéutico

En este apartado se recoge la información relativa a los análisis de regresión logística que se han llevado a cabo para identificar aquellas variables que están relacionadas con las tasas de éxito terapéutico en los pacientes estudiados. El éxito terapéutico se entiende como la finalización del programa dirigido a superar el problema de adicción con un alta terapéutica. Por ello, esta es la variable dependiente en todos los análisis realizados.

Se realizan diferentes modelos de análisis atendiendo a los distintos grupos de pacientes: en primer lugar, se presentan los resultados del análisis realizado con todos los sujetos que han participado en la investigación, en segundo lugar, aquellos resultados de los participantes del grupo con historias de maltrato y, en tercer lugar, se presentan los resultados obtenidos por los pacientes del grupo experimental.

### 4.6.1. Resultados del análisis de regresión logística con toda la muestra

En la tabla 62 se presentan los resultados de la regresión logística realizada con todos los sujetos de esta investigación incluyendo en el análisis solo las variables del pretratamiento. Como se observa, las variables que predicen la finalización del programa para la adicción son: la *edad* (OR = 1,1;  $p = 0,038$ ), la escala *compulsivo* del MCMII-III (OR = 1,0;  $p = 0,007$ ), el *Área social* del EuropASI (OR = 0,6;  $p = 0,013$ ) y no haber tomado *medicación para problemas emocionales o psicológicos a lo largo de la vida* (OR = 6,7;  $p = 0,002$ ). De tal manera que aquellos pacientes con mayor edad, mayores niveles de síntomas compulsivos, que menos puntúan en el área social y que no han tomado medicación para problemas psicológicos tienen más

probabilidades de finalizar el tratamiento para la adicción. Ésta última variable es la que mayor *odds ratio* presenta. Todas ellas clasifican correctamente el 72,6% de los casos.

**Tabla 62. Regresión logística con variables del pretratamiento para toda la muestra**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo 1: variables pretratamiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Ausencia de medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida	6,7	0,002	(2,0 - 22,1)
Edad	1,1	0,038	(1,0 - 1,1)
Compulsivo	1,0	0,007	(1,0 - 1,1)
Área social (EuropASI)	0,6	0,013	(0,4 - 0,9)
Constante	0,1	0,165	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,42
% clasificación correcta			72,6

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

En la tabla 63 se presentan los resultados de la regresión logística realizada con las variables del pretratamiento y del seguimiento contando con todos los sujetos del estudio. Como se observa, las dos variables identificadas por el modelo son *inadaptación general* (OR = 0,4;  $p = 0,022$ ), y haber tomado *medicación para problemas emocionales o psicológicos a lo largo de la vida* (OR = 19,9;  $p = 0,012$ ). Por lo tanto, los pacientes que poseen una mejor adaptación general a la vida cotidiana y que no han recibido ninguna prescripción psicofarmacológica tendrán mayor probabilidad de finalizar el programa con alta terapéutica. Al igual que en el análisis anterior, la variable con mayor *odds ratio* es no haber tomado medicación psicofarmacológica. Juntas clasifican correctamente el 84,6% de los casos.



**Tabla 63. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento y del seguimiento para toda la muestra**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo 2: variables pretratamiento y seguimiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Ausencia de medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida	19,9	0,012	(1,9 - 203,9)
Inadaptación General (pretratamiento)	0,4	0,022	(0,2 - 0,9)
Constante	88,9	0,011	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,37
% clasificación correcta			84,6

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

#### 4.6.2. Resultados del análisis de regresión logística con el grupo con historias de maltrato

En la tabla 64 se muestran los resultados de la regresión logística en la que se han incluido las variables del pretratamiento para los sujetos que presentan historias de maltrato a lo largo de la vida.

La única variable seleccionada por el modelo es no haber tomado *medicación para problemas emocionales o psicológicos a lo largo de la vida* (OR = 5,4;  $p = 0,014$ ). Es decir, según este modelo, los pacientes en tratamiento por una adicción con historias de maltrato que no han tomado medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida tendrán mayor probabilidad de finalizar el tratamiento para la adicción. Con esta variable se clasifica correctamente al 67,4 % de los casos con historias de maltrato.

La tabla 65 presenta los resultados de la regresión realizada con las variables del pretratamiento y del postratamiento para los pacientes que presentan historias de maltrato. Las variables que predicen el éxito terapéutico son la *puntuación total del EGS-R* en el postratamiento (OR = 0,9;  $p = 0,043$ ), y la *interferencia de los síntomas a las áreas de la vida cotidiana* en el postratamiento (EGS-R) (OR = 0,8;  $p = 0,043$ ). Por lo tanto,

aquellos pacientes con historias de maltrato que presentan en el postratamiento una baja gravedad de síntomas postraumáticos y una menor interferencia de dichos síntomas con las áreas de la vida cotidiana tendrán mayor probabilidad de finalizar el tratamiento para la adicción con un alta terapéutica.

**Tabla 64. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento para los sujetos con historias de maltrato**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo 1: variables pretratamiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Ausencia de medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida	5,4	0,140	(1,4 – 20,8)
Constante	0,6	0,261	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,18
% clasificación correcta			67,4

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

**Tabla 65. Regresión logística con variables predictoras del pretratamiento y en el seguimiento para toda los pacientes con historias de maltrato**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo 2: variables pre y postratamiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Puntuación total del EGS-R (postratamiento)	0,9	0,043	(0,8 – 0,9)
Interferencia de los síntomas postraumáticos en las áreas de la vida cotidiana (postratamiento)	0,8	0,043	(0,7 – 0,9)
Constante	18,8	0,002	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,44
% clasificación correcta			81,6

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

#### **4.6.3. Resultados del análisis de regresión logística con el grupo experimental**

Las variables predictoras de éxito terapéutico para el grupo experimental son no *haber recibido tratamiento profesional para las secuelas del maltrato* (OR = 68,8;  $p = 0,045$ ), no presentar *ideación suicida severa a*

lo largo de la vida (OR = 34,5;  $p = 0,038$ ), y la puntuación de *inadaptación general* en el pretratamiento (OR = 0,3;  $p = 0,076$ ) (tabla 66). De esta manera, los pacientes que acuden al tratamiento experimental tendrán mayor probabilidad de finalizar con alta terapéutica el tratamiento para la adicción si no han recibido previamente ninguna intervención dirigida al maltrato, si no han presentado ideación suicida a lo largo de la vida y si presentan una mejor adaptación general a las áreas de la vida cotidiana al inicio del tratamiento. Estas variables clasifican correctamente el 87% de los casos.

**Tabla 66. Regresión logística de variables predictoras del pretratamiento para el grupo experimental**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo: variables pretratamiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Ausencia de tratamiento profesional para las secuelas del maltrato	68,8	0,045	(1,1 – 4268,9)
Ausencia de ideación suicida severa a lo largo de la vida	34,5	0,038	(1,2 – 984,3)
Inadaptación general en el pretratamiento	0,3	0,076	(0,1 – 1,1)
Constante	0,9	0,946	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,67
% clasificación correcta			87,0

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

En la tabla 67 se presentan los resultados de la regresión logística incluyendo variables del pre y del postratamiento para el grupo experimental. En este caso, la única variable identificada por el modelo es *no haber recibido tratamiento profesional para las secuelas del maltrato* (OR = 21,0;  $p = 0,027$ ). Esta variable clasifica correctamente el 82% de los casos.

**Tabla 67. Regresión logística de variables predictoras del pre y postratamiento para el grupo experimental**

Variable dependiente = 1 (éxito terapéutico)			
<b>Modelo: variables pre y postratamiento</b>			
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% IC</b>
Ausencia de tratamiento profesional para las secuelas del maltrato	21,0	0,027	(1,4 - 314,0)
Constante	0,3	0,341	
R <sup>2</sup> ajustada modelo final			0,38
% clasificación correcta			82

OR = *Odds ratio*; IC = Intervalo de confianza

## 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A lo largo de este apartado se recogen las principales conclusiones del presente trabajo relativas a la consecución de los objetivos e hipótesis, así como la discusión de cada una de ellas. En todos los casos, las hipótesis se postulan alrededor de los 4 objetivos principales: 1) establecer la tasa de prevalencia de historias de maltrato físico o sexual entre los pacientes que acuden en busca de ayuda por su problema de adicción a FPHN y a ANTOX; 2) determinar el perfil diferencial entre pacientes con y sin historias de maltrato; 3) establecer la efectividad del programa de intervención cognitivo-conductual ejecutado; y 4) analizar las principales variables relacionadas con los resultados del tratamiento.

### 5.1. Prevalencia de maltrato físico y sexual

El primer objetivo pretende establecer la prevalencia de historias de maltrato físico o sexual entre los pacientes que acuden en busca de ayuda por su problema de adicción a Proyecto Hombre Navarra (PHN) y a ANTOX. En relación a este objetivo, la **primera hipótesis** postula que la tasa de prevalencia de historias de maltrato en los pacientes de la muestra será mayor que en la población general (tabla 68).

**Tabla 68. Confirmación de las hipótesis correspondientes al primer objetivo**

	HIPÓTESIS PRIMER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
1.	La tasa de prevalencia de historias de maltrato en los pacientes de la muestra será mayor frente a la de la población general.	Parcial

Existen pocos estudios que aúnen todos, o la mayoría, de los tipos de maltrato físico y sexual en la población general. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo una encuesta sobre la prevalencia de

distintos tipos de eventos traumáticos (Kessler et al., 2017), entre los que se encuentran los tipos de maltrato estudiados en esta tesis. En España, Olaya et al. (2015) realizaron la investigación que formó parte dicho estudio pilotado por la OMS. Estos autores encontraron una prevalencia de un 16,4% para algún tipo de maltrato físico y de un 2,6% para algún tipo de maltrato sexual para la población general española.

La prevalencia obtenida en los resultados de esta investigación de maltrato físico hallada en pacientes en tratamiento por un problema de consumo de sustancias ha sido de un 12,9% y la prevalencia de maltrato sexual de un 6,7%. Estos resultados, en comparación con los de otros estudios, presentan tasas inferiores a las esperadas especialmente en el maltrato físico. En otras investigaciones realizadas con pacientes en tratamiento por un problema de adicción, se han encontrado tasa de maltrato físico que oscilan entre un 18 y un 53,7%, y tasas de maltrato sexual entre un 9,2 y un 19% (Daigre et al., 2015; Danielson et al., 2009b; Darke y Torok, 2013b; Fernández-Montalvo et al., 2014, 2015; Grundmann et al., 2018; Hung et al., 2013; Langeland et al., 2002; Potthast et al., 2014; Schäfer et al., 2007).

Según los resultados de esta tesis, los pacientes en tratamiento con un problema de adicción presentan casi el doble de la tasa de maltrato sexual que la población general. Mientras que, en lo que respecta al maltrato físico, la tasa es ligeramente inferior a la de la población general. Por lo tanto, la hipótesis 1 se confirma de manera parcial.

## **5.2. Perfil diferencial entre los pacientes con y sin historias de maltrato**

El segundo objetivo plantea determinar el perfil diferencial entre los pacientes con un problema de adicción con y sin historias de maltrato. En relación con este objetivo, se proponen 6 hipótesis en las que se especifica este perfil diferencial esperado en ambos grupos de pacientes. La confirmación o no de estas hipótesis se recogen en la tabla 69.

**Tabla 69. Confirmación de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo**

	HIPÓTESIS SEGUNDO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
2.	Los pacientes con historias de maltrato presentarán un perfil diferencial con respecto a los pacientes sin historias de maltrato.	Parcial
2.1.	Las historias de maltrato serán más frecuentes en las mujeres de la muestra.	Sí
2.2.	Los pacientes con un problema de consumo de sustancias y con historias de maltrato asociadas presentarán un perfil de mayor gravedad en términos de consumo.	Sí
2.3.	Los pacientes con historias de maltrato tendrán mayor gravedad en la sintomatología psicopatológica.	Sí
2.4.	Los pacientes con historias de maltrato presentarán mayor presencia del trastorno de personalidad límite.	Sí
2.5.	Los pacientes con historias de maltrato mostrarán mayor inadaptación a la vida cotidiana.	Sí
2.6.	Los pacientes con historias de maltrato habrán acudido a un mayor número de tratamientos previos para la adicción.	No

La **hipótesis 2.1** establece que las historias de maltrato serán superiores en las mujeres de la muestra. A la hora de analizar las diferencias entre los pacientes con y sin historias de maltrato en las distintas variables sociodemográficas, sólo en una se obtienen resultados estadísticos

significativos: el género. La distribución por género es diferente entre ambos grupos de pacientes, siendo la proporción de mujeres mucho mayor en el grupo con historias de maltrato. En el grupo sin historias de maltrato, la distribución por género es 4:1 (hombres:mujeres), la habitual en tratamientos para el consumo problemático de sustancias. En el grupo de pacientes que han sufrido algún tipo de maltrato, la distribución por género es 1:1. De estos datos se deriva la afirmación de que, efectivamente, existe mayor prevalencia de historias de maltrato entre las mujeres con un problema de adicción que entre los hombres en su misma situación. De hecho, del total de hombres de la muestra, un 9,9 % presenta historias de maltrato físico o sexual mientras que, en mujeres, este porcentaje asciende a un 42,3%. De esta manera, se confirma la hipótesis 2.1.

Contrastan estos resultados cuando se ponen en comparación con un estudio llevado a cabo en nuestro país en el cual se encontró que el 79,6% de las mujeres adictas en tratamiento han sufrido maltrato emocional, físico o sexual, frente al 37,8% de los hombres (Fernández-Montalvo et al., 2015). Dos de las principales diferencias entre ambos estudios, que podrían explicar la diferencia observada, serían que en el caso de esta investigación no se ha incluido el maltrato emocional y, además, el hecho de que en este estudio la evaluación de las historias de maltrato realizada ha sido mucho más precisa y ajustada.

De cualquier modo, estos resultados se encuentran en la línea de los anteriormente obtenidos por diversas investigaciones en el ámbito de los pacientes en tratamiento por un problema de consumo de sustancias, en las que se pone de manifiesto cómo las pacientes en tratamiento por adicción presentan una prevalencia muy superior a los hombres en cuanto a historias



de maltrato se refiere (Brems et al., 2004; Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015; Pereira-Morales et al., 2017).

La **hipótesis 2.2** postula que los pacientes con un problema de consumo de sustancias y con historias de maltrato asociadas presentarán un perfil de mayor gravedad en términos de consumo.

En esta investigación se ha evaluado la gravedad del consumo y la necesidad de tratamiento de los participantes con el EuropASI. En los resultados se observa cómo existen diferencias significativas en dos de las áreas de este instrumento. Los pacientes con historias de maltrato presentan mayor gravedad de consumo y necesidad de tratamiento en el área familiar y en el área psiquiátrica/psicológica.

Estos datos apuntan en la misma dirección que los encontrados en otras investigaciones respecto a las áreas familiar y psiquiátrica (Daigre et al., 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015; Lotzin, Haupt, von Schönfels, Wingenfeld y Schäfer, 2016). Por otra parte, no se encuentran diferencias significativas en el consumo de alcohol y de otras sustancias. En este sentido, uno de los grupos de variables que muestra mayor gravedad en los pacientes con un problema de adicción que han sufrido historias de maltrato son, precisamente, aquellas relacionadas con problemas más graves de abuso de alcohol y de otras sustancias (Brems, Johnson, Neal y Freemon, 2004; Clark, Masson, Delucchi, Hall y Sees, 2001; Danielson et al., 2009a; Fernández-Montalvo et al., 2015; Schneider et al., 2008; Zaorska y Jakubczyk, 2019). Los resultados de esta tesis concuerdan parcialmente tanto con los esperados como con los encontrados en la bibliografía.

En resumen, dado el perfil de mayor gravedad de la adicción de los participantes con historias de maltrato de la muestra, se confirma la hipótesis

## 2.2.

La **hipótesis 2.3** postula que los pacientes con historias de maltrato tendrán mayor gravedad en la sintomatología psicopatológica. En esta investigación, aquellos pacientes con historias de maltrato han presentado mayor gravedad en somatización, en obsesión-compulsión y en ansiedad severa, tanto reciente como a lo largo de la vida. Además, presentan una mayor gravedad global de toda la sintomatología psicopatológica frente al grupo sin historias de maltrato. Estos resultados se encuentran en la línea de los obtenidos por diversas investigaciones, que sitúan a este tipo de pacientes con una mayor gravedad psicopatológica que el resto (Brems et al., 2004; Daigre et al., 2015; Zaorska y Jakubczyk, 2019).

Otra de las manifestaciones psicopatológicas que se han observado en este tipo de pacientes son aquellas relacionadas con el suicidio. Los pacientes en tratamiento por una adicción que han sufrido maltrato físico o sexual presentan un mayor número de intentos de suicidio (Daigre et al., 2015). Existe una asociación positiva entre intentos de suicidio e historia de maltrato en esta población (Darke, Campbell y Popple, 2012; Roy, 2003). Los resultados de esta investigación son congruentes con lo encontrado en la bibliografía hasta el momento. El grupo con historias de maltrato ha realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida en mayor porcentaje y, dentro de los que presentan intentos, aquellos con historias de maltrato han llevado a cabo un mayor número de intentos de suicidio que quienes no presentan historias de maltrato. De hecho, haber sufrido maltrato físico, emocional y/o sexual en la infancia es una variable predictora de llevar a cabo intentos de suicidio en pacientes con dependencia de sustancias (Roy, 2001; Trout, Hernandez, Kleiman y Liu, 2017). Además, en una investigación de

Fernández-Montalvo et al. (2019), llevada a cabo con una muestra muy similar, se ha observado cómo los pacientes con problemas de adicción que han sido víctimas de maltrato con ideación o intentos de suicidio tenían un perfil más severo de la adicción frente a los que no presentan comportamientos suicidas. En concreto, la presencia de ideación suicida se relacionaba con una historia de consumo de alcohol más prolongada, así como con una mayor gravedad en las áreas médica y psiquiátrica. En cuanto a aquellos que habían cometido al menos un intento de suicidio, además de la afectación en las áreas anteriores, también estaban especialmente perjudicadas las áreas familiar, social y laboral. De esta manera, se confirma la hipótesis 2.3.

La **hipótesis 2.4** teoriza que los pacientes con historias de maltrato presentarán mayor presencia del trastorno de personalidad límite.

Según lo observado por diversas investigaciones, este tipo de pacientes también presentan mayor frecuencia de trastornos de personalidad, concretamente de trastorno de personalidad límite (Daigre et al., 2015). Los resultados de la presente investigación indican que existen diferencias significativas entre los grupos en distintas escalas de personalidad (depresiva, narcisista y paranoide). El grupo con historias de maltrato presenta puntuaciones más altas en las escalas depresivo y paranoide, mientras que los pacientes sin historias de maltrato presentan puntuaciones superiores en la escala narcisista. Estas puntuaciones pueden indicar cierta gravedad en los patrones de personalidad que dificulta en el paciente la superación de un problema de adicción, así como ser indicios de posibles trastornos de personalidad. Así, se rechaza la hipótesis 2.4.

Por otra parte, la impulsividad es un rasgo muy presente en aquellas

personas que desarrollan un problema con el consumo de sustancias. En el caso de los pacientes que han pasado por un trauma, diversas investigaciones han observado cómo los niveles de impulsividad pueden estar relacionados con el posterior consumo problemático de sustancias (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999; Jakubczyk et al., 2014). Sin embargo, al contrario de lo encontrado por Jakubczyk et al. (2014), no se observan diferencias significativas entre los grupos con y sin maltrato. El grupo de pacientes que ha experimentado maltrato físico o sexual obtiene niveles de impulsividad muy similares a los de la población adicta general.

La **hipótesis 2.5** postula que los pacientes con historias de maltrato mostrarán mayor inadaptación a la vida cotidiana. El grado de adaptación a las áreas de la vida cotidiana es superior en los pacientes sin historias de maltrato. Existen diferencias significativas en el área de vida social, en la que los pacientes que han sufrido maltrato físico o sexual experimentan mayores problemas de adaptación y mayor interferencia en su día a día. En un estudio con una muestra similar realizado por Fernández-Montalvo et al. (2015) se encontraron diferencias en la adaptación a las áreas de la vida cotidiana entre pacientes que habían experimentado maltrato y pacientes que no presentaban historias de maltrato. En este estudio, se reflejan diferencias significativas en diversas áreas de la vida cotidiana, entre ellas la social, si bien es cierto que las diferencias son mucho más pronunciadas que las que muestran los resultados de esta investigación. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en adaptación familiar, social y psicológica. Esto pone de manifiesto que, si bien los resultados tienen puntos en común, también presentan variaciones. Una posible explicación se podría encontrar en los instrumentos empleados para valorar esta inadaptación. En el caso del

estudio de Fernández-Montalvo et al. (2015), el instrumento empleado es el EuropASI, mientras que en esta investigación se aporta un instrumento específico de evaluación de la inadaptación, la EI.

Concluyendo, la muestra con pacientes de historias de maltrato presentan peor adaptación a la vida social; por lo tanto, se confirma la hipótesis 2.5.

La **hipótesis 2.6** afirma que los pacientes con historias de maltrato habrán acudido a un mayor número de tratamientos previos para la adicción.

Respecto a la sustancia que motiva el tratamiento y al número de tratamientos previos, en esta investigación no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin historias de maltrato. No obstante, desde un punto de vista clínico, puede ser relevante la diferencia en la variable de tratamientos previos para superar el problema de la adicción. El número de tratamientos previos medio de los pacientes con historias de maltrato supera en medio punto al de aquellos pacientes que no han experimentado maltrato: 2,2 frente a 1,7. Se trata de un dato relevante, puesto que otra de las implicaciones a nivel terapéutico para este tipo de pacientes que han sido víctimas de algún tipo de maltrato es su mayor tasa de abandono terapéutico de los tratamientos para la adicción (Fernández-Montalvo et al., 2015; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga, Cacho y Azanza, 2017).

Dado que las diferencias relacionadas con el número de tratamientos previos, a pesar de poder ser clínicamente relevantes, no son estadísticamente significativas, no se confirma la hipótesis 2.6.

En resumen, el grupo de pacientes con historias de maltrato presenta una peor situación psicopatológica. Todos estos resultados, además de

mostrar un perfil de mayor gravedad en el consumo por parte de las personas que han sufrido maltrato, permiten contribuir en la detección de pacientes que presentan mayores dificultades de cara a superar la adicción. Además, si se tienen estas diferencias en cuenta, la intervención psicológica se podrá adaptar a las necesidades específicas de cada perfil.

### **5.3. Efectividad del programa de intervención**

El tercer objetivo pretende averiguar la efectividad del programa de intervención aplicado a pacientes en tratamiento por adicción que presentan historias de maltrato físico o sexual a lo largo de su vida. Dicho objetivo se desarrolla con la hipótesis 3, la cual se concreta en otras tres: la primera relacionada con la mejoría del grupo que recibe el tratamiento en las variables estudiadas, la segunda dirigida a la mejoría respecto a la tasa de abandono del grupo de tratamiento y la tercera orientada a la evolución de dicho grupo (tabla 70).

La **hipótesis 3.1** afirma que el grupo que ha recibido el programa de intervención para el maltrato presentará unos resultados mejores en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de adaptación y de maltrato) que el grupo que no lo haya recibido.

**Tabla 70. Confirmación de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo**

HIPÓTESIS TERCER OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
3. El programa de tratamiento propuesto conseguirá una mejoría significativa en las variables estudiadas.	
3.1. El grupo que haya recibido el programa de tratamiento para el maltrato presentará unos resultados mejores en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de adaptación y de maltrato) que el grupo que no lo haya recibido.	Parcial
3.2. La tasa de abandono en los pacientes adictos con historias de maltrato que reciben el tratamiento propuesto será menor que la de los pacientes que no reciben el tratamiento.	Si
3.3. Los pacientes con historias de maltrato que reciben el tratamiento evolucionarán mejor en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de inadaptación y de maltrato) frente a los pacientes que no reciben el tratamiento	Si

Respecto a las variables *psicopatológicas*, evaluadas mediante el SCL-90-R, el grupo que recibe la intervención no presenta diferencias significativas frente al grupo control 1 en el momento de la evaluación postratamiento. En el seguimiento, el grupo experimental presenta menor ansiedad fóbica e ideación paranoide respecto a los otros dos grupos. Además, si bien es cierto que estas son las únicas diferencias significativas en el seguimiento, se observa cómo todas las variables psicopatológicas presentan menor gravedad en los pacientes que han recibido el programa de intervención frente a los otros dos grupos de control. Estos pacientes tienen mejores resultados en las variables psicopatológicas mencionadas frente al resto de pacientes a los 6 meses de la intervención. Estos resultados van en la línea de los obtenidos en un metaanálisis de distintos estudios en EEUU, en el cual se analizó la efectividad de distintos servicios para mujeres con un problema de consumo de sustancias y que habían sufrido algún tipo de violencia interpersonal

(Morrissey et al, 2005). En este estudio se evaluaron los síntomas psicopatológicos, entre otros, y se obtuvo una tendencia muy similar a la ya descrita. No se observaron diferencias significativas hasta el seguimiento a los 12 meses y especialmente para aquellos en los que la intervención para el maltrato se llevó a cabo dentro del programa de tratamiento, de manera similar al realizado en la presente investigación. En dicho momento de evaluación, se observa un efecto significativo en la gravedad de sintomatología psicopatológica en aquellas mujeres que habían recibido el tratamiento. Otra de las investigaciones que ha evaluado la situación psicopatológica general de los pacientes en tratamiento por una adicción que han sufrido algún tipo de maltrato ha encontrado reducciones significativas en depresión es la de Gilbert et al. (2006). En otros casos, sin embargo, no se han obtenido diferencias entre el grupo experimental y el grupo de control empleado en los síntomas psicopatológicos generales como depresión y ansiedad (Mills et al., 2012; Sannibale et al., 2013; Tirado-Muñoz et al., 2015).

En relación a las variables de *impulsividad*, se aprecia una tendencia similar a la observada en la sintomatología psicopatológica. En el momento del postratamiento no se reflejan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo de control 1, pero sí se observa una menor puntuación en todos los ámbitos de la impulsividad en el grupo experimental. En el momento del seguimiento, estas diferencias se tornan significativas. El grupo experimental presenta menor impulsividad cognitiva, menor ausencia de planificación e improvisación y menor impulsividad total que el grupo de control 2. Además, desde un punto de vista clínico, puede ser relevante la diferencia de impulsividad de los pacientes del grupo



experimental frente al resto de pacientes en el seguimiento. De hecho, en este tipo de pacientes se ha asociado una mayor gravedad de consumo y mayor psicopatología general con una mayor impulsividad (Jakubczyk et al., 2014).

Los resultados de la *EI* relativos a la adaptación que presenta cada paciente a las distintas áreas de la vida cotidiana y a la interferencia de sus problemas en dichas áreas muestran diferencias significativas en el grupo experimental tanto en el postratamiento como en el seguimiento. En el momento de la evaluación postratamiento, aquellos pacientes que han recibido el programa de intervención presentan mayor adaptación a la vida social y mayor adaptación total. El tamaño del efecto es de moderado a grande. A los seis meses de la intervención además de estas diferencias que se mantienen, se añaden el resto de áreas con diferencias estadísticamente significativas. Se observa una adaptación muy superior en todas las áreas de la vida en aquellos pacientes que han recibido el programa de intervención, frente al resto de pacientes.

Al poner en relación estos resultados con los obtenidos por otras investigaciones, se encuentra la dificultad de que muchos de los estudios realizados similares al presente no evalúan sintomatología asociada, más allá de la relacionada estrictamente con el trauma o con la adicción.

Respecto a las variables de *maltrato*, sólo se presentan diferencias significativas en el seguimiento. En el postratamiento, pese a que las puntuaciones del grupo experimental son inferiores en todos los grupos de síntomas postraumáticos, no se observan diferencias significativas. Sin embargo, en el seguimiento, el grupo experimental ha mejorado

significativamente en la interferencia que tienen estos síntomas en su vida cotidiana, con un tamaño del efecto grande ( $d = 0,870$ ). A los 6 meses de la intervención, la interferencia en el día a día de los síntomas postraumáticos derivados del maltrato sufrido es menor en aquellos pacientes que han recibido el programa de tratamiento. El tratamiento aplicado ha dotado de herramientas a los pacientes para que dichos síntomas interfieran en menor medida en sus actividades cotidianas.

Los resultados de estudios similares a la presente investigación son ambiguos, tal y como se ha expuesto en el apartado teórico. En muchos casos, los efectos del tratamiento son pequeños o no llegan a tener lugar (Bailey et al., 2019; Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017). De hecho, sólo en algunos estudios se observa una disminución de los síntomas del TEPT en los pacientes del grupo experimental, significativamente diferentes a la del grupo control correspondiente (Coffey et al., 2006; Gilbert et al., 2006; Mills et al., 2012; Tirado-Muñoz et al., 2015). Porque, de hecho, se ha demostrado que el mero hecho de recibir un tratamiento para superar el consumo problemático de sustancias ayuda a la reducción de la sintomatología postraumática (Simpson et al., 2017). Esto, añadido a la dificultad a la hora de hacerse con una muestra con suficiente potencia estadística, puede estar detrás de estos resultados ya que, en muchos casos, o bien se observa la misma mejoría entre el grupo al cual se aplica la intervención dirigida al trauma y el grupo empleado como control, o bien la diferencia encontrada no se mantiene en el tiempo (Coffey et al., 2016; Foa et al., 2013; Ruglass, Lopez-Castro, et al., 2017).

Se puede afirmar que existe una tendencia de mejora en algunas de las variables evaluadas, tanto psicopatológicas, como de impulsividad y de adaptación a la vida cotidiana, en el seguimiento. Parecer ser que los beneficios del programa de intervención se presentan en mayor medida los 6 meses y no tanto de manera inmediata. Por lo tanto, debido a la mejora en parte de las variables estudiadas, la confirmación de la hipótesis 3.1 es parcial.

La **hipótesis 3.2** señala que la tasa de abandono en los pacientes adictos con historias de maltrato que reciben el tratamiento propuesto será menor que la de los pacientes que no reciben el tratamiento. La tasa de abandono en el grupo control 2 es de un 38,5% y en el grupo experimental de un 34,6%. De esta manera, no solo se iguala la tasa de abandono a la de aquellos pacientes que no presentan historias de maltrato, sino que se mejora. El grupo experimental obtiene un 65,4% de éxito (entendido como finalización del programa para la adicción con un alta terapéutica), frente a un 61,5% del grupo de control 2 y un 46,2 % del grupo de control 1. Los pacientes que han recibido el programa de intervención presentan un éxito terapéutico muy superior a aquellos que, presentando también maltrato físico o sexual, no reciben dicha intervención. De hecho, incluso se ha conseguido igualar la tasa de abandono del grupo experimental a la del grupo de pacientes que no han sufrido historias de maltrato. Por lo tanto, se confirma la hipótesis 3.2.

De la misma manera que ocurría con los efectos del tratamiento en los síntomas del TEPT, tampoco se ha observado unanimidad en los efectos en el consumo de sustancias. Algunos estudios encuentran una mejora del grupo experimental (Coffey et al., 2006; Tirado-Muñoz et al., 2015), otros del grupo

de control (Sannibale et al., 2013; VanDam et al., 2013) y otros encuentran las mismas mejoras en ambos grupos (Coffey et al., 2016; Foa et al., 2013; Mills et al., 2012; Ruglass et al., 2017). De hecho, tanto para la reducción de síntomas de TEPT como para el efecto en el consumo de sustancias, no llegan a encontrarse diferencias significativas ni en la mitad de los estudios analizados en una revisión realizada por Bailey et al. (2019).

En el caso de nuestra investigación, la variable que nos indica directamente el éxito en el tratamiento para el consumo de sustancias es la tasa de abandono o finalización del programa. Se ha demostrado cómo uno de los mejores indicadores de éxito en el tratamiento es permanecer en el programa y finalizar el mismo con un alta terapéutica (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2008). Los pacientes que están en tratamiento para superar un consumo problemático de sustancias y que, además, reciben una intervención dirigida al trauma, presentan un número de los abandonos muy alto (Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017). Los resultados de esta investigación indican lo contrario; tal y como se ha explicado previamente, se consigue reducir la tasa de abandono hasta en 20 puntos sobre 100, igualándola a aquellos pacientes que no presentan maltrato. En un estudio realizado por Coffey et al. (2016) se encontró una tasa de abandono del 40% en los pacientes con eventos traumáticos que recibían tratamiento y un 13% en los que no. Estos resultados difieren notablemente de los obtenidos en la presente investigación, en los que se invierten los porcentajes. Una posible explicación sería el tipo de intervención focalizada en la exposición aplicada por Coffey et al. (2006), que suele tener un alto número de abandonos. El grupo que menor tasa de abandono obtiene

en esta tesis es el grupo experimental (un 34,6%), frente al grupo de control 1 (un 53,2%) y, en menor medida, al grupo de control 2 (un 38,5%).

La **hipótesis 3.3** afirma que los pacientes con historias de maltrato que reciben el programa de intervención evolucionarán mejor en las variables estudiadas (psicopatológicas, de personalidad, de inadaptación y de maltrato) frente a los pacientes que no reciben el tratamiento. Para comprobar dicha hipótesis, no solo es necesario conocer en qué variables se dan diferencias significativas entre los grupos, sino también si la evolución de cada grupo es significativa o no. Es decir, se comprobará si, dentro de las diferencias significativas en el momento del postratamiento y del seguimiento entre grupo experimental y de control 1, existe una evolución intragrupo también significativa a lo largo de los 9 meses de duración de las evaluaciones.

De manera general, en la mayoría de las variables los 3 grupos mejoran significativamente a lo largo de los meses, excepto en algunos casos que se comentarán en los siguientes párrafos. Para la sintomatología psicopatológica, en la mayoría de grupos de síntomas existe una evolución significativa en los tres grupos. Pero solo en un caso se dan estas mejoras intra e inter grupo: la ideación paranoide para el grupo experimental. No obstante, es preciso señalar la mejora apreciable en los índices globales del SCL-90-R. En los tres casos de índices globales, el grupo experimental presenta una mejora mayor y prolongada en el tiempo frente a los grupos de control. Si bien las diferencias intergrupo no son significativas, parece relevante destacar la evolución en estas variables que valoran el estado psicopatológico de los pacientes (Índice Global de Gravedad, Total de Sintomatología Positiva e Índice de Distrés de Síntomas Positivos). De hecho,

el grupo experimental es el único que presenta una mejora significativa intragrupo en este último.

Respecto a la impulsividad, los resultados son claros. El grupo experimental es el único que disminuye, significativamente, la impulsividad en todas sus subescalas (impulsividad motora, cognitiva, ausencia de planificación e improvisación e impulsividad total). Es una de las pocas variables en las que se observa una mejora clara y continuada en el tiempo, frente a los grupos de control. En el resto de grupos no se observa una mejora significativa a lo largo de los 9 meses de evaluación.

La adaptación a la vida cotidiana es otra de las variables que mejora para todos los grupos de forma significativa. Por lo tanto, como existían diferencias intergrupo en el seguimiento entre el grupo experimental y los grupos de control en la adaptación a distintas áreas de la vida, se puede afirmar que, efectivamente esta mejora tiene lugar inter e intragrupo. De esta forma, los pacientes que reciben el tratamiento evolucionan mejor en su adaptación a las áreas de la vida cotidiana.

Los resultados de los síntomas psicopatológicos derivados del maltrato van en la línea de los anteriores. Ambos tipos de pacientes, tanto los que reciben el programa de intervención como los que no, mejoran en todos los grupos sintomáticos del estrés postraumático de manera intragrupo. No obstante, las diferencias entre los grupos sólo resultaban ser significativas en la interferencia que tienen estos síntomas en su día a día. En este sentido, se confirma que los pacientes que reciben el tratamiento mejoran en los síntomas de trastorno de estrés postraumático en la misma medida que los que no lo reciben, pero presentan una interferencia menor de dichos síntomas

en su vida cotidiana. Esta tendencia se encuentra alineada con la intencionalidad a la hora de diseñar el programa, que era principalmente la dotación de una serie de estrategias para afrontar las consecuencias del maltrato en el día a día. Estas estrategias requieren de un tiempo prudencial para que puedan ser asimiladas adecuadamente por el paciente e integradas en su día a día como para, en consecuencia, tener un efecto terapéutico en el paciente. Los resultados indican que este efecto se intensifica con el avance de los meses. Además, la disminución de la tasa de abandono en el grupo experimental apunta a que esta tendencia es estable en el tiempo.

En esta investigación se da un paso más para definir si es o no eficaz el tratamiento y si es o no aconsejable su implementación en un servicio de atención a las adicciones. Por un lado, se ha encontrado algo con lo que ya se contaba, la evolución favorable de los grupos con historias de maltrato a lo largo del tratamiento para la adicción. La mayoría de las investigaciones, independientemente del tratamiento, encuentran una mejoría significativa para los grupos tanto de intervención como de control a lo largo del tiempo (Simpson et al., 2017).

Además, por otro lado, los pacientes que han acudido a la intervención dirigida al trauma, han conseguido afrontar las consecuencias de los síntomas postraumáticos y reducir así su interferencia en el día a día. Es decir, en ambos grupos, experimental y de control 1, disminuyen los síntomas postraumáticos a lo largo del tratamiento para la adicción. Pero sólo en el caso de los pacientes que acuden al programa de intervención para el maltrato, estos aprenden a reducir la interferencia de estos síntomas en su vida cotidiana. Se encuentra, así, un efecto del tratamiento en la psicopatología relacionada con el trauma, en línea con los resultados

encontrados por diversos autores (Coffey et al., 2006; Gilbert et al., 2006; Mills et al., 2012; Tirado-Muñoz et al., 2015). Como se ha expuesto previamente en el apartado teórico de esta tesis, se han encontrado principalmente efectos positivos del tratamiento en las variables relacionadas con el trauma. Este efecto es mayor en tratamientos integrados (Morrissey et al., 2005), como el de esta investigación. Por lo tanto, se confirma la hipótesis 3.3.

#### **5.4. Variables predictoras de abandono terapéutico**

El cuarto objetivo está encaminado al análisis de las principales variables (sociodemográficas, de consumo, psicopatológicas, de personalidad y de inadaptación) relacionadas con los resultados del tratamiento. La hipótesis 4 afirma que las variables predictoras de abandono terapéutico serán ser mujer, haber sufrido abuso sexual y no haber participado en el grupo de tratamiento para el maltrato (tabla 71).

**Tabla 71. Confirmación de las hipótesis correspondientes al cuarto objetivo**

HIPÓTESIS CUARTO OBJETIVO	CONFIRMACIÓN
4. Las principales variables predictoras de abandono terapéutico serán ser mujer, haber sufrido abuso sexual y no haber participado en el grupo de tratamiento para el maltrato.	NO

En este estudio el éxito terapéutico se entiende como la finalización del programa dirigido a superar el problema de adicción con un alta terapéutica. En investigaciones previas se ha demostrado cómo la permanencia y la finalización del programa para la adicción es uno de los mejores predictores de éxito en un tratamiento para controlar el consumo de sustancias (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010; Fernández-Montalvo et al., 2008).



Los resultados del estudio indican que, para la muestra total de pacientes en tratamiento con un problema de adicción, las variables del pretratamiento que predicen un éxito terapéutico son la ausencia de medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida, una mayor edad, una mayor puntuación en la escala compulsivo de personalidad y una baja gravedad en el área social del EuropASI. Sin embargo, si tenemos en cuenta todas las variables de todos los momentos de evaluación, la ausencia de psicofármacos a lo largo de la vida mantiene su capacidad predictiva junto con la adaptación general a las áreas de la vida cotidiana en el momento de comenzar el tratamiento. Excepto por la variable edad que ha obtenido valor predictivo previamente (McKellar et al., 2006) y por el uso de psicofármacos como medida indirecta del estado psiquiátrico (Adamson et al., 2009), en general estos resultados no se encuentran en la línea de los obtenidos por las principales investigaciones (Adamson et al., 2009; Andersson et al., 2018; Deane et al., 2012; McKellar et al., 2006). Las principales variables predictoras de resultados en este tipo de tratamientos (para la adicción) encontradas son: principalmente variables relacionadas con el consumo y, en segundo lugar, las relacionadas con condiciones psiquiátricas asociadas y aquellas relativas a la motivación del paciente (Adamson et al., 2009).

Una de las posibles explicaciones de esta divergencia con otros estudios podría ser la naturaleza de la muestra de este estudio, al haberse configurado una muestra equilibrada en número de pacientes con y sin historias de maltrato. Puede que el perfil diferencial de los primeros, junto con su sobrerrepresentación en esta investigación frente a la proporción habitual entre pacientes con un problema de sustancias, esté influyendo en estos resultados. Ello concuerda con que una de las variables predictivas más

llamativas, el uso de psicofármacos, permanece en los análisis realizados con los pacientes con historias de maltrato, tal y como se explica a continuación.

Para el conjunto de los pacientes que han sufrido historias de maltrato físico o sexual, la variable que mejor predice al comienzo del tratamiento para la adicción la finalización del mismo con un alta terapéutica es la ausencia de medicación para problemas psicológicos a lo largo de la vida. Pero, si tenemos en cuenta las variables a lo largo de la investigación, es decir, en los distintos momentos de evaluación, se encuentra cómo una disminución de los síntomas del TEPT, junto con una baja interferencia de dichos síntomas postraumáticos en las áreas de la vida cotidiana en el momento del postratamiento, llegan a clasificar como éxito terapéutico a más del 80% de los pacientes. Estos resultados pueden estar detrás de la notable mejora en las tasas de abandono de los pacientes que acuden al grupo de tratamiento para las secuelas del maltrato. Por un lado, han reducido en hasta 20 puntos sobre 100 el abandono terapéutico. Y, por otro lado, se ha discutido previamente cómo una de las principales mejoras del tratamiento se observa en la disminución de la interferencia de estos síntomas en la vida cotidiana del grupo experimental, frente al grupo de control 1. Al contrario de lo encontrado por Zandberg et al. (2017), una mejora en los síntomas del TEPT a los dos meses del inicio del tratamiento para el maltrato implicaría una reducción en las tasas de abandono. Por otro lado, puede que la interferencia de los síntomas en la vida cotidiana genere una angustia, vinculado con una mayor tasa de abandono (Jarnecke et al., 2019).

Y, finalmente, para aquellos pacientes que forman parte del grupo experimental, las variables relacionadas con un éxito terapéutico son la ausencia de tratamiento profesional para las secuelas del maltrato, la

ausencia de ideación suicida severa a lo largo de la vida y una mejor inadaptación general en el pretratamiento. Sin embargo, si tenemos en cuenta las variables del postratamiento, sólo la primera de ellas permanece con capacidad predictiva. Por una parte, esto podría ser un indicador de gravedad, pero por otra también podría dar lugar a una reflexión acerca de la efectividad de la asistencia terapéutica que reciben en el actual sistema de salud las víctimas de eventos traumáticos.

Resumiendo, la hipótesis de partida señalaba que las variables predictoras de abandono terapéutico serían ser mujer, haber sufrido abuso sexual y no haber participado en el grupo de tratamiento para el maltrato. Los resultados indican que las variables vinculadas a un fracaso terapéutico o abandono en los pacientes con historias de maltrato en el pretratamiento han sido el uso de psicofármacos a lo largo de la vida y en el postratamiento tanto la gravedad general de síntomas de TEPT como su interferencia en el día a día. Pese a lo interesante de estos resultados, no se confirma la hipótesis 4.

Respecto a las investigaciones en las que se han estudiado las variables predictoras de abandonos en el tratamiento conjunto de trastorno por consumo de sustancias y trastorno de estrés postraumático, los resultados son tanto ambiguos como escasos (Belleau et al., 2017). Dentro de los estudios realizados se han encontrado distintos predictores de abandono en esta población, desde un bajo nivel educativo o una alta sensibilidad a la ansiedad (Belleau et al., 2017) hasta altos niveles de síndrome de abstinencia y de angustia o distrés (Jarnecke et al., 2019). Además, un estudio realizado por Zandberg et al. (2017) pone de manifiesto el papel que puede jugar una

rápida mejora en los síntomas de TEPT en los abandonos del tratamiento, aumentándolos en pacientes en tratamiento.

### **5.5. Conclusiones finales**

La prevalencia de maltrato físico y sexual en la población en tratamiento por una adicción encontrada en este estudio, pese a ser menor que la encontrada en la bibliografía, sigue teniendo una gran importancia clínica, especialmente en lo que se refiere al maltrato sexual. Se trata de uno de los tipos de maltrato más graves y con mayores repercusiones en la víctima. Además, cuando se da en edades tempranas, dichas consecuencias se agravan y alargan hasta la edad adulta, generando disfunciones sexuales (Echeburúa, 2004), sintomatología postraumática, trastorno de estrés postraumático (Baixauli, 2011; Ullman et al., 2009), alta impulsividad (Echeburúa y Redondo, 2010; Hirigoyen, 1999) o amnesia disociativa (Hirigoyen, 1999), entre otras. En la muestra de esta investigación se ha encontrado que más del 66% de esta violencia sexual ha tenido lugar durante la infancia; datos similares se observan en la violencia física. Ello implica una gravedad añadida a la situación psicopatológica de los pacientes en tratamiento por una adicción. Además, la mayoría de estos pacientes que tienen historias traumáticas de maltrato físico o sexual son mujeres.

Este tipo de pacientes presenta un perfil de mayor gravedad en cuanto a consumo, variables de personalidad, adaptación a la vida cotidiana, sintomatología psicopatológica, etc. Los intentos de suicidio han sido una de las principales diferencias encontradas entre pacientes con y sin historias de maltrato en nuestra muestra. No se trata de una novedad, sino de una confirmación acerca de lo ya estudiado por otros autores. Es más, haber

sufrido maltrato físico, emocional y/o sexual en la infancia es una fuerte variable predictora de llevar a cabo intentos de suicidio en este tipo de pacientes (Roy, 2001; Trout, Hernandez, Kleiman y Liu, 2017).

De manera general, una de las principales conclusiones de esta investigación es la mejora evidente de todos los grupos de pacientes que han participado en ella. Tanto los pacientes con historias de maltrato como aquellos que no las presentan se ven beneficiados por el tratamiento para superar el consumo de sustancias. Precisamente por eso, es más difícil identificar el efecto que el programa de intervención tiene sobre el grupo experimental, puesto que, como se ha observado también en diferentes estudios, ambos grupos mejoran de manera significativa. No obstante, en este estudio se han encontrado algunas diferencias que ponen de manifiesto la efectividad del programa de intervención dirigido a las secuelas del maltrato.

Uno de los hallazgos de esta investigación son los resultados relativos a la impulsividad. De manera similar a lo que ocurre con la sintomatología psicopatológica, en el postratamiento no se observan grandes diferencias significativas. Sin embargo, en el momento del seguimiento los resultados de la intervención son mucho más visibles. Esta tendencia se mantiene también para uno de los principales resultados respecto al maltrato que diferencia al grupo que ha recibido la intervención del que no la ha recibido, la interferencia de las consecuencias del maltrato en la vida cotidiana. En resumen, el grupo que ha recibido la intervención, a los 6 meses de la misma, presenta menores niveles de impulsividad, mayor adaptación a la vida cotidiana, menor interferencia del maltrato en el día a día y una menor tasa de abandono que el grupo sobre el que no se ha intervenido.

Otro dato llamativo es la capacidad predictiva del uso de psicofármacos a lo largo de la vida en el abandono del tratamiento para la adicción. Por una parte, es un indicador de la gravedad psicopatológica del paciente. Pero, por otra parte, este dato también lleva a la reflexión acerca de la efectividad del uso de este tipo de medicación a lo largo de la vida y de su beneficio a largo plazo en los pacientes. Parece ser que es una de las variables con mayor fuerza a la hora de predecir resultados terapéuticos negativos, entendidos como un abandono del programa para el consumo de sustancias.

Para finalizar, los pacientes con historias de maltrato que acuden a tratamiento por un problema de consumo de sustancias han mostrado una prevalencia de maltrato sexual superior a la población general y una mayor gravedad psicopatológica en distintas áreas. El programa de intervención aplicado a mostrado su efectividad reduciendo la interferencia de los síntomas postraumáticos en la vida cotidiana y aumentando la adherencia al tratamiento para el consumo de sustancias. En consecuencia, debería considerarse la aplicación de este programa de intervención para este tipo de pacientes en los centros de tratamiento para problemas de adicción. La prevalencia de historias de maltrato es mayor en las mujeres. Por ello, también sería conveniente aplicar a los tratamientos para la adicción un enfoque de género que atienda especialmente a la problemática de los abusos físicos y sexuales.

## **6. LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN**

En este apartado se presentan las principales limitaciones de esta investigación, seguidas de sus fortalezas. Además, se tratan aquellas líneas de investigación que se consideran oportunas según los resultados obtenidos.

### **6.1. Limitaciones y fortalezas**

Una de las principales limitaciones de este estudio está relacionada con el tamaño de la muestra. Se ha contado con 104 participantes que, además, se han dividido en tres grupos. El tamaño reducido de esta muestra puede haber tenido un efecto a la hora de, por ejemplo, obtener resultados estadísticamente significativos. De hecho, en varias ocasiones a lo largo de los resultados se comenta cómo, a pesar de no obtener una significación estadística, las diferencias son clínicamente relevantes. Debido a este tamaño limitado se pueden haber enmascarado ciertos datos de interés.

Relacionada con la anterior, se encuentra la limitación ligada a la naturaleza de la muestra. Los pacientes en tratamiento por una adicción son una de las poblaciones con mayor tasa de abandono terapéutico, ligada al propio proceso de un problema de consumo de sustancias. Además, parte de la muestra que se estudia específicamente en esta investigación, tal y como se ha explicado en los apartados anteriores, presenta un perfil de mayor gravedad al haber experimentado historias de maltrato físico o sexual, un alto abandono y mayor inestabilidad en el tratamiento. A su vez, en muchos casos estos pacientes son reticentes a compartir sus experiencias. Todo ello, sumado a la dificultad intrínseca del trabajo de campo en una realidad clínica y no de laboratorio, ha obstaculizado tanto la captación como la permanencia de estos pacientes en la investigación.

Esta investigación se ha desarrollado en dos organizaciones diferentes dedicadas al tratamiento de las adicciones. Puede que existan ciertos sesgos vinculados a esta variable que no se hayan tenido en cuenta a la hora de desarrollar los resultados. No obstante, si bien esto representa una limitación, también implica una fortaleza. Y es que prácticamente la mayoría de los pacientes en tratamiento por una adicción de Navarra se encuentran atendidos en estas dos fundaciones, lo cual permite su generalización dentro de esta comunidad autónoma.

El tratamiento se ha realizado tanto en formato grupal como individual. Inicialmente no estaba prevista la modalidad individual. Tras los primeros meses de trabajo de campo se observó la necesidad, alentada por los propios pacientes, de realizar tratamientos individuales. Además, en muchas ocasiones, fruto de la escasez de participantes comentada previamente, ha sido imposible realizar tratamientos grupales, por no reunir los suficientes integrantes en un mismo momento temporal. A pesar de que se ha tratado de equiparar lo más posible ambas modalidades de intervención, existen diferencias conocidas entre un tratamiento grupal y uno individual, sin restar importancia a ninguno de los dos. Esta variable no se ha tenido en cuenta a la hora de analizar los datos.

Por último, existe una limitación temporal. Este estudio se ha realizado con un seguimiento de 6 meses después de la segunda evaluación. Esto cubre un periodo total de seguimiento de cada paciente de 9 meses aproximadamente. Puede que existan efectos que no se hayan podido registrar debido a la falta de un seguimiento más prolongado.



Por otra parte, algunas de las fortalezas de esta investigación se aúnan con las necesidades de trabajo en este campo según Parisi et al. (2020). Este metaanálisis, que estudia el efecto de haber sufrido maltrato sexual en el abandono prematuro del tratamiento para el consumo de sustancias, pone de manifiesto cómo la mayoría de las investigaciones realizadas al respecto son anteriores al año 2006. Los resultados, lejos de apoyar que esta población presenta mayor tasa de abandono, se ven mediatizados porque no reflejan el efecto en los tratamientos actuales para el consumo de sustancias. Por ello, actualizar los datos relativos al abandono de la terapia por parte de estos pacientes es una necesidad que ha sido cubierta por la presente tesis.

Además, Parisi et al. (2020) apuntan a la falta de medidas estandarizadas para evaluar dicho maltrato. En esta tesis todas las evaluaciones se han realizado a partir de medidas estandarizadas que permiten tanto la réplica de sus resultados como la confianza en sus propiedades psicométricas.

Por último, otra fortaleza de esta investigación se identifica con su objetivo principal. Diversos autores han recomendado que los pacientes que han sufrido algún tipo de maltrato y se encuentran en tratamiento por una adicción cuenten con una atención específica (Parisi et al., 2020). Se ha puesto de manifiesto la necesidad de estudiar tratamientos que intervengan sobre la realidad de estos pacientes (Parisi et al., 2020; Roberts et al., 2015; Simpson et al., 2017), y este ha sido el principal objetivo de esta investigación: aportar más luz sobre este tipo de población y sus necesidades.

## **6.2. Líneas futuras de investigación**

En la línea de las limitaciones expuestas previamente se proponen a continuación diferentes líneas futuras de investigación.

Una de las principales apuestas para continuar este tipo de investigación, así como para replicar sus resultados, sería el aumento del seguimiento de los pacientes a lo largo del tiempo. Sería muy interesante conocer si se mantienen los resultados alcanzados más allá de los 9 meses. Precisamente para aumentar la retención de este tipo de pacientes, Zandberg et al. (2017) proponen realizar un seguimiento de la evolución de sus síntomas con mayor frecuencia, tanto durante el tratamiento como después.

Además, y derivada de la principal limitación relacionada con el tamaño de la muestra, sería necesario contar con estudios con un mayor número de participantes que permitan conocer mejor la efectividad del tratamiento aplicado. Aumentar el tamaño de la muestra no solo pondrá luz sobre los resultados principales acerca de la efectividad de la intervención sobre el maltrato, sino que permitirá estudiar más en profundidad el efecto de otros factores y sus diferencias. También, puede permitir segmentar la muestra por modalidad de tratamiento (grupal o individual) para ver el efecto de esta variable, así como por otras como género, variables relacionadas con el tratamiento para la adicción (por ejemplo, tratamiento ambulatorio o de comunidad terapéutica) o tipo de maltrato (físico o sexual).

## BIBLIOGRAFÍA

- Adamson, S. J., Sellman, J. D. y Frampton, C. M. A. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(1), 75–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Afifi, T. O., Mather, A., Boman, J., Fleisher, W., Enns, M. W., MacMillan, H. y Sareen, J. (2011). Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 814–822. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.11.008>
- Andersson, H. W., Steinsbekk, A., Walderhaug, E., Otterholt, E. y Nordfjaern, T. (2018). Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Substance Abuse-Research And Treatment*, 12. <https://doi.org/10.1177/1178221818760551>
- Arruabarrena, I., De Paúl, J., Indias, S. y Ullate, M. (2013). Psychologists and child psychological maltreatment severity assessment. *Psicothema*, 25(4), 482–487. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.146>
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2015). Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *American Journal on Addictions*, 24(8), 756–764. <https://doi.org/10.1111/ajad.12302>
- Asgeirsdottir, B. B., Sigfusdottir, I. D., Gudjonsson, G. H. y Sigurdsson, J. F. (2011). Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: The mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse and Neglect*, 35(3), 210–219. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.12.003>
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)* (4ª). Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª). Médica Panamericana.
- Báguena Puigcerver, M. J., Villarroya Soler, E., Beleña Mateo, M. de los Á., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala revisada de impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581–604. <http://hdl.handle.net/11162/25035>
- Bailey, K., Trevillion, K. y Gilchrist, G. (2019). What works for whom and why: A narrative systematic review of interventions for reducing post-traumatic stress disorder and problematic substance use among women with experiences of interpersonal violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 88–103. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.12.007>
- Baixauli, E. (2011). Abuso sexual infantil: una revisión de los síntomas asociados con el trastorno por estrés postraumático. *Informació Psicológica*, 101, 40–48.
- Banducci, A. N., Hoffman, E. M., Lejuez, C. W. y Koenen, K. C. (2014). The

impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child Abuse and Neglect*, 38(5), 928–938.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.12.007>

- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. In J. T. S. y C. E. Itard (Ed.), *Motivation, Emotion and Personality*. Elsevier.
- Belleau, E. L., Chin, E. G., Wanklyn, S. G., Zambrano-Vazquez, L., Schumacher, J. A. y Coffey, S. F. (2017). Pre-treatment predictors of dropout from prolonged exposure therapy in patients with chronic posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 91, 43–50.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.01.011>
- Benda, B. B. (2005). Gender differences in predictors of suicidal thoughts and attempts among homeless veterans that abuse substances. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(1), 106–116.  
<https://doi.org/10.1521/suli.35.1.106.59262>
- Berliner, L. y Elliott, D. M. (2002). Sexual abuse of children. In *The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd ed.* (pp. 55–78). Sage Publications, Inc.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. y Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8(1), 75–90.
- Bobes, J., Carcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., Bascarán, M. T. y Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207–218.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de La IV Reunión Interregional de Psiquiatría*.
- Bobes, Julio, Bascarán, M. T., Bobes Mascarán, M. T., Carballo, J. L. J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P., Sáiz, P. A., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L. J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P. y Sáiz, P. A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*.
- Boletín Oficial del Estado (2003). Ley orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.  
<https://www.boe.es/boe/dias/2003/11/26/pdfs/A41842-41875.pdf>

- Boletín Oficial del Estado (2004). Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Borg, W. R., Gall, J. O. y Gall, M. D. (1993). *Applying educational research: A practical guide*. (3rd ed.). Longman.
- Brady K.T., McCauley J.L., Back S.E. (2015) The Comorbidity of Post-Traumatic-Stress Disorder (PTSD) and Substance Use Disorders. En: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Springer, Milano [https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9\\_92](https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_92)
- Brems, C., Johnson, M. E., Neal, D. y Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 799–821. <https://doi.org/10.1081/ADA-200037546>
- Brodsky, B. S. y Stanley, B. (2001). Developmental effects on suicidal behavior: The role of abuse in childhood. *Clinical Neuroscience Research*, 1(5), 331–336. [https://doi.org/10.1016/S1566-2772\(01\)00034-2](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00034-2)
- Buckingham, E. T. y Daniolos, P. (2013). Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 342. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0342-3>
- Caldwell, J. E., Swan, S. C. y Woodbrown, V. D. (2012). Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychology of Violence*, 2(1), 42–57. <https://doi.org/10.1037/a0026296>
- Campbell, J. A., Walker, R. J. y Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. TEA.
- Carlson, B. E. (2005). The most important things learned about violence and trauma in the past 20 years. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(1), 119–126. <https://doi.org/10.1177/0886260504268603>
- Chen, G. y Gueta, K. (2016). Childhood abuse and drug addiction among israeli male inmates. *The Prison Journal*, 96(5), 709–730. <https://doi.org/10.1177/0032885516662637>
- Chermack, S. T. y Giancola, P. R. (1997). The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clinical Psychology Review*, 17(6), 621–649. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00038-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00038-X)
- Chilcoat, H. D. y Breslau, N. (1998). Investigations of causal pathways

- between PTSD and drug use disorders. *Addictive Behaviors*, 23, 827–840. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(98\)00069-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(98)00069-0)
- Clark, H. W., Masson, C. L., Delucchi, K. L., Hall, S. M. y Sees, K. L. (2001). Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(2), 121–127. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00156-2)
- Cloitre, M., Scarvalone, P. y Difede, J. A. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10(3), 437–452.
- Coffey, S.F., Schumacher, J. ., Nosen, E., Littlefield, A. K., Henslee, A. M., Lappen, A. y Stasiewicz, P. R. (2016). Trauma-focused exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder in alcohol and drug dependent patients: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(7), 778–790. <https://doi.org/10.1037/adb0000201>
- Coffey, Scott F., Stasiewicz, P. R., Hughes, P. M. y Brimo, M. L. (2006). Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 425–435. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.425>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. R., Menon, S. V., Shorey, R. C., Le, V. D. y Temple, J. R. (2017). The distal consequences of physical and emotional neglect in emerging adults: A person-centered, multi-wave, longitudinal study. *Child Abuse and Neglect*, 63, 151–161. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.030>
- Crespo, M. y Gómez, M. del M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP) Posttraumatic Stress Assessment : Introducing the Global Assessment of Posttraumatic Stress. *Clínica y Salud*, 23, 25-41. <https://doi.org/10.5093/cl2012a4>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A. y Stevens, A. L. (2008). Parent–child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 15–21. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.15>
- Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., Casas, M. y Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research*, 229(3), 743–749. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>
- Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Dangelmaier, R. E., Resnick, H. S., Saunders, B. E. y Kilpatrick, D. G. (2009a). Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. *Addictive*

*Behaviors*, 34(4), 395–399.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.11.009>

- Danielson, C. K., Amstadter, A. B., Dangelmaier, R. E., Resnick, H. S., Saunders, B. E. y Kilpatrick, D. G. (2009b). Does typography of substance abuse and dependence differ as a function of exposure to child maltreatment? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 18(4), 323–342. <https://doi.org/10.1080/10678280902973310>
- Darke, S., Campbell, G. y Popple, G. (2012). Self-harm and attempted suicide among therapeutic community admissions. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 523–528. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00344.x>
- Darke, S. y Torok, M. (2013a). Childhood physical abuse, non-suicidal self-harm and attempted suicide amongst regular injecting drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 420–426. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.06.026>
- Darke, S. y Torok, M. (2013b). The association of childhood physical abuse with the onset and extent of drug use among regular injecting drug users. *Addiction*, 109(4), 610–616. <https://doi.org/10.1111/add.12428>
- Darke, S., Torok, M., Kaye, S. y Ross, J. (2010). Attempted suicide, self-harm, and violent victimization among regular illicit drug users. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40(6), 587–596. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.6.587>
- Davis, J. P., Dworkin, E. R., Helton, J., Prindle, J., Patel, S., Dumas, T. M. y Miller, S. (2019). Extending poly-victimization theory: Differential effects of adolescents' experiences of victimization on substance use disorder diagnoses upon treatment entry. *Child Abuse and Neglect*, 89(January), 165–177. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.01.009>
- Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C.-I. y Kelly, P. J. (2012). Predicting Dropout in the First 3 Months of 12-Step Residential Drug and Alcohol Treatment in an Australian Sample. *Journal Of Studies On Alcohol And Drugs*, 73(2), 216–225. <https://doi.org/10.15288/jsad.2012.73.216>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2019). Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta EDADES 2017. <https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf#page=27&zoom=100,0,0>
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research.
- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., Brady, K., Poling, J., Farrer, L. y Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.004>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. y Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the

risk of attempted suicide throughout the life span findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*, 286(24), 3089–3096.  
<https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. y 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)
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M. y Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>
- Dunn, E. C., Soare, T. W., Zhu, Y., Simpkin, A. J., Suderman, M. J., Klengel, T., Smith, A. D. A. C., Ressler, K. J. y Relton, C. L. (2019). Sensitive periods for the effect of childhood adversity on DNA methylation: Results from a prospective, longitudinal study. *Biological Psychiatry*, 85(10), 838–849. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.12.023>
- Easton, C. J., Swan, S. y Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 23–28. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(99\)00019-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(99)00019-7)
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325–340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627–654.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2019). Memoria traumática: estrategias de afrontamiento adaptativas e inadaptativas. *Terapia Psicológica*, 37(1), 71–80. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082019000100071>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-tello, F. P., Muñoz, J. M., Forense, P., Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111–128.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. In *Manual de violencia familiar* (pp. 11–69). Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En



- Manual de violencia familiar* (pp. 73–175). Siglo XXI de España.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?* Ediciones Pirámide.
- Elliott, J. C., Stohl, M., Wall, M. M., Keyes, K. M., Goodwin, R. D., Skodol, A. E., Krueger, R. F., Grant, B. F. y Hasin, D. S. (2014). The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: The role of childhood maltreatment. *Addiction, 109*(5), 842–850. <https://doi.org/10.1111/add.12477>
- Etxebarria, I. (2000). Guilt: An emotion under suspicion. *Psicothema, 12*(1), 101–108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2008695>
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A. y Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 16*, 161–162.
- Farley, M., Golding, J. M., Young, G., Mulligan, M. y Minkoff, J. R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*(2), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.06.006>
- Fernandez-Montalvo, J. y López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory, 18*(4), 433–441. <https://doi.org/10.3109/16066350903324826>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Arteaga, A. (2015). Psychological, physical, and sexual abuse in addicted patients who undergo treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 30*(8), 1279–1298. <https://doi.org/10.1177/0886260514539843>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Cacho, R. y Azanza, P. (2017). Therapeutic progression in abused women following a drug-addiction treatment program. *Journal of Interpersonal Violence, 32*(13), 2046–2056. <https://doi.org/10.1177/0886260515591980>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A. y Haro, B. (2019). Suicidal ideation and attempts among patients with lifetime physical and/or sexual abuse in treatment for substance use disorders. *Addiction Research & Theory, 27*(3), 204–209. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1485891>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P. y Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *The American Journal on Addictions, 23*, 399–406. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2014.12117.x>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N. y Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse, 43*(10), 1362–1377. <https://doi.org/10.1080/10826080801922231>

- Fidalgo, A. M. y Piñuel, I. (2004). Cisneros scale to assess psychological harassment or mobbing at work. *Psicothema*, 16, 615–624.
- Filipas, H. H. y Ullman, S. E. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(5), 652–672. <https://doi.org/10.1177/0886260506286879>
- Flaherty, E. G., Thompson, R., Dubowitz, H., Harvey, E. M., English, D. J., Proctor, L. J. y Runyan, D. K. (2013). Adverse childhood experiences and child health in early adolescence. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 622–629. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.22>
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Foa, E. B., Yusko, D. A., McLean, C. P., Suvak, M. K., Bux, D. A., Oslin, D., O'Brien, C. P., Imms, P., Riggs, D. S. y Volpicelli, J. (2013). Concurrent naltrexone and prolonged exposure therapy for patients with comorbid alcohol dependence and PTSD: A randomized clinical trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310(5), 488–495. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8268>
- Foa, E., Riggs, D., Dancu, C. y Rothbaum, B. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Gault-Sherman, M., Silver, E. y Sigfúsdóttir, I. D. (2009). Gender and the associated impairments of childhood sexual abuse: A national study of Icelandic youth. *Social Science and Medicine*, 69(10), 1515–1522. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.037>
- Gavari, E. (2008). Algunas reflexiones acerca de la evolución del consumo de drogas en España. En *Implicaciones educativas de las drogodependencias. Prevención y tratamiento* (pp. 17–26). Centro de Estudios Ramón Areces.
- Gilbert, L., El-Bassel, N., Manuel, J., Wu, E., Go, H., Golder, S., Seewald, R. y Sanders, G. (2006). An integrated relapse prevention and relationship safety intervention. *Violence and Victims*, 21(5), 657–672.
- Gómez-Bengochea, B. (2009). *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia*. R. B. Servicios Editoriales, S.L.
- González de Rivera, J. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. TEA.
- Griffin, M. G., Resick, P. A. y Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1081–1088. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1081>
- Grundmann, J., Lincoln, T. M., Lüdecke, D., Bong, S., Schulte, B., Verthein, U. y Schäfer, I. (2018). Traumatic experiences, revictimization and posttraumatic stress disorder in german inpatients treated for alcohol dependence. *Substance Use and Misuse*, 53(4), 677–685.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1361997>

- Gutiérrez, C., Botero, D. P., Coronel, E. y Pérez, A. (2009). Revisión teórica del concepto de victimización secundaria. *Liberabit*, 15(1), 49–58.
- Haller, M. y Chassin, L. (2014). Risk pathways among traumatic stress, posttraumatic stress disorder symptoms, and alcohol and drug problems: A test of four hypotheses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(3), 841–851. <https://doi.org/10.1037/a0035878>
- Hammersley, R., Dalgarno, P., McCollum, S., Reid, M., Strike, Y., Smith, A., Wallace, J., Smart, A., Jack, M., Thompson, A. y Liddell, D. (2016). Trauma in the childhood stories of people who have injected drugs. *Addiction Research & Theory*, 24(2), 135–151. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1093120>
- Hegarty, K., Sheehan, M. y Schonfeld, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the composite abuse scale. *Journal of Family Violence*, 14(4), 399–415. <https://doi.org/10.1023/A:1022834215681>
- Hien, D. A., Lopez-Castro, T., Papini, S., Gorman, B. y Ruglass, L. M. (2017). Emotion dysregulation moderates the effect of cognitive behavior therapy with prolonged exposure for co-occurring PTSD and substance use disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 52(February), 53–61. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.10.003>
- Hien, D. A., Smith, K. Z., Owens, M., López-Castro, T., Ruglass, L. M. y Papini, S. (2018). Lagged effects of substance use on PTSD severity in a randomized controlled trial with modified prolonged exposure and relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(10), 810–819. <https://doi.org/10.1037/ccp0000345>
- Hildebrand, A., Behrendt, S. y Hoyer, J. (2015). Treatment outcome in substance use disorder patients with and without comorbid posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Psychotherapy Research*, 25(5), 565–582. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.923125>
- Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral*. Paidós.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hung, C. L. G., Caine, E. D., Fan, H. F., Huang, M. C. y Chen, Y. Y. (2013). Predicting suicide attempts among treatment-seeking male alcoholics: An exploratory study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(4), 429–438. <https://doi.org/10.1111/sltb.12028>
- Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., Krasowska, A., Kopera, M., Sławińska-Ceran, A., Brower, K. J., Wojnar, M., Sławińska-Ceran, A., Brower, K. J. y Wojnar, M. (2014). History of sexual abuse and suicide attempts in alcohol-dependent patients. *Child Abuse and Neglect*, 38(9), 1560–

1568. <https://doi.org/10.1038/nbt.3121>.ChIP-nexus

- Jakubczyk, Andrzej, Klimkiewicz, A., Mika, K., Bugaj, M., Konopa, A., Podgórska, A., Brower, K. J. y Wojnar, M. (2014). Psychosocial predictors of impulsivity in alcohol-dependent patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(1), 43–47. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827aaf9d>.Psychosocial
- Jansson, K. (2007). *British Crime Survey. Measuring crime for 25 years* (p. 33). Home Office. <https://doi.org/10.3141/2312-13>
- Jarnecke, A. M., Allan, N. P., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Killeen, T. K. y Back, S. E. (2019). Substance Use Disorders and PTSD: Examining Substance Use, PTSD Symptoms, and Dropout Following Imaginal Exposure. *Addictive Behaviors*, 90, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.020>.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M., Jama, P. N. y Puren, A. (2010). Associations between childhood adversity and depression, substance abuse and HIV and HSV2 incident infections in rural South African youth. *Child Abuse and Neglect*, 34(11), 833–841. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.05.002>
- o, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
- Khosravani, V., Ardestani, S. M. S., Bastan, F. S., Mohammadzadeh, A. y Amirinezhad, A. (2019). Childhood maltreatment, cognitive emotion regulation strategies, and alcohol craving and dependence in alcohol-dependent males: Direct and indirect pathways. *Child Abuse and Neglect*, 98(September), 104197. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104197>
- Kingston, S. y Raghavan, C. (2009). The relationship of sexual abuse, early initiation of substance use, and adolescent trauma to PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 22(1), 65–68. <https://doi.org/10.1002/jts.20381>
- Klanecky, A. K., Harrington, J. y McChargue, D. E. (2008). Child sexual abuse, dissociation, and alcohol: Implications of chemical dissociation via blackouts among college women. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(3), 277–284. <https://doi.org/10.1080/00952990802013441>
- Kok, T., de Haan, H., van der Meer, M., Najavits, L. y de Jong, C. (2015). Assessing traumatic experiences in screening for PTSD in substance use disorder patients: What is the gain in addition to PTSD symptoms?

*Psychiatry Research*, 226(1), 328–332.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.014>

- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208–210.
- Konkolý-Thege, B., Horwood, L., Slater, L., Tan, M. C., Hodgins, D. C. y Wild, T. C. (2017). Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1323-1>
- Kopak, A. M., Combs, E., Goodman, K. y Hoffmann, N. G. (2019). Exposure to violence and substance use treatment outcomes among female patients. *Substance Use & Misuse*, 54(3), 362–372.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1491050>
- Kramer, M. D., Polusny, M. A., Arbisi, P. A. y Krueger, R. F. (2014). Comorbidity of PTSD and SUDs: Toward an etiologic understanding. In P. Ouimette & J. P. Read (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (2nd ed., pp. 53–75). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/14273-004>
- Kristman-Valente, A. y Wells, E. A. (2013). The role of gender in the association between child maltreatment and substance use behavior: A systematic review of longitudinal research from 1995 to 2011. *Substance Use and Misuse*, 48(8), 645–660.  
<https://doi.org/10.3109/10826084.2013.800115>
- Lancaster, C. L., Gros, D. F., Mullarkey, M. C., Badour, C. L., Killeen, T. K., Brady, K. T. y Back, S. E. (2019). Does trauma-focused exposure therapy exacerbate symptoms among patients with comorbid PTSD and substance use disorders? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S1352465819000304>
- Langeland, W., Draijer, N. y Van den Brink, W. (2002). Trauma and dissociation in treatment-seeking alcoholics: Towards a resolution of inconsistent findings. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 195–203.  
<https://doi.org/10.1053/comp.2002.32350>
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (2009). Does physical abuse in early childhood predict substance use in adolescence and early adulthood? *Child Maltreatment*, 15(2), 190–194.  
<https://doi.org/10.1177/1077559509352359>
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A. y Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197–207.
- Lee, V. y Hoaken, P. N. S. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreatment*, 12(3), 281–298.  
<https://doi.org/10.1177/1077559507303778>
- López-Goñi, José J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A. y Haro, B. (2018).

- Suicidal ideation and attempts in patients who seek treatment for substance use disorder. *Psychiatry Research*, 269, 542–548.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.100>
- López-Goñi, José Javier, Fernández-Montalvo, J., Menéndez, J. C., Yudego, F., García, A. R. y Esarte, S. (2010). Group and individual change in the treatment of drug addictions: A follow-up study in therapeutic communities. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 906–913.  
<https://doi.org/10.1017/S1138741600002559>
- Lotzin, A., Grundmann, J., Hiller, P., Pawils, S. y Schäfer, I. (2019). Profiles of Childhood Trauma in Women With Substance Use Disorders and Comorbid Posttraumatic Stress Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 10(October), 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00674>
- Lotzin, A., Haupt, L., von Schönfels, J., Wingenfeld, K. y Schäfer, I. (2016). Profiles of Childhood Trauma in Patients with Alcohol Dependence and Their Associations with Addiction-Related Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(3), 543–552.  
<https://doi.org/10.1111/acer.12990>
- Manzanero, A. L. y Recio, M. (2012). El recuerdo de hechos traumáticos: exactitud, tipos y características. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 19–25. <https://doi.org/10.4321/S1135-76062012000100003>
- Martinotti, G., Carli, V., Tedeschi, D., Di Giannantonio, M., Roy, A., Janiri, L. y Sarchiapone, M. (2009). Mono- and polysubstance dependent subjects differ on social factors, childhood trauma, personality, suicidal behaviour, and comorbid Axis I diagnoses. *Addictive Behaviors*, 34(9), 790–793. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.04.012>
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D’Alessio, A. C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., Turecki, G. y Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12(3), 342–348.  
<https://doi.org/10.1038/nn.2270>
- McKellar, J., Kelly, J., Harris, A. y Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 31(3), 450–460.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.024>
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O’Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168(1), 26–33. <https://doi.org/10.1097/00005053-198001000-00006>
- Mergler, M., Driessen, M., Ludecke, C., Ohlmeier, M., Chodzinski, C., Weirich, S., Schlafke, D., Wedekind, D., Havemann-Reinecke, U., Renner, W. y Schafer, I. (2017). Relationships between a Dissociative Subtype of PTSD and Clinical Characteristics in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(3), 225–232.  
<https://doi.org/10.1080/02791072.2017.1296209>
- Mesa-Gresa, P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil:

el "ciclo de la violencia." *Revista de Neurología*, 52(8), 489–503.

- Mesman, J., Branger, M., Woudstra, M. I., Emmen, R., Asanjarani, F., Carcamo, R., Hsiao, C., Mels, C., Selcuk, B., Soares, I., van Ginkel, J., Wang, L., Yavuz, M. y Alink, L. (2020). Crossing boundaries: A pilot study of maternal attitudes about child maltreatment in nine countries. *Child Abuse and Neglect*, 99(April 2019), 104257. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104257>
- Messina, N., Calhoun, S. y Warda, U. (2012). Gender-responsive drug court treatment: A randomized controlled trial. *Criminal Justice and Behavior*, 39(12), 1539–1558. <https://doi.org/10.1177/0093854812453913>
- Millon, T. (2004). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III)*. TEA.
- Mills, K. L., Brady, K. T., Baker, A. L., Hopwood, S., Clin, M., Sannibale, C., Barrett, E. L., Merz, S., Rosenfeld, J., Clin, M., Ewer, P. L. y Hons, B. (2012). Integrated exposure-based therapy for co-occurring posttraumatic stress disorder. *JAMA*, 308(7), 690–699.
- Mills, K. L., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T. y Teesson, M. (2018). The long-term impact of post traumatic stress disorder on recovery from heroin dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 89(April), 60–66. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.04.001>
- Min, M., Farkas, K., Minnes, S. y Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 833–844. <https://doi.org/10.1002/jts.20250>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Maltrato Infantil: Detección, notificación y registro de casos*. Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones. <http://www.mtas.es/inicioas/observatoriodeinfancia/documentos/HojasDeteccion.pdf>
- Monks, C., Ortega, R. y Rodríguez, A. J. (2010). Sociedades pluriculturales y violencia escolar racista. En *Agresividad injustificada, "bullying" y violencia escolar* (pp. 233–248). Alianza Editorial.
- Mooney, J. (1993). *The hidden figure: Domestic violence in north London. The findings of a survey conducted on domestic violence in the north London Borough of Islington*. Centre for Criminology, Middlesex University.
- Mora-Merchán, J., Ortega, R., Calmaestra, J. y Smith, P. K. (2010). El uso violento de la tecnología: el cyberbullying. En *Agresividad injustificada, "bullying" y violencia escolar* (pp. 189–206). Alianza Editorial.
- Morales Vallejo, P. (2013). *El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias* (pp. 1–28). Universidad Pontificia de Comillas. <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/TamañoDelEfecto.pdf>
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B. y Najavits, L. M. (2005). Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed

- Interventions for Women With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*, 56(10), 1213–1222.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1213>
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M. y Ajdacic-Gross, V. (2015). Posttraumatic stress avoidance symptoms as mediators in the development of alcohol use disorders after exposure to childhood sexual abuse in a Swiss community sample. *Child Abuse and Neglect*, 46, 8–15.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.006>
- Najavits, L. M., Krinsley, K., Waring, M. E., Gallagher, M. W. y Skidmore, C. (2018). A randomized controlled trial for veterans with PTSD and substance use disorder: Creating change versus seeking safety. *Substance Use and Misuse*, 53(11), 1788–1800.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1432653>
- Najavits, L. M. y Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: an empirical study. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(1), 115–126. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.608781>
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R. y Muenz, L. R. (1998). "Seeking Safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437–456.  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1023/A:1024496427434/pdf>
- Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S. y Stein, M. B. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40(1), 1–21.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2005.07.005>
- Norman, S. B., Tate, S. R., Anderson, K. G. y Brown, S. A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 89–96.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.03.002>
- O'Leary, K. D. y Curley, A. D. (1986). Assertion and family violence: Correlates of spouse abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(3), 281–289. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb00654.x>
- Oberleitner, L. M., Smith, P. H., Weinberger, A. H., Mazure, C. M. y McKnee, S. A. (2015). Impact of exposure to childhood maltreatment on transitions to alcohol dependence in women and men. *Child Maltreatment*, 20(4), 301–308.  
<https://doi.org/10.1177/1077559515591270>
- Olaya, B., Alonso, J., Atwoli, L., Kessler, R. C., Vilagut, G. y Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(2), 172–183.  
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y



adolescentes. Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual (OPS ed.). <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/en/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2016a). Maltrato infantil. Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2016b). Maltrato de las personas mayores. Centro de Prensa. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
- Ortega-Rivera, J., Sánchez, V. y Ortega, R. (2010). Violencia sexual y cortejo juvenil. En *Agresividad injustificada, "bullying" y violencia escolar* (pp. 211–229). Alianza Editorial.
- Ortega-Ruiz, R., Ortega-Rivera, J. y Sánchez, V. (2008). Sexual harassment among peers and adolescent dating violence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 63–72. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-54349109828&partnerID=40&md5=d908e2b8e292c172f0b89568fabae96>
- Oshri, A., Rogosch, F. A., Burnette, M. L. y Cicchetti, D. (2011). Developmental pathways to adolescent cannabis abuse and dependence: Child maltreatment, emerging personality, and internalizing versus externalizing psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(4), 634–644. <https://doi.org/10.1037/a0023151>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.3>
- Parisi, A., Jordan, B., Jensen, T., Howard, M. O., Parisi, A., Jordan, B., Jensen, T., The, M. O. H., Parisi, A., Jordan, B., Jensen, T., Howard, M. O. y Msw, A. (2020). The impact of sexual victimization on substance use disorder treatment completion : A systematic review and meta-analysis completion : A systematic review and meta-analysis. *Substance Abuse*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1748168>
- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G. y Arch, M. (2015). Victimization sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 328–334. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.003>
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Camargo, A. y Forero, D. A. (2017). Substance use and suicide risk in a sample of young Colombian adults: An exploration of psychosocial factors. *American Journal on Addictions*,

26(4), 388–394. <https://doi.org/10.1111/ajad.12552>

Pérez-Testor, C., Davins, M., Castillo, J. A. y Salamero, M. (2009). Violencia en la pareja. En *Violencia intrafamiliar. Hacia unas relaciones familiares sin violencia*. (pp. 133–152). R. B. Servicios Editoriales, S.L.

Pirard, S., Sharon, E., Kang, S. K., Angarita, G. A. y Gastfriend, D. R. (2005). Prevalence of physical and sexual abuse among substance abuse patients and impact on treatment outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(1), 57–64.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.09.005>

Potthast, N., Neuner, F. y Catani, C. (2014). The contribution of emotional maltreatment to alcohol dependence in a treatment-seeking sample. *Addictive Behaviors*, 39(5), 949–958.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.015>

Proctor, L. J. y Dubowitz, H. (2014). Child neglect: challenges and controversies. En J. E. Korbin y R. D. Krugman (Eds.), *Handbook of child maltreatment* (pp. 22–61). Springer.

Proctor, L. J., Lewis, T., Roesch, S., Thompson, R., Litrownik, A. J., English, D., Arria, A. M., Isbell, P. y Dubowitz, H. (2017). Child maltreatment and age of alcohol and marijuana initiation in high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 75(May), 64–69.  
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.06.021>

Quinn, K., Boone, L., Scheidell, J. D., Mateu-Gelabert, P., McGorray, S. P., Beharie, N., Cottler, L. B. y Khan, M. R. (2016). The relationships of childhood trauma and adulthood prescription pain reliever misuse and injection drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 169(1), 190–198.  
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.09.021>

Rahim, M. (2014). Developmental trauma disorder: An attachment-based perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 548–560.  
<https://doi.org/10.1177/1359104514534947>

Resnick, H. (1996). Psychometric review of National Women's Study (NWS) Event History–PTSD Module. En *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 214–217). Lutherville, MD: Sidran Press.

Rivera, I. y Cano, F. (2008). *Privación de libertad y Derechos Humanos*. Icaria Editorial.

Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N. y Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 25–38.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>

Robles, M. E., Badosa, J. M., Pina, A. B. y Freixas, G. (2008). La evaluación del estrés y del trauma: Presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Apuntes de Psicología*, 26(3), 243–255.  
<https://doi.org/10.1007/s10608-007-9149-7>

Rosenkranz, S. E., Henderson, J. L., Muller, R. T. y Goodman, I. R. (2012). Motivation and maltreatment history among youth entering substance

- abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(1), 171–177.  
<https://doi.org/10.1037/a0023800>
- Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. y Henderson, J. L. (2014). The role of complex PTSD in mediating childhood maltreatment and substance abuse severity among youth seeking substance abuse treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 25–33. <https://doi.org/10.1037/a0031920>
- Rothman, E. F., Edwards, E. M., Heeren, T. y Hingson, R. W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: Results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2), e298–304. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-3412>
- Roy, A. (2001). Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1215–1219.
- Roy, A. (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: Replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 267–271. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00173-8)
- Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E. y Hien, D. A. (2017). Concurrent treatment with prolonged exposure for co-occurring full or subthreshold posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 150–161. <https://doi.org/10.1159/000462977>
- Ruglass, L. M., Shevorykin, A., Brezing, C., Hu, M. C. y Hien, D. A. (2017). Demographic and clinical characteristics of treatment seeking women with full and subthreshold PTSD and concurrent cannabis and cocaine use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 80, 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.06.007>
- Salmivalli, C. y Peets, K. (2010). Bullying en la escuela: un fenómeno grupal. En *Agresividad injustificada, "bullying" y violencia escolar* (pp. 81–127). Alianza Editorial.
- Sannibale, C., Teesson, M., Creamer, M., Sitharthan, T., Bryant, R. A., Sutherland, K., Taylor, K., Bostock-Matusko, D., Visser, A. y Peek-O'Leary, M. (2013). Randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol use disorders. *Addiction*, 108(8), 1397–1410. <https://doi.org/10.1111/add.12167>
- Schacht, R. L., Brooner, R. K., King, V. L., Kidorf, M. S. y Peirce, J. M. (2017). Incentivizing attendance to prolonged exposure for PTSD with opioid use disorder patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 689–701. <https://doi.org/10.1037/ccp0000208> LK -
- Schäfer, I. y Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(6), 614–618. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f0ffd9>
- Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C.

- y Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 539–545. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.013>
- Schmid, M., Petermann, F. y Fegert, J. M. (2013). Developmental trauma disorder: Pros and cons of including formal criteria in the psychiatric diagnostic systems. *BMC Psychiatry*, 13(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-3>
- Schneider, R., Cronkite, R. y Timko, C. (2008). Lifetime physical and sexual abuse and substance use treatment outcomes in men. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(4), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.01.001>
- Simpson, T. L., Lehavot, K. y Petrakis, I. L. (2017). No wrong doors: Findings from a critical review of behavioral randomized clinical trials for individuals with co-occurring alcohol/drug problems and posttraumatic stress disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(4), 681–702. <https://doi.org/10.1111/acer.13325>
- Smith, K. Z., Smith, P. H. y Grekin, E. R. (2014). Childhood sexual abuse, distress, and alcohol-related problems: Moderation by drinking to cope. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 532–537. <https://doi.org/10.1037/a0035381>
- Smith, P. K., Mahdavi, J., Carvalho, M., Fisher, S., Russell, S. y Tippett, N. (2008). Cyberbullying: Its nature and impact in secondary school pupils. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(4), 376–385. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01846.x>
- Solanke, B. L. (2018). Does exposure to interparental violence increase women's risk of intimate partner violence? Evidence from Nigeria demographic and health survey. *BMC International Health and Human Rights*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12914-018-0143-9>
- Somer, E., Altus, L. y Ginzburg, K. (2010). Dissociative psychopathology among opioid use disorder patients: Exploring the "chemical dissociation" hypothesis. *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.09.007>
- Špirić, Ž., Opačić, G., Jović, V. y Samardžić, R. (2010). Polne razlike kod žrtava ratne torture s obzirom na vrste mučenja i psihološke posledice (Gender differences in victims of war torture: Types of torture and psychological consequences). *Vojnosanit Pregled*, 67(5), 411–418. <https://doi.org/10.2298/VSP1005411S>
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., He, Y., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Matschinger, H., Mneimneh, Z., Nakamura, Y., Ormel, J., ... Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the who world mental health surveys. *PLoS ONE*, 5(5), e10574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>

- Stein, M. D., Conti, M. T., Kenney, S., Anderson, B. J., Flori, J. N., Risi, M. M. y Bailey, G. L. (2017). Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 179(August), 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.007>
- Stevens, A., Berto, D., Frick, U., Kersch, V., McSweeney, T., Schaaf, S., Tartari, M., Turnbull, P., Trinkl, B., Uchtenhagen, A., Waidner, G. y Werdenich, W. (2007). The victimization of dependent drug users: Findings from a european study. *European Journal of Criminology*, 4(4), 385–408. <https://doi.org/10.1177/1477370807080719>
- Stevens, N. R., Gerhart, J., Goldsmith, R. E., Heath, N. M., Chesney, S. A. y Hobfoll, S. E. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 44(1), 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.09.003>
- Stewart, S H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83–112. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.120.1.83>
- Stewart, Sherry H y Conrod, P. J. (2003). Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders*. (pp. 29–55). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10460-002>
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. U. E. y Sugarman, D. B. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316. <https://doi.org/10.1177/019251396017003001>
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J. y Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518–532. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.25.3.518>
- Sullivan, T. P., Cavanaugh, C. E. y Buckner, J. D. (2009). Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 575–584. <https://doi.org/10.1002/jts>
- Sullivan, T. P., Weiss, N. H., Price, C., Pugh, N. y Hansen, N. B. (2017). Strategies for coping with individual PTSD symptoms: experiences of African American victims of intimate partner violence. *Psychological Trauma*, 10(3), 336–344. <https://doi.org/10.1037/tra0000283>
- Swopes, R. M., Davis, J. L. y Scholl, J. A. (2015). Treating substance abuse and trauma symptoms in incarcerated women. *Journal of Interpersonal*

*Violence*, 32(7), 1143–1165.  
<https://doi.org/10.1177/0886260515587668>

- Tamar-Gurol, D., Sar, V., Karadag, F., Evren, C. y Karagoz, M. (2008). Childhood emotional abuse, dissociation, and suicidality among patients with drug dependency in Turkey. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 540–547. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01847.x>
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K. y Polcari, A. (2014). Childhood Maltreatment: Altered Network Centrality of Cingulate, Precuneus, Temporal Pole and Insula. *Biological Psychiatry*, 76(1), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.09.016>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L. y Torrens, M. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3), 168–178. <https://doi.org/10.20882/adicciones.703>
- Tolman, R. M. (1999). The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence and Victims*, 14(1), 25–37.
- Torchalla, I., Nosen, L., Rostam, H. y Allen, P. (2012). Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 65–77. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.09.001>
- Trout, Z. M., Hernandez, E. M., Kleiman, E. M. y Liu, R. T. (2017). Prospective prediction of first lifetime suicide attempts in a multi-site study of substance users. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.020>
- Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Aguilar.
- Ullman, S. E., Filipas, H. H., Townsend, S. M. y Starzynski, L. L. (2005). Trauma exposure, posttraumatic stress disorder and problem drinking in sexual assault survivors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(5), 610–619. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.610>
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J. y Filipas, H. H. (2009). Child sexual abuse, post-traumatic stress disorder, and substance use: Predictors of revictimization in adult sexual assault survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(4), 367–385. <https://doi.org/10.1080/10538710903035263>
- Ullman, S. E., Relyea, M., Peter-hagene, L. y Vasquez, A. L. (2013). Trauma histories, substance use coping, PTSD, and problem substance use among sexual assault victims. *Addictive Behaviors*, 38(6), 2219–2223. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.027>
- Ullman, S. E. y Sigurvinsdottir, R. (2015). Intimate partner violence and drinking among victims of adult sexual assault. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24(2), 117–130. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.996312>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *Crime and criminal justice statistics*. UNODC's Website.

<http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/crime.html>

- van Dam, D., Vedel, E., Ehring, T. y Emmelkamp, P. M. G. (2012). Psychological treatments for concurrent posttraumatic stress disorder and substance use disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(3), 202–214. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.004>
- VanDam, D., Ehring, T., Vedel, E. y Emmelkamp, P. (2013). Trauma-focused treatment for posttraumatic stress disorder combined with CBT for severe substance use disorder: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 13*(172), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-172>
- Vaszari, J. M., Bradford, S., Callahan O’Leary, C., Ben Abdallah, A. y Cottler, L. B. (2011). Risk factors for suicidal ideation in a population of community-recruited female cocaine users. *Comprehensive Psychiatry, 52*(3), 238–246. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.003>
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX*.
- Weisæth, L. (1998). Vulnerability and protective factors for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52*(1), 39–44. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5083.x>
- Weiss, D. S. y Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale Revised. In *Assessing psychological trauma and PTSD*. (pp. 399–411). Guilford Press.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D. y Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and Alcohol Dependence, 128*(1–2), 45–51. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.07.017>
- White, H. R. y Widom, C. S. (2008). Three potential mediators of the effects of child abuse and neglect on adulthood substance use among women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 69*(3), 337–347. <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.337>
- Widom, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry, 156*(8), 1223–1229. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.8.1223>
- Widom, C. S., Marmorstein, N. R. y Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*(4), 394–403. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.394>
- Wiehe, V. R. (1998). *Understanding family violence. Treating and preventing partner, child, sibling, and elder abuse*. Sage Publications, Inc.
- Wilson, H. W. y Widom, C. S. (2009). A prospective examination of the path from child abuse and neglect to illicit drug use in middle adulthood: The

potential mediating role of four risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(3), 340–354. <https://doi.org/10.1007/s10964-008-9331-6>

- Wolff, N. y Shi, J. (2012). Childhood and adult trauma experiences of incarcerated persons and their relationship to adult behavioral health problems and treatment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(5), 1908–1926. <https://doi.org/10.3390/ijerph9051908>
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E. y Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
- Yuodelis-Flores, C. y Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *American Journal on Addictions*, 24(2), 98–104. <https://doi.org/10.1111/ajad.12185>
- Zandberg, L. J., Rosenfield, D., Alpert, E., Carmen P. McLean, P. y Foa, E. B. (2017). Predictors of dropout in concurrent treatment of posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Rate of improvement matters. *Behaviour Research and Therapy*, 80, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.02.005>
- Zaorska, J. y Jakubczyk, A. (2019). The prevalence and significance of childhood trauma in alcohol-dependent patients. *Alcoholism & Drug Addiction*, 32(2), 132–152.



# ANEXOS



## **ANEXO 1: European Addiction Severity Index (EuropASI)**



## **EuropASI** (Kokkevy y Hartgers, 1995)

### **Descripción**

El EuropASI es la versión europea del «Índice de gravedad de la adicción» (Addiction Severity Index, ASI; McLellan, Luborsky, O'Brein y Woody, 1980). Se trata de una entrevista clínica que valora la necesidad de tratamiento en 7 áreas diferentes:

- a) estado médico general,
- b) situación laboral y financiera;
- c) consumo de alcohol;
- d) consumo de otras drogas;
- e) problemas legales;
- f) relaciones familiares y sociales; y
- g) estado psicológico.

Cada escala está basada en la historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de las necesidades de tratamiento en cada área.

El rango de las escalas oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Esto es, a mayor puntuación, mayor gravedad de la adicción. A partir de 4 puntos se considera que el paciente necesita más ayuda en esa área concreta.

Además de esta valoración general recoge información relevante sobre cada una de las áreas anteriores.



## Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI)

INSTRUCCIONES	ESCALAS DE GRAVEDAD	SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE																																																																																																																																																																																																																																							
<p><b>1.</b> Cumplimentar totalmente. Cuando sea preciso utilizar:  <b>99 como X = pregunta no contestada</b>  <b>999 como N = pregunta no aplicable</b>                      Use un sólo carácter por ítem</p> <p><b>2.</b> Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas a identificar los ítems críticos.                      Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento</p> <p><b>3.</b> Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales</p> <p><b>A.</b> N.º de identific. <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>B.</b> TIPO DE TRATAMIENTO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Desintoxicación ambulatoria                      2. Desintoxicación hospitalaria                      3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio                      4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio                      5. Tratamiento libre de drogas hospitalario                      6. Centro de día                      7. Hospital psiquiátrico                      8. Otro hospital/servicio                      9. Otro:                      0. Sin tratamiento</p> <p><b>C.</b> FECHA DE ADMISIÓN: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>D.</b> FECHA DE LA ENTREVISTA: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>*E.</b> Hora de inicio: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p><b>*F.</b> Hora de fin: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p><b>G.</b> TIPO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ingreso                      2. Seguimiento</p> <p><b>H.</b> CÓDIGO DE CONTACTO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Personal                      2. Telefónico</p> <p><b>I.</b> SEXO: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Varón                      2. Mujer</p> <p><b>J.</b> CÓDIGO/NOMBRE DEL ENTREVISTADOR: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>K.</b> ESPECIAL: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Paciente finalizó la entrevista                      2. Paciente rehusó                      3. Paciente incapaz de responder</p>	<p style="text-align: center;"><b>ESCALAS DE GRAVEDAD</b></p> <p>Las escalas de severidad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital).                      Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de esta severidad consultar el manual</p> <p style="text-align: center;"><b>INFORMACIÓN GENERAL</b></p> <p><b>1.</b> LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: <input type="checkbox"/></p> <p>1. Ciudad grande (&gt; 100.000)                      2. Mediana (10-100.000)                      3. Pequeña (rural) (&lt; 10.000)</p> <p><b>2.</b> CÓDIGO DE LA CIUDAD: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>*3.</b> Desde cuándo vive usted en esa dirección <input style="width: 20px;" type="text"/> años <input style="width: 20px;" type="text"/> meses</p> <p><b>*4.</b> ¿Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia? <input type="checkbox"/></p> <p>0 = No    1 = Sí</p> <p><b>5.</b> EDAD <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p><b>6.</b> NACIONALIDAD <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>7.</b> PAÍS DE NACIMIENTO DEL ENTREVISTADO: <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Padre <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p>Madre <input style="width: 30px;" type="text"/></p> <p><b>8.</b> ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo? <input type="checkbox"/></p> <p>1. No                      2. Cárcel                      3. Tratamiento de alcohol o drogas                      4. Tratamiento médico                      5. Tratamiento psiquiátrico                      6. Únicamente desintoxicación                      7. Otro:</p> <p><b>9.</b> ¿Cuántos días? <input style="width: 30px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>SUMARIO DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE</b></p> <p>0. Ninguna                      1. Leve                      2. Moderado                      3. Considerable                      4. Extrema</p> <p style="text-align: center;">URL//: <a href="#">Manual de Consulta</a></p> <p>Nombre: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>1.er Apellido: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <p>2º Apellido: <input style="width: 80%;" type="text"/></p> <div style="background-color: #cccccc; width: 100px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>PROBLEMAS</b></td> <td>MÉDICO</td> <td>EMPLEO/SOPORTES</td> <td>ALCOHOL</td> <td>DROGAS</td> <td>LEGAL</td> <td>FAMILIAR/SOCIAL (Familiar) (Social)</td> <td>PSICOLÓGICO</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	9																					8																					7																					6																					5																					4																					3																					2																					1																					0																					<b>PROBLEMAS</b>	MÉDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIAR/SOCIAL (Familiar) (Social)	PSICOLÓGICO													
9																																																																																																																																																																																																																																									
8																																																																																																																																																																																																																																									
7																																																																																																																																																																																																																																									
6																																																																																																																																																																																																																																									
5																																																																																																																																																																																																																																									
4																																																																																																																																																																																																																																									
3																																																																																																																																																																																																																																									
2																																																																																																																																																																																																																																									
1																																																																																																																																																																																																																																									
0																																																																																																																																																																																																																																									
<b>PROBLEMAS</b>	MÉDICO	EMPLEO/SOPORTES	ALCOHOL	DROGAS	LEGAL	FAMILIAR/SOCIAL (Familiar) (Social)	PSICOLÓGICO																																																																																																																																																																																																																																		

\*Ítems opcionales.

SITUACIÓN MÉDICA		
1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas médicos? (incluir sobredosis, delirium trémens, excluir desintoxicaciones)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas médicos?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece algún problema médico crónico que continúa interfiriendo con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí:		
4. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Rehúsa contestar		
5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí 2. No lo sé 3. Rehúsa contestar		
<p>6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>7. ¿Cuál fue el último resultado del test? <input type="text"/> 999</p> <p>0. VIH -negativo 1. VIH -positivo 2. No lo sé 3. Rehúsa contestar</p> <p>8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema físico?</p> <p>0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez médica? (excluir invalidez psiquiátrica)</p> <p>0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas médicos en los últimos 6 meses?</p> <p>0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>11. ¿Cuántos días ha tenido problemas médicos en el último mes?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>		
<p>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p>		
<p>12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes? <input type="checkbox"/></p> <p>13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos? <input type="checkbox"/></p>		
<p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico? <input type="checkbox"/></p>		
<p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>15. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>16. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p>Comentarios</p> <p><input type="text"/></p>		
EMPLEO/SOPORTES		
1. Años de educación básica:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Grado académico superior obtenido:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular (ver el manual para definición)?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo?	<input type="text"/> años <input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/>
7. Ocupación habitual (o última):	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
(especificar detalladamente)		
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Tiempo completo 2. Tiempo parcial (horario regular) 3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal) 4. Estudiante 5. Servicio militar 6. Retirado/invalidez 7. Desempleado (incluir ama de casa) 8. En ambiente protegido		
9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?		
10. ¿Empleo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
11. ¿Paro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
12. ¿Ayuda social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
13. ¿Pensión o seguridad social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
14. ¿Compañeros, familiares o amigos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
15. ¿Ilegal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
16. ¿Prostitución?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
17. ¿Otras fuentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí		
18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Tiene deudas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0. No 1. Sí: <input type="text"/> € (cantidad)		
20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</p>		
22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</p> <p>24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo? <input type="checkbox"/></p>		
<p>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>25. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p> <p>26. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p>Comentarios</p> <p><input type="text"/></p>		



### USO DE ALCOHOL Y DROGAS

	Edad (inicio)	A lo largo de la vida	Último mes	Vía admon.*
1. Alcohol: cualquier dosis	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol: grandes cantidades	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
6. Benzodiacepinas/barbitúricos/ sedantes/hipnóticos	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
12. Otros	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia/día (ítems 2 a 12)	9 9 9	0 0	0 0	<input type="checkbox"/>

*Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.  
\*Vía de administración: 1= oral; 2 =nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV; 5 = inyección IV.*

**14.** ¿Alguna vez se ha inyectado?

0. No    1. Sí

**14A.** Edad en que se inyectó por primera vez (años). 999  
Se inyectó:

- A lo largo de la vida (años) 999

- En los últimos 6 meses (meses) 999

- En el último mes (días)

**14B.** Si se inyectó en los últimos 6 meses: 999

1. No compartió jeringuilla

2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros

3. A menudo compartió jeringuilla

**15.** ¿Cuántas veces ha tenido delirium trémens?:   
Sobredosis por drogas:

**16.** Tipo de servicios y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
2. Desintoxicación residencial	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
3. Tto. sustitutivo ambulatorio	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
4. Tto. libre de drogas ambulatorio	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
5. Tto. libre de drogas residencial	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
6. Centro de día	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
7. Hospital psiquiátrico	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
8. Otro hospital/servicio	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0
9. Otro tratamiento	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0	<input style="width: 20px;" type="text"/> 0 <input style="width: 20px;" type="text"/> 0

**17.** ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentes como consecuencia de uno de estos tratamientos?

Alcohol (meses)

Drogas (meses)

**18.** ¿Qué sustancia es el principal problema?

*Por favor utilice los códigos anteriores 0; 00 = no problemas; 15 = alcohol y otras drogas (adicción doble); 16 = politoxicómano. Cuando tenga dudas, pregunte al paciente*

**19.** ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses) (00 = nunca abstinentes):

**20.** ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia? (00 = todavía abstinentes) (meses):

**21.** ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en:

Alcohol?: (euros)

Drogas?: (euros)

**22.** ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes?

(Incluye grupos de autoayuda [AA], Narcóticos Anónimos del tipo Alcohólicos Anónimos [NA])

**23.** ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted

problemas relacionados con el alcohol? (días)

problemas con otras drogas? (días)

*PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN*

**24.** ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes

estos problemas relacionados con el alcohol?

problemas con otras drogas?

**25.** ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas

relacionados con el alcohol?

con otras drogas?

#### ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

**26.** ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para:

abuso de alcohol?

abuso de otras drogas?

#### PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

**27.** ¿Imagen distorsionada del paciente?

0. No    1. Sí

**28.** ¿La incapacidad para comprender del paciente?

0. No    1. Sí

Comentarios

### SITUACIÓN LEGAL

<p>1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.) <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">0. No    1. Sí</p> <p>2. ¿Está en libertad condicional? <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">0. No    1. Sí</p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>3. Posesión y tráfico de drogas? <input type="text"/></p> <p>4. Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados) <input type="text"/></p> <p>5. Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio) <input type="text"/></p> <p>6. Otros delitos? <input type="text"/></p> <p>7. ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas? <input type="text"/></p> <p>¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:</p> <p>8. Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública? <input type="text"/></p> <p>9. Prostitución? <input type="text"/></p> <p>10. Conducir embriagado? <input type="text"/></p> <p>11. Delitos de tráfico? (velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.) <input type="text"/></p>	<p>12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses) <input type="text"/></p> <p>13. ¿Cuánto tiempo duró su último período en la cárcel? (meses) <input type="text"/></p> <p>14. ¿Cuál fue la causa? (use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave) <input type="text"/></p> <p>15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia? <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">0. No    1. Sí</p> <p>16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave) <input type="text"/></p> <p>17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días) <input type="text"/></p> <p>18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días) <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><i>PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p> <p>19. ¿Cómo de serio piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles) <input type="checkbox"/></p>	<p>20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales? <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;"><b>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</b></p> <p>21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento? <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b></p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p> <p>22. ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">0. No    1. Sí</p> <p>23. ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">0. No    1. Sí</p> <p style="text-align: center;">Comentarios</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
--	---	---

### HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

	Rama materna			Rama paterna			Hermanos			
	Alcohol	Drogas	Psq	Alcohol	Drogas	Psq	Alcohol	Drogas	Psq	
Abuela	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hermano 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abuelo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hermano 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hermana 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tía	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hermana 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tío	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hermanastro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otro impte.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, «1» cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, «X» cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea no sé**, y «N» cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría. **En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.**

### RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

**1.** Estado civil:

1. Casado
2. Casado en 2.ª nupcias
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Soltero

**2.** ¿Hace cuánto tiempo tiene este estado civil?  años  meses

**3.** ¿Está satisfecho con esa situación?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

**4.** Convivencia habitual (en los últimos 3 años)

1. Pareja e hijos
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Familia
6. Amigos
7. Solo
8. Medio protegido
9. No estable

**5.** ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación?  años  meses

*(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)*

**6.** ¿Está satisfecho con esa convivencia?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

¿Vive con alguien que:

0. No
1. Sí

**6A.** Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol?

**6B.** Usa drogas psicoactivas?

**\*7.** ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas
5. Solo

**8.** ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

**9.** ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, «1» cuando la respuesta es claramente **sí para algún familiar dentro de esa categoría**, «X» cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea «no sé»** y «N» cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría**.

**9A.** ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

Madre	<input type="text"/>
Padre	<input type="text"/>
Hermanos/hermanas	<input type="text"/>
Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>
Hijos	<input type="text"/>
Amigos	<input type="text"/>

Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con:

0. No
1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
<b>10.</b> Madre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>11.</b> Padre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>12.</b> Hermanos/hermanas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>13.</b> Pareja sexual/esposo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>14.</b> Hijos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>15.</b> Otro familiar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>16.</b> Amigos íntimos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>17.</b> Vecinos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>18.</b> Compañeros de trabajo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Algunas de estas personas (10-18) ha abusado de usted?

0. No
1. Sí

	Último mes	A lo largo de la vida
<b>18A.</b> Emocionalmente? (insultándole, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>18B.</b> Físicamente? (produciéndole daños físicos)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>18C.</b> Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**19.** ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios

**19.A.** Con su familia?

**19.B.** Con otra gente? (excluir familia)

**PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN**

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

**20.** Problemas familiares?

**21.** Problemas sociales?

¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:

**22.** Problemas familiares?

**23.** Problemas sociales?

**ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR**

**24.** ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento **Familiar/Social**?

**\*\* 24.A.** ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar?

**\*\* 24.B.** ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento social?

**PUNTUACIONES DE VALIDEZ**

La información anterior está significativamente distorsionada por:

**25.** ¿Imagen distorsionada del paciente?

0. No
1. Sí

**26.** ¿La incapacidad para comprender del paciente?

0. No
1. Sí

Comentarios

\* Se añade la respuesta 5 (Solo) en el ítem 7 como propuesta de mejora desde la Fundación Proyecto Hombre Navarra y la Universidad Pública de Navarra

\*\* Se desdobra el ítem 24 como propuesta de mejora desde la Fundación Proyecto Hombre Navarra y la Universidad Pública de Navarra

ESTADO PSIQUIÁTRICO**		
<p><b>1.</b> ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?</p>		
<p><b>1A.</b> Tratamiento hospitalario:</p>	<p>Último mes</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>A lo largo de la vida</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>1B.</b> Tratamiento ambulatorio:</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>2.</b> ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?</p> <p>0. No 1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):</p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p><b>3.</b> ¿Experimentó depresión severa?</p>	<p>Último mes</p> <input type="text"/> <input type="text"/>	<p>A lo largo de la vida</p> <input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>4.</b> ¿Experimentó ansiedad o tensión severa?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>5.</b> ¿Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>6.</b> ¿Experimentó alucinaciones?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>7.</b> ¿Experimentó problemas para controlar conductas violentas?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>8.</b> ¿Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>9.</b> ¿Experimentó ideación suicida severa?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>10.</b> ¿Realizó intentos suicidas?</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<p><b>10A.</b> ¿Cuántas veces intentó suicidarse?</p> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<p><b>11.</b> ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/emocionales?</p> <input type="text"/>		
<p><i>PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN</i></p>		
<p><b>12.</b> ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales? <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>13.</b> ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos? <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR</b></p>		
<p>Durante la entrevista, el paciente se presentaba:</p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p><b>14.</b> Francamente deprimido/retraído <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>15.</b> Francamente hostil <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>16.</b> Francamente ansioso/nervioso <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>17.</b> Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>18.</b> Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>19.</b> Con ideación suicida <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR</b></p>		
<p><b>20.</b> ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico? <input type="text"/></p>		
<p><b>PUNTUACIONES DE VALIDEZ</b></p> <p>La información anterior está significativamente distorsionada por:</p>		
<p><b>21.</b> ¿Imagen distorsionada del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p><b>22.</b> ¿La incapacidad para comprender del paciente? <input type="checkbox"/></p> <p>0. No 1. Sí</p>		
<p>Comentarios</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>		

\*\*En esta sección ninguna pregunta debería ser codificada como "N".

## **ANEXO 2: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)**





## 2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0 → Nada

1 → Una vez por semana o menos/Poco

2 → De 2 a 4 veces por semana/  
Bastante

3 → 5 o más veces por semana/ Mucho

<b>Reexperimentación</b>	
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/ imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	

**Puntuación en reexperimentación:** \_\_\_\_ (Rango:0-15)

<b>Evitación conductual/cognitiva</b>	
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	

**Puntuación en evitación:** \_\_\_\_ (Rango: 0-9)



<b>Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo</b>	
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	

**Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-21)

**Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica</b>	
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	

**Puntuación total de la gravedad del TEPT:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-63)

### 3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

<b>Síntomas disociativos</b>	
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	

**Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos:**  Sí  No

**Presentación demorada del cuadro clínico**  Sí  No

(al menos, 6 meses después del suceso)

### 4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

<b>Áreas afectadas por el suceso traumático</b>	
1. Deterioro en la relación de pareja	
2. Deterioro de la relación familiar	
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	
4. Interferencia negativa en la vida social	
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	
6. Disfuncionalidad global	

**Puntuación en el grado de afectación del suceso:** \_\_\_\_\_ (Rango: 0-18)

### **ANEXO 3: Listado de Síntomas (SCL-90-R)**



## SCL-90-R

(Derogatis, 1975)

### Descripción

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST).

### Puntuación

**Puntuación de cada dimensión:** Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S) Somatización
- (O) Obsesión-compulsión
- (SI) Sensibilidad interpersonal
- (D) Depresión
- (A) Ansiedad
- (H) Hostilidad
- (AF) Ansiedad fóbica
- (I) Ideación paranoide
- (P) Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

### Puntuación de los índices globales:

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

**Tipificación:**

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

**Omisión de respuestas y puntuación:**

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

**Definición operacional de caso psiquiátrico**

Un sujeto se define en el SCL-90-R como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.
- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

**LISTADO DE SÍNTOMAS (SCL-90-R) (Derogatis, 1975)**

Copyright © de la edición española 1988, 2000, 2002 Leonard R.

Derogatis Ph. D.

Publicado por TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.





## **ANEXO 4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)**



## **INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON (MCMII-II)** (Millon, 1997)

### **Descripción**

El *Inventario Clínico Multiaxial de Millon* (MCMII-II) (Millon, 1997). Se trata de un cuestionario clínico autoaplicado de evaluación de la personalidad y de distintos síndromes clínicos. Está compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero/falso), que proporcionan información sobre 10 escalas básicas de personalidad (esquizoide, evitativa, depresiva, dependiente, histriónica, narcisista, antisocial, agresivo-sádica, compulsiva, negativista y autodestructiva), 3 escalas de personalidad patológica (esquizotípico, límite y paranoide), 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, somatomorfo, bipolar, distimia, abuso de alcohol, abuso de drogas, trastorno de estrés postraumático) y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). También cuenta con tres escalas de validez (sinceridad, deseabilidad social y devaluación)



**INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE MILLON (MCMII-II)**

(Millon, 1997)

Copyright de la edición española © 1997 by TEA Ediciones, S.A.,  
Madrid, España.



## **ANEXO 5. Escala de Impulsividad (BIS-10)**





## ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

### Descripción

La *Escala de Impulsividad (BIS-10)* (Barratt, 1985), dirigida a evaluar el grado de impulsividad de los sujetos, consta de 33 ítems que puntúan de 0 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango total de la escala oscila de 0 a 132. Este instrumento consta de 3 subescalas, de 11 ítems cada una, y con un rango que oscila de 0 a 44. La primera subescala evalúa la impulsividad motora, la segunda la impulsividad cognitiva y, por último, la tercera evalúa la improvisación y ausencia de planificación.

### Puntuación

A continuación se presentan los ítems que componen cada subescala, así como la dirección de la puntuación. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo medido en cada subescala. La puntuación total se obtiene de la suma de todas las subescalas.

#### \* Impulsividad motora:

Ítems	Puntuación
2, 5, 11, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31	0 - 4
8	4 - 0

#### \* Impulsividad cognitiva:

Ítems	Puntuación
3, 6, 17, 23, 26, 29	0 - 4
9, 12, 14, 20, 32	4 - 0

#### \* Improvisación y ausencia de planificación:

Ítems	Puntuación
4, 15, 24, 27, 30	0 - 4
1, 7, 10, 18, 21, 33	4 - 0



## ESCALA DE IMPULSIVIDAD (BIS-10)

(Barratt, 1985)

NOMBRE:

TERAPEUTA:

FECHA:

Nº:

EVALUACION:

Las frases que aparecen a continuación se refieren a diferentes formas de actuar. Lee atentamente cada una de ellas, y marca con una "X" la alternativa que más se ajusta a tu forma de ser. MUCHAS GRACIAS.

	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastante s veces	Casi siempre/ siempre
1. Planeo cuidadosamente lo que voy a hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me decido rápidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy despreocupado/a y no previsor/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No presto atención a las cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo pensamientos rápidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Planeo mis viajes con bastante antelación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sé controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me concentro fácilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ahorro regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estoy inquieto/a cuando acudo a teatros o conferencias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Soy una persona reflexiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Digo cosas sin pensar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me gusta pensar en problemas complejos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cambio de tareas constantemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A veces me dan "venadas".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me aburro fácilmente cuando tengo que resolver problemas que exigen pensar mucho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Casi nunca/ nunca	Algunas veces	A veces sí/ a veces no	Bastante s veces	Casi siempre/ siempre
18. Suelo acabar lo que empiezo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Actúo de forma impulsiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me pienso bastante todo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Planifico mi futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Compro cosas dejándome llevar por mis impulsos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. No puedo pensar en más de una cosa a la vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Cambio de “hobbies” y aficiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me muevo y ando rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Resuelvo problemas por ensayo y error.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Gasto más de lo que puedo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Hablo rápido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A veces tengo pensamientos extraños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Estoy más interesado en el presente que en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me impaciento cuando tengo que estar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me gustan los “puzzles”.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Pienso en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **ANEXO 6. Escala de Inadaptación (EI)**



## **ESCALA DE INADAPTACIÓN** (Echeburúa y Corral, 1987)

### **Descripción**

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja el grado en que la situación problemática de cada paciente afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento consta de 6 ítems, que oscilan de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

### **Puntuación**

Se suma la puntuación obtenida en cada escala. El rango de la escala total es de 0 a 30. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En general, una puntuación igual o superior a 2 en cada ítem denota inadaptación. El punto de corte de la escala total es, por tanto, 12.





## **ESCALA DE INADAPTACIÓN** (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

### **Trabajo y/o Estudios**

1.- A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Vida social**

2.- A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Tiempo libre**

3.- A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Relación de pareja**

4.- A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Vida familiar**

5.- A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

### **Escala global**

6.- A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

## **ANEXO 7. Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (CST)**



## **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO** (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

### **Descripción**

El *Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento* (Larsen *et al.*, 1979) consta de 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento.

### **Puntuación**

Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, cinco formulados en forma positiva y tres en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 0 a 3. El rango total del cuestionario es, por tanto, de 0 a 24.

<b>Ítems</b>	<b>Puntuación</b>
2, 4, 8	0 - 3
1, 3, 5, 6, 7,	3 - 0



## **CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO**

(Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

Por favor, ayúdenos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que ha recibido. Estamos interesados en sus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, conteste todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?

Excelente

Buena

Regular

Mala

2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?

No

Sí, parcialmente

Sí, en general

Sí, totalmente

3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?

Totalmente

En general

Parcialmente

Ninguna

4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?

No

Probablemente no

Probablemente sí

Sí

5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?

Muchísimo       Mucho       Bastante       Poco

6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?

Mucho       Bastante       Poco       Nada

7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?

Mucho       Bastante       Poco       Nada

8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?

No       Probablemente no       Probablemente sí       Sí



## **ANEXO 8. Consentimiento informado**



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Proyecto de investigación:** Efectividad de un programa de intervención para pacientes adictos con historias de maltrato

Yo ....., mayor de edad, con DNI: .....

Declaro que:

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto suponga perjuicios de ningún tipo.

Participo libremente en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Y para que así conste firmo el presente documento en ..... a .....

Firma del participante:	Firma del investigador:
Nombre:	Nombre:
DNI:	DNI:

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación del presente formulario serán incluidos, para su tratamiento, en un fichero automatizado, responsabilidad del grupo de investigación de Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra, cuya finalidad es la del registro del consentimiento de participantes. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del tratamiento dirigiendo una comunicación escrita, o por correo electrónico

Responsable del Proyecto de Investigación: Javier Fernández Montalvo

Dirección: Departamento de Ciencias de la Salud  
Campus de Arrosadía, s/n  
31006 Pamplona

Correo electrónico: [fernandez.montalvo@unavarra.es](mailto:fernandez.montalvo@unavarra.es)

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DIRIGIDO A PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE REFERENCIA  
PSI2016-76511-R**

**HOJA DE INFORMACIÓN**

**Proyecto de investigación:** Efectividad de un programa de intervención para pacientes adictos con historias de maltrato

**1. Introducción**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar.

El presente documento tiene la intención de que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello le rogamos que lea esta hoja informativa con atención. Desde el equipo investigador le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la lectura. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

**2. Participación voluntaria**

La participación en este estudio es voluntaria y dicha voluntad se ejerce mediante la firma del consentimiento que acompaña a esta hoja, con la que el participante, además, indica que entiende el contenido de esta hoja y que está de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales que serán tomados para la realización del estudio. Puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se deriven consecuencias negativas para usted ni se produzcan represalias directas o indirectas por su decisión.

Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del tratamiento, dirigiendo una comunicación escrita o por correo electrónico a la dirección indicada en el consentimiento.

**3. Descripción general del estudio**

El presente proyecto consiste en la evaluación de la efectividad de un programa de tratamiento para personas con problemas de adicción que presentan a su vez historias de maltrato a lo largo de su vida. Para ello colaboramos con los programas de tratamiento de la Fundación Proyecto Hombre Navarra, a uno de los cuales usted acude, en busca de ayuda, como persona que presenta un problema de adicción. Por ello, le pedimos que acuda a una o dos sesiones programadas para completar una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas.

Posteriormente, se le podrá ofrecer un programa de tratamiento, compuesto por 8 sesiones, con una duración de dos meses. Al finalizar el tratamiento se procederá nuevamente a evaluar su situación para valorar la mejoría obtenida. Asimismo, pasados 6 y 12 meses de la finalización del tratamiento, se contactará nuevamente con usted con el fin de completar nuevamente algunos cuestionarios en una o dos sesiones.

**4. Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio**

Con su colaboración en este proyecto podrá contribuir a la evaluación y mejora del programa de atención que los programas de tratamiento que se desarrollan en la

Fundación Proyecto Hombre Navarra, así como la promoción de estas intervenciones en programas similares en todo el mundo. Por ello le animamos a participar.

### **5. Confidencialidad**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de la conformidad que acompaña a esta hoja informativa serán incluidos, para su tratamiento, en un fichero automatizado responsabilidad del equipo investigador cuya finalidad es la del registro de datos de contacto.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y solo el equipo de los programas de tratamiento de Proyecto Hombre podrá relacionar dichos datos con sus datos personales. Su identidad no será revelada a persona alguna, salvo requerimiento legal.

Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán los datos disociados de cualquier referencia personal, que hacen imposible relacionar a las personas que participan en el estudio.

### **6. Compensación económica**

Su participación en el estudio no le supondrá ninguna compensación económica.

### **7. Otra información relevante**

Cualquier nueva información referente al estudio que se descubra durante su participación y que pueda afectar a su disposición a participar en el mismo, le será comunicada por el equipo investigador lo antes posible.

De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del tratamiento dirigiendo una comunicación escrita o por correo electrónico a la dirección indicada en el consentimiento.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de todos los datos identificables previamente retenidos.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si los investigadores del estudio lo consideran oportuno por cualquier acontecimiento adverso que se produzca durante el estudio o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.