

Ivan Roman Leal

**FACTORES PSICOLÓGICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS AL
CONSUMO DE SUSTANCIAS: EL PAPEL DEL TRAUMA, LA REGULACIÓN
EMOCIONAL Y EL AFRONTAMIENTO**

Trabajo de final de grado

dirigido por la Dra. Diana Ribes Fortanet

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

Resumen: El consumo de sustancias psicoactivas está influido por múltiples factores personales y contextuales; profundizar en estos aspectos resulta clave para el diseño de intervenciones eficaces. El presente trabajo analiza la relación entre las experiencias traumáticas en la infancia, las dificultades en la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y el consumo regular de sustancias psicoactivas en una muestra adulta diversa. El estudio se realizó con 74 participantes, divididos en dos grupos (consumidores y no consumidores), quienes completaron un cuestionario online compuesto por ítems adaptados de tres escalas validadas: el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) y el *Brief COPE*.

Mediante un enfoque cuantitativo, se realizaron análisis de correlación, pruebas de comparación de medias y regresión logística. Los resultados evidenciaron que el trauma infantil y el uso reducido de estrategias de afrontamiento adaptativas se asocian significativamente con una mayor probabilidad de consumo de drogas, mientras que la regulación emocional no mostró un peso predictivo directo. Además, se identificó una relación entre menor nivel educativo y mayor prevalencia de consumo. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas que integren el trabajo con el trauma, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y un enfoque contextual sobre los factores de riesgo.

Palabras clave: trauma infantil, afrontamiento, regulación emocional, consumo de sustancias, nivel educativo.

Abstract: The use of psychoactive substances is influenced by multiple personal and contextual factors; exploring these aspects is key to designing effective interventions. This study analyzes the relationship between childhood traumatic experiences, difficulties in emotional regulation, coping strategies, and regular use of psychoactive substances in a diverse adult sample. The study was conducted with 74 participants, divided into two groups (users and non-users), who completed an online questionnaire composed of items adapted from three validated scales: the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE), the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), and the Brief COPE.

Using a quantitative approach, correlation analyses, mean comparison tests, and logistic regression were conducted. The results showed that childhood trauma and the reduced use of adaptive coping strategies were significantly associated with a higher likelihood of drug use, while emotional regulation did not show a direct predictive weight. Additionally, a relationship was found between lower educational level and higher prevalence of substance use. These findings highlight the need for preventive and therapeutic interventions that integrate trauma work, the development of coping skills, and a contextual approach to risk factors.

Keywords: childhood trauma, coping, emotion regulation, substance use, educational level.

Índice

1. Introducción.....	5
1.1. Justificación del estudio.....	5
2. Marco teórico.....	7
2.1. Trauma psicológico.....	7
2.2. Regulación emocional y estrategias de afrontamiento.....	7
2.3. Consumo de sustancias y la teoría de la automedicación.....	9
2.4. Relación entre trauma, regulación emocional y consumo de sustancias.....	11
2.5. Nivel educativo como factor protector en el consumo de sustancias.....	12
3. Objetivos e hipótesis.....	13
3.1. Objetivos del estudio.....	13
3.2. Hipótesis.....	14
4. Metodología.....	15
4.1. Diseño del estudio.....	15
4.2. Participantes.....	15
4.3. Variables del estudio.....	16
4.4. Instrumentos de evaluación.....	16
4.5. Procedimiento.....	17
4.6. Análisis de datos.....	18
4.7. Consideraciones éticas.....	18
5. Resultados.....	19
5.1. Resultados descriptivos sobre la muestra.....	19
5.2. Resultados sobre la fiabilidad del instrumento “Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (versión abreviada del DERS)”.....	21
5.3. Resultados sobre la fiabilidad del instrumento “Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)”.....	22
5.4. Resultados sobre la fiabilidad del instrumento “Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE)”.....	24
5.5. Resultados de interacción entre grupo de consumidores y no consumidores con la Escala DERS.....	25
5.6. Resultados de interacción entre grupo de consumidores y no consumidores con el Cuestionario ACE.....	28

5.7. Resultados de interacción entre grupo de consumidores y no consumidores con el Inventario Brief COPE.....	30
5.8. Resultados de interacción de nivel de estudios con el grupo de consumidores y no consumidores.....	32
5.9. Resultados de interacción de nivel de estudios con la Escala DERS.....	34
5.10. Resultados de interacción de nivel de estudios con el Inventario Brief COPE.....	35
5.11. Resultados de interacción entre el grupo que consumió drogas y el que no con la variable de búsqueda de ayuda psicológica.....	35
5.12. Resultados de interacción entre las tres escalas utilizadas.....	37
5.13. Resultados de la regresión lineal comparando el grupo de consumidores y no consumidores con las tres escalas.....	38
6. Conclusiones del estudio.....	40
6.1. Conclusiones de los resultados estadísticos obtenidos.....	40
6.2. Limitaciones del estudio.....	43
6.3. Aportes del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones o aplicaciones prácticas.....	44
7. Referencias.....	46
8. Anexos.....	50
8.1. Cuestionario administrado.....	50
8.2. Modelo de hoja de información al participante.....	57

1. Introducción

1.1. Justificación del estudio

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un problema de gran envergadura en el ámbito de la psicología clínica y la salud pública, debido a su alta prevalencia, el impacto negativo en la calidad de vida de las personas y sus implicaciones sociales, económicas y sanitarias. No solo afecta a quienes consumen, sino también a su entorno familiar, social y comunitario, generando una carga significativa para los sistemas de salud y los servicios sociales. Por este motivo, resulta crucial identificar y comprender los factores psicológicos que predisponen o mantienen este tipo de conductas.

A lo largo de las últimas décadas, se ha incrementado el interés en investigar los vínculos entre el consumo de drogas y variables psicológicas como la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y la exposición a experiencias traumáticas. Este enfoque ha permitido pasar de una visión centrada exclusivamente en el síntoma del consumo a una comprensión más profunda de los mecanismos subyacentes que lo motivan o perpetúan. Comprender estas dinámicas no solo facilita una mejor evaluación clínica, sino que también orienta el diseño de intervenciones más eficaces.

Diversos estudios han señalado que las personas con dificultades en la regulación emocional presentan una mayor propensión a desarrollar patrones de consumo problemático de sustancias (Aldao et al., 2010). La incapacidad para gestionar emociones intensas o desagradables de manera adaptativa puede llevar a recurrir a estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el uso de drogas, en un intento de aliviar el malestar emocional (Gross & Jazaieri, 2014). Además, el trauma ha sido identificado como un factor de riesgo significativo en la aparición de conductas adictivas, especialmente cuando las experiencias traumáticas ocurren en etapas tempranas del desarrollo, como la infancia o la adolescencia (Felitti et al., 1998). Estas experiencias pueden dejar secuelas emocionales profundas que afectan la manera en que el individuo percibe y gestiona sus emociones, lo cual incrementa la vulnerabilidad al consumo de sustancias como forma de automedicación (Khantzian, 1997).

En este sentido, las estrategias de afrontamiento cobran un papel central en la explicación del uso problemático de sustancias, ya que actúan como mecanismo intermedio entre la vivencia emocional y la conducta. El uso de estrategias desadaptativas como la evitación, la negación o el aislamiento emocional puede amplificar la sensación de malestar y favorecer el uso de sustancias como vía de escape, mientras que estrategias más adaptativas, como la reevaluación cognitiva o la búsqueda de apoyo, pueden actuar como factores protectores frente al consumo (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010).

Desde una perspectiva aplicada, estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar en los programas de prevención y tratamiento de las adicciones componentes específicos que aborden no solo la regulación emocional y el trauma, sino también las estrategias de afrontamiento empleadas por los individuos. La identificación de estos factores permitiría desarrollar programas terapéuticos más ajustados a las necesidades de cada persona, incluyendo el fortalecimiento de habilidades emocionales, el trabajo con experiencias adversas pasadas y el fomento de estilos de afrontamiento más adaptativos.

Asimismo, a nivel científico, el presente estudio pretende aportar evidencia empírica que contribuya a esclarecer las interacciones entre trauma, regulación emocional, estrategias de afrontamiento y consumo de sustancias, un campo que, si bien ha sido explorado, sigue presentando importantes lagunas, especialmente en poblaciones no clínicas. Además, se incluyen variables como el nivel de estudios y la búsqueda de ayuda psicológica, cuyo análisis puede aportar información complementaria sobre los factores que modulan la vulnerabilidad o la protección frente al consumo. Al examinar estos elementos de manera conjunta y comparativa, esta investigación puede ofrecer información relevante para comprender mejor los perfiles psicológicos asociados al uso de sustancias, con implicaciones tanto para la intervención individual como para el diseño de políticas públicas orientadas a la salud mental y la prevención de adicciones.

2. Marco Teórico

2.1. Trauma psicológico

El trauma se entiende como una experiencia emocionalmente impactante que desborda la capacidad de afrontamiento del individuo y genera consecuencias psicológicas adversas a largo plazo (American Psychiatric Association, 2013). Experiencias adversas en la infancia y adolescencia, como el abuso, la negligencia o la violencia intrafamiliar, han sido identificadas como factores de riesgo significativos en la aparición de conductas adictivas en la adultez (Felitti et al., 1998).

La literatura científica ha establecido una estrecha relación entre la exposición a eventos traumáticos y el desarrollo de problemas de salud mental, entre ellos el consumo de sustancias. Investigaciones recientes han mostrado que entre el 50 % y el 70 % de las personas con trastornos por uso de sustancias han experimentado algún tipo de trauma en su vida (Levi et al., 2020). Además, datos epidemiológicos indican que aproximadamente el 30 % de los adultos que reportan consumo problemático de sustancias han tenido experiencias adversas en la infancia (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2021).

2.2. Regulación emocional y estrategias de afrontamiento

La regulación emocional se define como el conjunto de procesos mediante los cuales los individuos modulan la intensidad, duración y expresión de sus emociones en función de las demandas del entorno (Gross, 2015). Una regulación emocional ineficaz puede llevar a dificultades en el manejo del estrés y la ansiedad, incrementando la probabilidad de recurrir a estrategias desadaptativas como el consumo de sustancias (Sheppes et al., 2015).

Los individuos con dificultades en la regulación emocional pueden experimentar emociones de forma más intensa y prolongada, lo que los lleva a buscar estrategias inmediatas para aliviar su malestar. En contraste, aquellas personas que utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas, como la reevaluación

cognitiva y la búsqueda de apoyo social, tienden a manejar el estrés de manera más efectiva y presentan menores tasas de abuso de sustancias (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

El afrontamiento se refiere al conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que las personas utilizan para manejar situaciones estresantes o emociones negativas. Si bien se encuentra estrechamente relacionado con la regulación emocional, el afrontamiento suele centrarse más específicamente en cómo el individuo responde a las demandas del entorno consideradas como amenazantes o desbordantes de sus recursos (Lazarus & Folkman, 1984). La elección de estrategias de afrontamiento puede influir significativamente en el bienestar psicológico y en la aparición de conductas de riesgo, como el consumo de sustancias. El uso de estrategias desadaptativas como la evitación, la negación o el aislamiento emocional puede amplificar la sensación de malestar y favorecer el uso de sustancias como vía de escape, mientras que estrategias más adaptativas, como la reevaluación cognitiva o la búsqueda de apoyo, pueden actuar como factores protectores frente al consumo (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010).

Existen múltiples clasificaciones de los estilos de afrontamiento, aunque una de las más utilizadas es la que distingue entre afrontamiento adaptativo y afrontamiento desadaptativo. El afrontamiento adaptativo incluye estrategias como la reevaluación cognitiva, la resolución activa de problemas, la búsqueda de apoyo social y la aceptación. Estas estrategias están asociadas con un mejor ajuste emocional y una mayor resiliencia frente al estrés (Carver et al., 1989).

Por el contrario, el afrontamiento desadaptativo incluye estrategias como la evitación, la negación, la autoinculpación, la desconexión emocional o el uso de sustancias para aliviar el malestar. Este tipo de afrontamiento tiende a estar vinculado a mayores niveles de ansiedad, depresión y consumo problemático de drogas (Littleton et al., 2007; Cooper et al., 2008).

Diversos estudios han evidenciado que las personas con antecedentes de trauma o dificultades en la regulación emocional tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas, lo que incrementa su vulnerabilidad al consumo de sustancias como forma de aliviar su malestar

(Veilleux et al., 2011). En este sentido, el afrontamiento puede ser entendido no sólo como un mediador entre la experiencia emocional y el comportamiento, sino también como una variable clave que modula el impacto del trauma sobre la salud mental.

El Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE; Carver, 1997), uno de los instrumentos más utilizados en este campo, permite evaluar múltiples dimensiones del afrontamiento, incluyendo tanto estrategias adaptativas (planificación, reinterpretación positiva, apoyo emocional) como desadaptativas (consumo de sustancias, autculpa, evitación). Su uso en investigaciones sobre adicciones ha demostrado ser especialmente útil para identificar perfiles de riesgo y diseñar intervenciones psicológicas más ajustadas a las necesidades emocionales del paciente.

Por tanto, en el contexto del consumo de sustancias, el análisis de los estilos de afrontamiento permite comprender mejor por qué algunas personas recurren al uso de drogas como estrategia para lidiar con emociones intensas o traumas no resueltos, reforzando la necesidad de intervenir sobre estas estrategias para prevenir recaídas y promover una recuperación más estable.

2.3. Consumo de sustancias y la teoría de la automedicación

El consumo de sustancias psicoactivas incluye una amplia gama de sustancias legales e ilegales que afectan el sistema nervioso central y alteran el estado de ánimo, la percepción y la conducta. Su uso se ha relacionado con múltiples consecuencias físicas, sociales y psicológicas.

Una de las perspectivas más influyentes en la comprensión del consumo de sustancias desde el ámbito psicológico es la teoría de la automedicación, propuesta inicialmente por Khantzian (1985, 1997). Esta teoría sugiere que muchas personas recurren al uso de drogas como una forma de aliviar el malestar psicológico derivado de experiencias traumáticas, emociones displacenteras intensas o trastornos subyacentes como la ansiedad, la depresión o el estrés postraumático (Khantzian, 1997).

Según este enfoque, el consumo de sustancias no es simplemente un acto hedonista o recreativo, sino una estrategia de afrontamiento disfuncional que busca regular estados emocionales difíciles de gestionar por otros medios. Por ejemplo, los opioides pueden ser usados para calmar el dolor emocional profundo, los estimulantes para contrarrestar estados depresivos, y el alcohol o los sedantes para reducir la ansiedad o evitar la reexperimentación traumática (Khantzian, 2003).

Esta perspectiva ha sido respaldada por investigaciones que muestran cómo muchas personas con trastornos por uso de sustancias presentan antecedentes de trauma, dificultades en la regulación emocional o síntomas clínicos significativos (Najavits, 2002). En particular, los individuos que han experimentado eventos traumáticos tempranos pueden tener dificultades para desarrollar estrategias saludables de afrontamiento, lo que los hace más vulnerables a utilizar sustancias como un "recurso inmediato" frente al malestar psicológico (Weiss et al., 1992).

La teoría de la automedicación también ha sido útil para explicar por qué algunas personas mantienen el consumo a pesar de sus consecuencias negativas: la sustancia no solo cumple una función placentera, sino que se convierte en una herramienta psicológica percibida como necesaria para el funcionamiento diario. Esta relación funcional entre emoción y consumo explica por qué los tratamientos que se centran exclusivamente en la abstinencia suelen fracasar si no se abordan las causas emocionales y traumáticas que subyacen al uso de sustancias (Khantzian, 1997; Saladin et al., 2003). Por tanto, integrar la teoría de la automedicación en el marco explicativo del consumo de sustancias permite una comprensión más profunda de su etiología y mantenimiento, y subraya la importancia de diseñar intervenciones que aborden el malestar emocional y las experiencias traumáticas, además del uso mismo de las sustancias.

2.4. Relación entre trauma, regulación emocional y consumo de sustancias

La evidencia empírica respalda una estrecha relación entre el trauma psicológico, las dificultades en la regulación emocional y el consumo de sustancias. Diversos estudios han mostrado que las experiencias traumáticas, especialmente aquellas vividas durante la infancia, pueden afectar de manera significativa el desarrollo emocional del individuo, generando patrones disfuncionales en el procesamiento y manejo de las emociones (Felitti et al., 1998; Gross, 2015).

Estas alteraciones en la regulación emocional aumentan la probabilidad de utilizar estrategias desadaptativas para lidiar con el malestar, entre ellas, el consumo de sustancias psicoactivas (Khantzian, 1997; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012). En este sentido, la teoría de la automedicación sostiene que muchas personas recurren a las drogas no únicamente con fines recreativos, sino como una forma de reducir la ansiedad, el dolor emocional o la reexperimentación traumática (Khantzian, 1985; Najavits, 2002).

La literatura científica ha identificado que quienes presentan dificultades en la regulación emocional derivadas de experiencias traumáticas tienden a emplear con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento desadaptativas, como la evitación, la negación o el uso de sustancias (Littleton et al., 2007; Veilleux et al., 2011). Por tanto, comprender cómo interactúan el trauma, la regulación emocional y el consumo de sustancias es clave para el desarrollo de estrategias de intervención más integradoras. Este enfoque permitiría no solo abordar la conducta adictiva en sí misma, sino también intervenir en los factores emocionales y traumáticos que la sostienen, promoviendo procesos terapéuticos más eficaces y sostenibles en el tiempo.

Diversos estudios han explorado estas interrelaciones. Por ejemplo, Hien et al. (2005) encontraron que las mujeres con trastorno por consumo de sustancias y antecedentes de trauma infantil presentaban mayores dificultades en la regulación emocional y una sintomatología más grave que aquellas sin historia de trauma. Asimismo, Weiss et al. (2013) observaron que la presencia de trauma complejo se asocia con un mayor uso de estrategias evitativas y un riesgo elevado de desarrollar dependencia a sustancias. Otros trabajos, como el

de Berking et al. (2011), han señalado que la falta de habilidades para modular emociones intensas puede predecir conductas adictivas. Estos hallazgos sugieren que el abordaje del trauma y de las habilidades de afrontamiento emocional debería formar parte central en los programas terapéuticos dirigidos a personas con problemas de adicción. Sin embargo, aunque existen investigaciones que relacionan estas variables, son escasos los estudios que las analizan de manera conjunta y comparando grupos de consumidores y no consumidores, lo que justifica el presente trabajo.

2.5. Nivel educativo como factor protector en el consumo de sustancias

Diversos estudios han señalado que el nivel educativo puede actuar como un factor protector frente al consumo problemático de sustancias. Las personas con mayor nivel de estudios tienden a presentar menor prevalencia de consumo sostenido, así como un inicio más tardío en el uso de drogas (Chassin et al., 2009). Este efecto protector se ha atribuido a múltiples factores, como el mayor acceso a información sobre riesgos, una mayor percepción de autoeficacia, y la disponibilidad de alternativas de ocio y afrontamiento más saludables (Patrick et al., 2012).

Asimismo, se ha propuesto que la educación puede aumentar la capacidad de las personas para tomar decisiones más informadas, resistir la presión del entorno y buscar ayuda en momentos de vulnerabilidad (Bachman et al., 2008). Aunque el nivel educativo no necesariamente se asocia de forma directa con variables como la regulación emocional o el afrontamiento, sí parece estar vinculado a factores estructurales y culturales que influyen en el comportamiento de consumo, como el acceso a oportunidades, redes sociales más seguras o mayor estabilidad económica (Patrick, Schulenberg & O'Malley, 2012).

3. Objetivos e hipótesis

3.1. Objetivos del estudio

3.1.1. Objetivo general

Analizar la relación entre las experiencias traumáticas, las dificultades en la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias psicoactivas, considerando también el papel de variables sociodemográficas como el nivel de estudios y la búsqueda de ayuda psicológica.

3.1.2. Objetivos específicos

- Evaluar si las personas con historial de consumo de sustancias presentan mayores dificultades en la regulación emocional que aquellas que no consumen.
- Determinar si la presencia de experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia se asocia con una mayor probabilidad de consumo de sustancias.
- Examinar si las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos influyen en la relación entre trauma y consumo de sustancias.
- Analizar si existen diferencias en los niveles de trauma, regulación emocional y afrontamiento en función del nivel de estudios y la búsqueda de ayuda psicológica.
- Identificar perfiles psicológicos diferenciados en función de la interacción entre trauma, afrontamiento, regulación emocional y consumo.

3.2. Hipótesis

- Las personas que han consumido sustancias de manera regular presentarán mayores niveles de trauma y mayores dificultades en la regulación emocional que aquellas que no han consumido.
- Las personas que no han consumido sustancias de manera regular presentarán mayor puntuación en la escala de estrategias de afrontamiento respecto a las personas que sí han consumido.
- Las personas que cuenten con el factor protector del nivel de estudios tendrán menos consumo de sustancias de manera regular respecto a los que no tienen un alto nivel de estudios.

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, transversal, correlacional y comparativo, basado en la administración de cuestionarios autoinformados. El objetivo principal fue analizar la relación entre las dificultades en la regulación emocional, la exposición a experiencias traumáticas en la infancia y las estrategias de afrontamiento con el consumo regular de drogas. Asimismo, se exploraron posibles diferencias significativas entre personas consumidoras y no consumidoras, y se analizó la variable de búsqueda de ayuda psicológica ante experiencias traumáticas. Finalmente, se incorporó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar qué variables psicológicas podrían predecir el historial de consumo.

4.2 Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 74 personas adultas, distribuidas en dos grupos:

Grupo 1: Personas que han consumido drogas de manera regular durante más de un año en alguna etapa de su vida (excluyendo el tabaco).

Grupo 2: Personas que no han consumido drogas de forma regular.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, utilizando la difusión del cuestionario en redes sociales, asociaciones, foros y círculos personales. La participación fue anónima, voluntaria y condicionada a la aceptación del consentimiento informado.

Criterios de inclusión: Tener 18 años o más y aceptar participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Presentar un diagnóstico clínico confirmado de trastornos psiquiátricos graves (como psicosis, trastornos del estado de ánimo severos o deterioro neurocognitivo), debido al impacto que estas condiciones pueden tener sobre la regulación emocional y el afrontamiento.

4.3 Variables del estudio

Variable independiente principal: Historial de consumo de drogas (0 = ha consumido regularmente, 1 = no ha consumido regularmente).

Variables dependientes:

1. Dificultades en la regulación emocional.
2. Exposición a experiencias traumáticas en la infancia.
3. Estrategias de afrontamiento ante el estrés (adaptativas y desadaptativas).
4. Búsqueda de ayuda psicológica frente a experiencias traumáticas.

Variable sociodemográfica relevante: Nivel educativo, incluida como posible factor modulador o protector.

4.4 Instrumentos de evaluación

- Cuestionario sociodemográfico y de consumo: Recogió información sobre edad, género, nivel educativo y consumo de sustancias (tipo, duración, edad de inicio).
- Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (versión abreviada del DERS): La Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), desarrollada por Gratz y Roemer (2004), evalúa dificultades en distintas dimensiones del manejo emocional, como la falta de claridad emocional, impulsividad o dificultad para aceptar emociones negativas. En este estudio se utilizó la versión abreviada de 10 ítems (DERS-10), basada en la adaptación validada por Gómez-Simón et al. (2021) para población general española. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 = casi nunca a 5 = casi siempre), donde puntuaciones más altas indican mayores dificultades en la regulación emocional. La fiabilidad interna obtenida en esta muestra fue alta ($\alpha = 0,852$).
- Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE): El Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE), diseñado por Felitti et al. (1998), evalúa la exposición a experiencias traumáticas durante la infancia, como abuso emocional, físico o sexual, negligencia, violencia doméstica o consumo de sustancias en el entorno familiar. En este estudio

se utilizó una versión compuesta por 9 ítems con formato de respuesta dicotómica (sí/no), adaptada a la población española. Cuanto mayor es la puntuación total, mayor es la acumulación de experiencias adversas. En la muestra actual se obtuvo una fiabilidad interna aceptable ($\alpha = 0,793$).

- Pregunta binaria sobre ayuda psicológica: Se indagó si la persona había recibido algún tipo de apoyo profesional para afrontar experiencias traumáticas (0 = sí, 1 = no).
- Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE): El Brief COPE fue desarrollado por Carver (1997) como una versión abreviada del COPE Inventory (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), con el objetivo de evaluar distintas estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. En este estudio se empleó una versión de 12 ítems que explora estilos adaptativos (e.g., reevaluación positiva, búsqueda de apoyo) y desadaptativos (e.g., evitación, negación). Las respuestas se recogen en formato Likert de 4 puntos (de 1 = nunca a 4 = siempre). Puntuaciones más altas en cada ítem reflejan un mayor uso de esa estrategia específica. La fiabilidad obtenida fue aceptable ($\alpha = 0,787$).

4.5 Procedimiento

La recogida de datos se realizó de manera online, mediante un formulario digital anónimo elaborado en la plataforma Microsoft Forms. Antes de iniciar el cuestionario, se presentó una hoja de consentimiento informado, en la que se detallan los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos y los derechos de los participantes, incluyendo la opción de abandonar en cualquier momento. La duración estimada del cuestionario fue de 5 a 10 minutos.

4.6 Análisis de datos

El análisis de los datos se llevó a cabo con el software SPSS. Se realizaron los siguientes procedimientos estadísticos:

- Análisis descriptivos (medias, desviaciones estándar, frecuencias) para caracterizar la muestra.
- Pruebas de comparación de medias (pruebas t de Student y sus correspondientes pruebas de Levene) para examinar diferencias en regulación emocional, experiencias traumáticas y afrontamiento entre consumidores y no consumidores.
- Análisis de correlaciones de Spearman para explorar las asociaciones entre las variables cuantitativas (regulación emocional, trauma, afrontamiento, nivel educativo), así como entre dichas variables y el consumo.
- Análisis de Chi-cuadrado para estudiar la relación entre el consumo de drogas y la búsqueda de ayuda psicológica frente al trauma.
- Regresión logística binaria para determinar si las variables psicológicas (trauma, regulación emocional y afrontamiento) predecían significativamente la probabilidad de haber consumido drogas de forma regular.

4.7 Consideraciones éticas

Este estudio cumplirá con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. La participación será completamente voluntaria, anónima y confidencial.

5. Resultados

5.1. Resultados descriptivos sobre la muestra

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 74 participantes. La edad media fue de 32,89 años (DE = 12,17), con un rango de edades que osciló entre los 20 y 63 años (véase Tabla 2). En cuanto al género, el 73% de la muestra se identificó como mujer y el 27% como hombre (Tabla 1).

Respecto al historial de consumo de drogas, el 58,1% de los participantes indicó no haber consumido drogas de manera regular, mientras que el 41,9% sí lo había hecho, entendiéndose por consumo regular aquel que se mantiene durante más de un año y excluye el tabaco (Tabla 3). Dentro del grupo de personas consumidoras (N = 33), se exploró la duración del consumo. El valor medio reportado fue de 2,3 años (DE = 0,81), lo que corresponde aproximadamente a un consumo situado entre los 2 y 5 años (véase nuevamente Tabla 2).

En cuanto al nivel educativo de los participantes, se obtuvieron respuestas válidas de 73 personas (N = 73). La media fue de 2,23 (DE = 0,97), lo que indica que, en promedio, el nivel educativo más frecuente se sitúa entre bachillerato (2) y universitario (3), con mayor tendencia hacia este último (Tabla 4). Al observar las frecuencias específicas según la codificación (0 = primaria, 1 = secundaria, 2 = bachillerato, 3 = universitario), se encontró lo siguiente (Tabla 5):

- El 6,8% de los participantes (n = 5) tenía estudios de primaria.
- El 16,4% (n = 12) había alcanzado estudios de secundaria obligatoria.
- El 23,3% (n = 17) tenía estudios de bachillerato.
- Finalmente, el 53,4% (n = 39) contaba con formación universitaria, lo que representa el grupo mayoritario de la muestra.

Estos datos reflejan un perfil educativo elevado en la muestra, con más de la mitad de los participantes con estudios universitarios y una representación minoritaria de niveles básicos como primaria y secundaria (Gráfica 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra por género

Género	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Hombre	20	27	27	27
Mujer	54	73	73	100
Total	74	100	100	100

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de edad y variables de consumo

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Edad	71	20	63	32,8873	12,16617
¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular?	74	0	1	0,58	0,497
¿Durante cuánto tiempo tuviste o tienes este consumo?	33	1	3	2,3	0,81

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de consumo regular de drogas

¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular?				
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Sí	31	41,9	41,9	41,9
No	43	58,1	58,1	100
Total	74	100	100	100

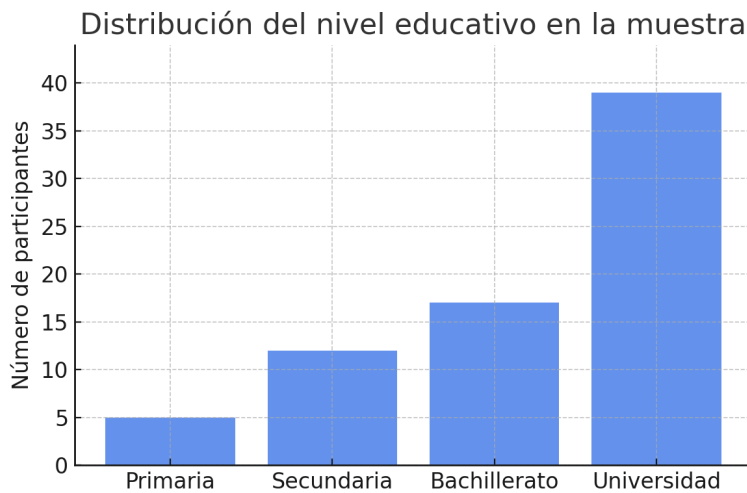
Tabla 4. Estadísticos descriptivos del nivel educativo

Estadísticos descriptivos – Nivel educativo					
Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
Nivel educativo	73	0	3	2,23	0,965
N válido (por lista)	73	–	–	–	–

Tabla 5. Distribución del nivel educativo por categoría

Nivel educativo				
Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)	Porcentaje acumulado (%)
Estudios primarios	5	6,8	6,8	6,8
Estudios secundarios	12	16,2	16,4	23,3
Bachillerato	17	23	23,3	46,6
Estudios universitarios	39	52,7	53,4	100
Total válidos	73	98,6	100	100
Perdidos (sistema)	1	1,4	–	–
Total general	74	100	–	–

Gráfico 1. Distribución del nivel educativo en la muestra



5.2. Resultados sobre la fiabilidad del instrumento “Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (versión abreviada del DERS)”

Para comprobar la fiabilidad interna del instrumento utilizado para medir las dificultades en la regulación emocional, se calculó el coeficiente Alfa de Cronbach sobre los 10 ítems que componen dicha escala.

El análisis se realizó con una muestra de 74 participantes, sin ningún caso excluido ($N = 74$), como se muestra en la Tabla 1. Los resultados evidenciaron un coeficiente alfa de Cronbach de 0,852 (Tabla 2), lo cual indica que la escala posee una buena fiabilidad interna. Según los criterios habituales en psicometría (George y Mallery, 2003), este valor puede interpretarse de la siguiente forma:

- $\alpha \geq 0,90 \rightarrow$ excelente
- $0,80 \leq \alpha < 0,90 \rightarrow$ buena
- $0,70 \leq \alpha < 0,80 \rightarrow$ aceptable
- $0,60 \leq \alpha < 0,70 \rightarrow$ cuestionable
- $\alpha < 0,60 \rightarrow$ baja o inaceptable

Por tanto, el resultado obtenido ($\alpha = 0,852$) sugiere que los ítems del instrumento presentan un grado elevado de consistencia interna, es decir, que

están midiendo de manera coherente el mismo constructo psicológico: las dificultades en la regulación emocional. Esto refuerza la validez del análisis posterior de datos, ya que se garantiza que la escala es fiable para su uso en la muestra evaluada.

Además, el hecho de que no haya casos perdidos en este análisis (100% de los participantes respondieron a todos los ítems del instrumento) mejora la calidad del dato y aporta mayor robustez al coeficiente calculado.

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos para la escala DERS-10

Resumen de procesamiento de casos		
Casos	N	%
Válido	74	100
Excluido ^a	0	0
Total	74	100

Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad de la escala DERS-10 (α de Cronbach)

Estadística de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,852	10

5.3. Resultados sobre la fiabilidad del instrumento “Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)”

Para evaluar la consistencia interna de la escala utilizada para medir las experiencias traumáticas en la infancia, se aplicó el coeficiente Alfa de Cronbach sobre los 9 ítems que componen el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE).

En total, se obtuvo un número válido de 73 casos (98,6% de la muestra total), quedando excluido un solo caso (1,4%) por datos incompletos en alguno de los ítems del instrumento, como se muestra en la Tabla 1. Esta baja tasa de exclusión indica una alta completitud de respuestas y aporta solidez al análisis.

El valor del alfa de Cronbach obtenido fue de 0,793 (Tabla 2), lo que se interpreta como una fiabilidad aceptable, cercana a buena, según los criterios clásicos de interpretación psicométrica:

- $\geq 0,90$ → Excelente
- $0,80 - 0,89$ → Buena
- $0,70 - 0,79$ → Aceptable
- $0,60 - 0,69$ → Cuestionable
- $< 0,60$ → Deficiente

Este valor indica que los ítems utilizados para evaluar experiencias adversas o traumáticas durante la infancia están relacionados de manera consistente, y que la escala presenta un grado adecuado de coherencia interna para su aplicación en esta muestra. El resultado sugiere que los ítems reflejan un mismo constructo subyacente y que los participantes respondieron de forma homogénea.

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos – Cuestionario ACE

Resumen de procesamiento de casos – Cuestionario ACE		
Casos	N	%
Válido	73	98,6
Excluido ^a	1	1,4
Total	74	100

Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad – Cuestionario ACE

Estadísticas de fiabilidad – Cuestionario ACE	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,793	9

5.4. Resultado sobre la fiabilidad del instrumento “Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE)”

Para comprobar la consistencia interna de la escala de afrontamiento breve, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach sobre los 12 ítems que componen el instrumento. Este análisis tuvo como finalidad asegurar que los ítems miden de manera coherente el constructo de estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes.

La muestra estuvo compuesta por 74 participantes válidos, sin ningún caso excluido (100% de respuestas completas), como se observa en la Tabla 1, lo que garantiza la integridad del análisis. El resultado del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,787 (Tabla 2), valor que se interpreta como una fiabilidad aceptable, según los estándares psicométricos habituales:

- $\geq 0,90$ → excelente
- $0,80 - 0,89$ → buena
- $0,70 - 0,79$ → aceptable
- $0,60 - 0,69$ → cuestionable
- $< 0,60$ → pobre

Este resultado indica que los ítems presentan una adecuada consistencia interna, lo que sugiere que miden un mismo concepto general relacionado con el afrontamiento. Aunque el alfa no alcanza el nivel de “buena” fiabilidad ($\geq 0,80$), sí se encuentra en el rango superior de lo “aceptable”, lo cual es suficientemente sólido para justificar el uso del instrumento en investigaciones. Además, la ausencia de casos perdidos fortalece la fiabilidad de la estimación y la estabilidad de los resultados.

Tabla 1. Resumen de procesamiento de casos – Brief COPE

Resumen de procesamiento de casos – Brief COPE		
Casos	N	%
Válido	74	100
Excluido ^a	0	0
Total	74	100

Tabla 2. Estadísticas de fiabilidad – Brief COPE

Estadísticas de fiabilidad – Brief COPE	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,787	12

5.5 Resultados de interacción entre grupo de consumidores y de no consumidores con la Escala de Regulación Emocional (DERS)

Con el propósito de explorar posibles diferencias en la regulación emocional en función del historial de consumo de sustancias, se analizaron las puntuaciones obtenidas en la escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Se compararon dos grupos: personas con consumo regular de drogas (grupo 0) y personas sin historial de consumo regular (grupo 1). El consumo se definió como regular si se extendía durante más de un año, excluyendo el tabaco.

Los resultados descriptivos (Tabla 1) mostraron que el grupo de personas consumidoras (N = 31) obtuvo una media de 29,35 (DE = 7,88) en dificultades de regulación emocional, mientras que el grupo no consumidor (N = 43) presentó una media ligeramente inferior de 27,58 (DE = 7,40). A pesar de que la puntuación es mayor en el grupo consumidor —lo que en términos teóricos sugiere una mayor dificultad en el manejo de las emociones—, esta diferencia fue estadísticamente no significativa.

La prueba de Levene para la igualdad de varianzas no fue significativa ($F = 0,070$; $p = 0,791$), por lo que se asumió la igualdad de varianzas entre los grupos. En consecuencia, se utilizó la fila correspondiente en la prueba t de muestras independientes, cuyo resultado fue: $t(72) = 0,990$; $p = 0,325$ (Tabla 2).

La diferencia media fue de 1,77 puntos, con un intervalo de confianza del 95% entre -1,797 y 5,344, lo que indica que no se puede afirmar con seguridad que exista una diferencia real en la población.

En cuanto al tamaño del efecto, los resultados también sugieren una diferencia pequeña y poco relevante a nivel práctico (Tabla 3):

- d de Cohen = 0,233
- g de Hedges = 0,231
- Delta de Glass = 0,240

Dado que todos estos valores se sitúan por debajo del umbral habitual de 0,30, se interpreta que el efecto es bajo, lo cual refuerza la conclusión de que las diferencias observadas no tienen una relevancia práctica destacable en este caso.

Se exploró la relación entre el consumo regular de drogas y las dificultades en la regulación emocional mediante una correlación de Spearman. Los resultados, presentados en la Tabla 4, mostraron una correlación negativa muy débil y no significativa ($\rho = -0,094$, $p = 0,427$, $N = 74$). Esto indica que no se observa una asociación clara entre ambas variables en esta muestra, lo cual coincide con los resultados obtenidos previamente mediante la prueba t de comparación de medias. (Gráfico 1)

Gráfico 1. Dificultades en la regulación emocional según historial de consumo

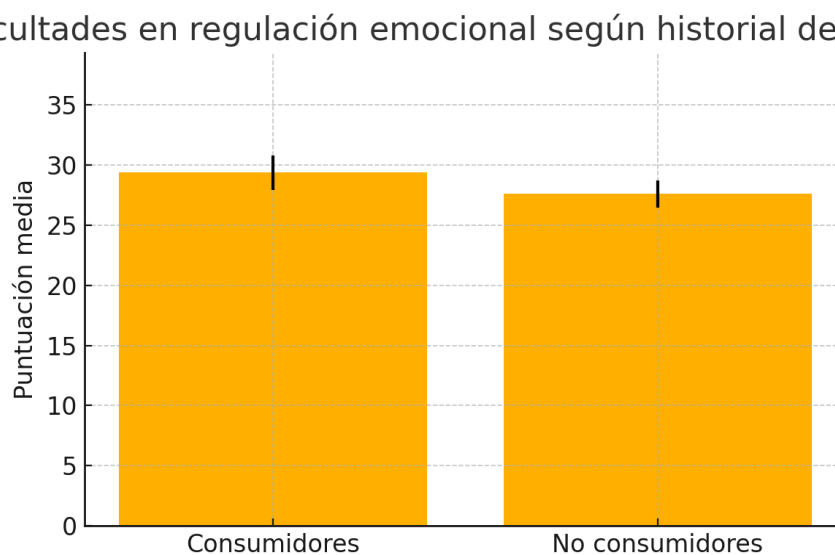


Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la regulación emocional según el consumo regular de drogas

Estadísticas de grupo – Dificultades en Regulación Emocional según consumo de drogas				
Consumo regular de drogas	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
Sí	31	29,35	7,876	1,415
No	43	27,58	7,401	1,129

Tabla 2. Prueba t de muestras independientes para diferencias en regulación emocional

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				95% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Significación P de un factor	P de dos factores	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	Se asumen varianzas iguales	,070	,791	,990	72	,163	,325	1,773	1,791	-1,797	5,344
	No se asumen varianzas iguales			,980	62,313	,165	,331	1,773	1,810	-1,844	5,391

Tabla 3. Tamaños del efecto en la comparación de regulación emocional según consumo

Tamaños de efecto de muestras independientes					
		Standardizer ^a	Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	d de Cohen	7,603	,233	-,231	,696
	corrección de Hedges	7,683	,231	-,228	,689
	delta de Glass	7,401	,240	-,226	,703

a. El denominador utilizado en la estimación de tamaños del efecto.

d de Cohen utiliza la desviación estándar combinada.

La corrección de Hedges utiliza la desviación estándar combinada, más un factor de corrección.

Delta de Glass utiliza la desviación estándar de la muestra del grupo de control (es decir, el segundo).

Tabla 4. Correlación de Spearman entre consumo regular de drogas y dificultades en la regulación emocional

Correlaciones				
		¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.		SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional
Rho de Spearman	¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.	Coefficiente de correlación	1,000	-,094
		Sig. (bilateral)	.	,427
		N	74	74
SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.	Coefficiente de correlación	-,094	1,000
		Sig. (bilateral)	,427	.
		N	74	74

5.6. Resultados de interacción entre grupo de consumidores y de no consumidores con el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)

Los resultados descriptivos muestran que el grupo de personas con historial de consumo regular de drogas (Grupo 0, N = 31) obtuvo una media de 6,70 (DE = 2,53) en experiencias adversas en la infancia. En contraste, el grupo sin historial de consumo (Grupo 1, N = 43) presentó una media inferior de 5,23 (DE = 2,36), como se observa en la Tabla 1. Estos datos preliminares sugieren que las personas que han consumido drogas de forma regular reportan un mayor número de experiencias adversas durante su infancia en comparación con quienes no lo han hecho (Gráfico 1).

Con el fin de evaluar si esta diferencia es estadísticamente significativa, se realizó una prueba t de muestras independientes. Previamente, se aplicó la prueba de Levene para comprobar la homogeneidad de varianzas, cuyo resultado no fue significativo ($F = 0,270$; $p = 0,605$), por lo que se asumió igualdad de varianzas y se interpretaron los resultados correspondientes (Tabla 2).

La prueba t reveló una diferencia significativa entre ambos grupos:

$$t(72) = -2,537, p = 0,013$$

$$\text{Diferencia de medias} = -1,472$$

$$\text{Intervalo de confianza del 95\%: } [-2,628, -0,315]$$

Estos resultados indican que las personas con historial de consumo de drogas reportan significativamente más experiencias adversas en la infancia que aquellas sin dicho historial.

Además, los tamaños del efecto calculados refuerzan la relevancia de este hallazgo (Tabla 3):

- d de Cohen = -0,598
- g de Hedges = -0,592

- Delta de Glass = -0,582

Estos valores indican un tamaño del efecto moderado-alto, lo cual sugiere que la diferencia observada no solo es estadísticamente significativa, sino también relevante desde el punto de vista práctico y clínico.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de experiencias adversas en la infancia según consumo regular de drogas

Estadísticas de grupo – Experiencias adversas en la infancia según consumo regular de drogas				
Consumo regular de drogas	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
Sí	31	5,23	2,362	0,424
No	43	6,7	2,531	0,386

Tabla 2. Prueba t de muestras independientes para diferencias en experiencias adversas

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Significación		Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
						P de un factor	P de dos factores			Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias aversivas en la infancia	Se asumen varianzas iguales	,270	,605	-2,537	72	,007	,013	-1,472	,590	-2,628	-,315
	No se asumen varianzas iguales			-2,566	67,286	,006	,013	-1,472	,574	-2,617	-,327

Tabla 3. Tamaños del efecto en la comparación de experiencias adversas según consumo

Tamaños de efecto de muestras independientes					
		Standardizer ^a	Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias aversivas en la infancia	d de Cohen	2,462	-,598	-1,068	-,124
	corrección de Hedges	2,488	-,592	-1,057	-,123
	delta de Glass	2,531	-,582	-1,056	-,100

a. El denominador utilizado en la estimación de tamaños del efecto.

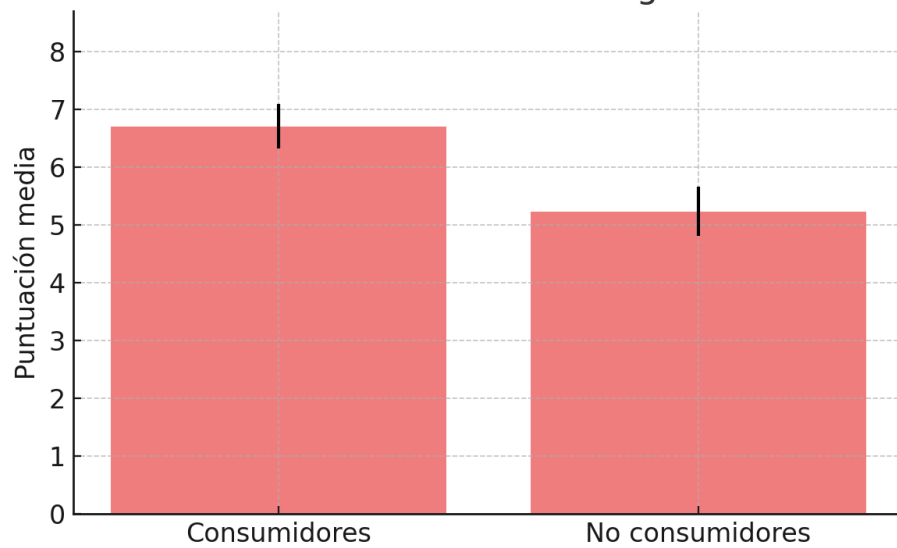
d de Cohen utiliza la desviación estándar combinada.

La corrección de Hedges utiliza la desviación estándar combinada, más un factor de corrección.

Delta de Glass utiliza la desviación estándar de la muestra del grupo de control (es decir, el segundo).

Gráfico 1. Experiencias traumáticas en la infancia según historial de consumo

Experiencias traumáticas en la infancia según historial de consumo



5.7. Resultados de interacción entre grupo de consumidores y de no consumidores con el Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE)

Con el objetivo de analizar posibles diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento entre personas con y sin historial de consumo regular de drogas, se aplicó la escala Brief COPE, que evalúa diversos estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes. Se realizó una prueba t de muestras independientes, diferenciando entre el grupo de personas consumidoras y no consumidoras de sustancias, considerando como consumo regular aquel mantenido durante más de un año, excluyendo el tabaco.

Los estadísticos descriptivos (Tabla 1) mostraron que las personas que no consumen drogas obtuvieron puntuaciones más altas en estrategias de afrontamiento ($M = 41,63$; $DE = 6,73$) que las personas que sí consumen ($M = 37,32$; $DE = 8,85$) (Gráfico 1).

Antes de proceder con el análisis inferencial, se verificó el supuesto de igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene, cuyo resultado fue significativo ($F = 4,385$; $p = 0,040$), lo que indica que no se cumplía la homocedasticidad. Por tanto, se tomaron los resultados de la prueba t bajo la condición de no asumir varianzas iguales (Tabla 2).

La prueba t reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos:

$$t(53,62) = -2,276; p = 0,027$$

Diferencia media = -4,305

Intervalo de confianza del 95%: [-8,098; -0,513]

Estos resultados indican que las personas sin historial de consumo regular de drogas utilizan en mayor medida estrategias de afrontamiento, con una diferencia estadísticamente significativa y consistente.

Además, se calcularon los tamaños del efecto para valorar la magnitud de esta diferencia (Tabla 3):

- d de Cohen = -0,560
- g de Hedges = -0,554
- Delta de Glass = -0,639

Estos valores indican un tamaño del efecto moderado, lo cual refuerza la idea de que la diferencia entre ambos grupos no solo es estadísticamente significativa, sino también relevante a nivel práctico y clínico.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de estrategias de afrontamiento (Brief COPE) según consumo regular de drogas

Estadísticas de grupo – Puntuaciones en estrategias de afrontamiento (Brief COPE) según consumo regular de drogas				
Consumo regular de drogas	N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
Sí	31	37,32	8,845	1,589
No	43	41,63	6,733	1,027

Tabla 2. Prueba t de muestras independientes para diferencias en estrategias de afrontamiento

Prueba de muestras independientes											
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
		F	Sig.	t	gl	Significación P de un factor	P de dos factores	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
										Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	Se asumen varianzas iguales	4,385	,040	-2,378	72	,010	,020	-4,305	1,810	-7,914	-,696
	No se asumen varianzas iguales			-2,276	53,619	,013	,027	-4,305	1,891	-8,098	-,513

Tabla 3. Tamaños del efecto en la comparación de estrategias de afrontamiento según consumo

Tamaños de efecto de muestras independientes					
		Standardizer ^a	Estimación de puntos	Intervalo de confianza al 95%	
				Inferior	Superior
SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	d de Cohen	7,684	-,560	-1,029	-,088
	corrección de Hedges	7,765	-,554	-1,018	-,087
	delta de Glass	6,733	-,639	-1,117	-,154

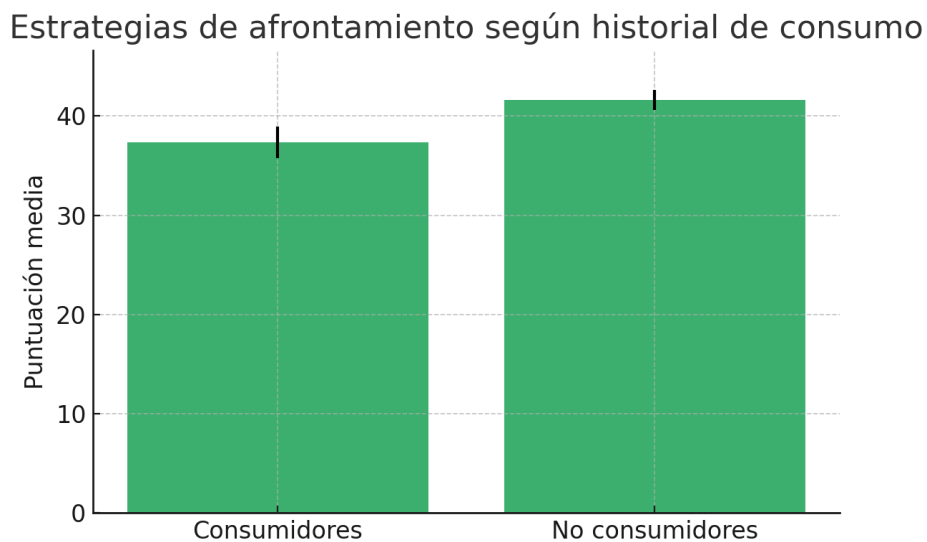
a. El denominador utilizado en la estimación de tamaños del efecto.

d de Cohen utiliza la desviación estándar combinada.

La corrección de Hedges utiliza la desviación estándar combinada, más un factor de corrección.

Delta de Glass utiliza la desviación estándar de la muestra del grupo de control (es decir, el segundo).

Gráfico 1. Estrategias de afrontamiento según historial de consumo



5.8. Resultados de interacción de nivel de estudios con el grupo de consumidores de drogas y de no consumidores

Se exploró la relación entre el nivel educativo y el consumo regular de drogas (definido como un consumo sostenido durante más de un año, excluyendo el tabaco), mediante una correlación de Spearman. Los resultados indicaron una correlación positiva y estadísticamente significativa ($\rho = .328$, $p = .005$, $N = 73$), como se muestra en la Tabla 1, lo que sugiere que a mayor nivel educativo, menor probabilidad de haber consumido drogas de manera regular. (Gráfico 1)

Esta relación se ve reforzada al observar la tabla de contingencia (Tabla 2), donde se muestra la distribución cruzada entre las puntuaciones del nivel educativo y la variable de consumo. Se observa que las personas con niveles educativos más bajos (puntuación 0 o 1) se concentran proporcionalmente más en el grupo de consumidores regulares. Por ejemplo, entre quienes tienen una puntuación de nivel educativo bajo (valor 1), 9 de 12 personas han consumido drogas de forma regular. En contraste, entre quienes tienen el nivel educativo más alto (valor 3), sólo 10 de 39 han consumido de manera regular.

Tabla 1. Correlación de Spearman entre nivel educativo y consumo regular de drogas

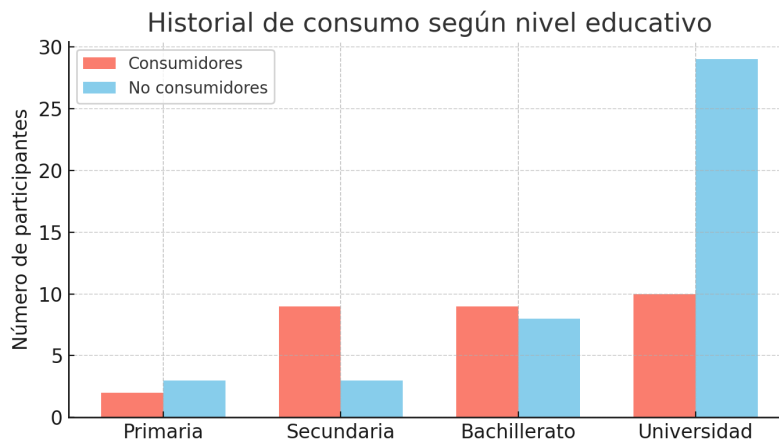
Correlaciones			Puntos: Nivel educativo	¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.
Rho de Spearman	Puntos: Nivel educativo	Coefficiente de correlación	1,000	,328**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	73	73
	¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.	Coefficiente de correlación	,328**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	73	74

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 2. Distribución del nivel educativo según consumo regular de drogas

Distribución del nivel educativo según consumo regular de drogas		
Nivel educativo	Sí ha consumido	No ha consumido
Estudios primarios	2	3
Estudios secundarios	9	3
Bachillerato	9	8
Estudios universitarios	10	29

Gráfico 1. Historial de consumo según nivel educativo



5.9. Resultados de interacción de nivel de estudios con la Escala de Regulación Emocional (DERS)

Se analizó la relación entre el nivel educativo y las dificultades en la regulación emocional mediante una correlación de Spearman (Tabla 1). Los resultados no mostraron una relación significativa ($\rho = 0,140$, $p = 0,238$, $N = 73$). Aunque se observó una leve correlación positiva, esta no alcanza significación estadística, por lo que no se puede afirmar que el nivel educativo influya en las dificultades para regular las emociones en esta muestra.

Tabla 1. Correlación de Spearman sobre la interacción de nivel de estudios con la Escala de Regulación Emocional (DERS)

		Correlaciones		
			SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	Puntos: Nivel educativo
Rho de Spearman	SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	Coeficiente de correlación	1,000	,140
		Sig. (bilateral)	.	,238
		N	74	73
	Puntos: Nivel educativo	Coeficiente de correlación	,140	1,000
		Sig. (bilateral)	,238	.
		N	73	73

5.10. Resultados de interacción de nivel de estudios con el Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE)

Se exploró la relación entre el nivel educativo y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Brief COPE) mediante una correlación de Spearman (Tabla 1). Los resultados mostraron una correlación prácticamente nula y no significativa ($p = 0,012$, $p = 0,919$, $N = 73$), lo que indica que el nivel educativo no se asocia con un mayor o menor uso de estrategias de afrontamiento en esta muestra.

Tabla 1. Correlación de Spearman sobre la interacción del nivel de estudios con el Inventario de Afrontamiento Breve (Brief COPE)

		Correlaciones		
			SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	Puntos: Nivel educativo
Rho de Spearman	SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	Coeficiente de correlación	1,000	,012
		Sig. (bilateral)	.	,919
		N	74	73
	Puntos: Nivel educativo	Coeficiente de correlación	,012	1,000
		Sig. (bilateral)	,919	.
		N	73	73

5.11. Resultados de interacción entre el grupo que consumió drogas de forma regular y el que no con la variable de buscar ayuda psicológica frente a experiencias traumáticas

Se realizó una prueba de Chi-cuadrado de Pearson para analizar la relación entre el consumo regular de drogas y la búsqueda de apoyo psicológico ante experiencias traumáticas. En términos descriptivos (Tabla 1), el porcentaje de personas que solicitaron ayuda fue algo menor entre quienes consumieron drogas (50%) en comparación con quienes no lo hicieron (59,4%) (Gráfico 1).

Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa, tal como se muestra en los resultados de la prueba de chi-cuadrado (Tabla 2):

$$\chi^2(1) = 0,550; p = 0,459; N = 62.$$

Tabla 1. Relación entre consumo regular de drogas y haber recibido apoyo profesional

Relación entre consumo regular de drogas y haber recibido apoyo profesional			
¿Ha recibido apoyo profesional?	Sí ha consumido	No ha consumido	
No	15	13	
Sí	15	19	

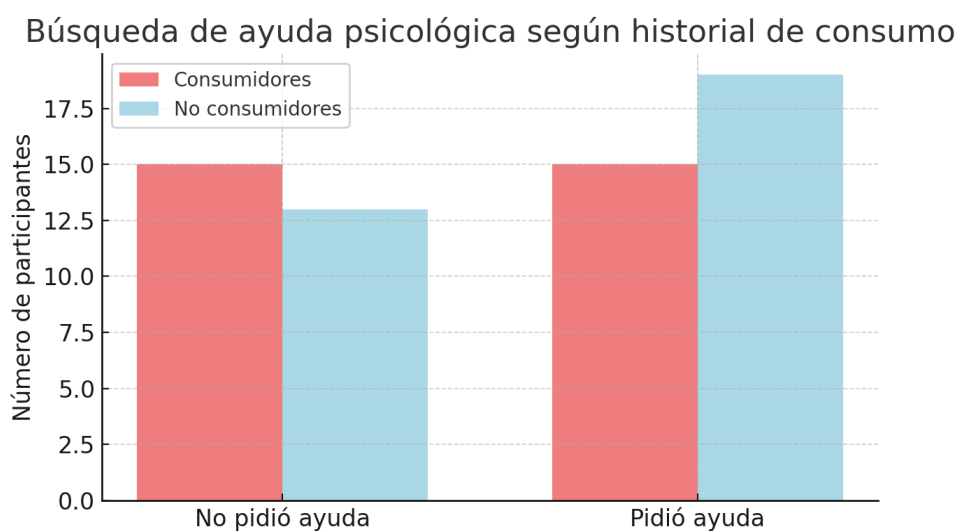
Tabla 2. Pruebas de Chi-cuadrado para la asociación entre consumo y apoyo recibido

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,550 ^a	1	,459		
Corrección de continuidad ^b	,236	1	,627		
Razón de verosimilitud	,550	1	,458		
Prueba exacta de Fisher				,610	,314
Asociación lineal por lineal	,541	1	,462		
N de casos válidos	62				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,55.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Gráfico 1. Búsqueda de ayuda psicológica según historial de consumo



5.12. Resultados de interacción entre las tres escalas utilizadas

Los resultados del análisis de correlaciones de Spearman muestran relaciones estadísticamente significativas entre las variables centrales del estudio: experiencias adversas en la infancia, dificultades en la regulación emocional y estrategias de afrontamiento (Tabla 1).

En primer lugar, se observa una correlación negativa entre las puntuaciones de trauma y las dificultades en la regulación emocional ($\rho = -.406, p < .001$). Dado que una puntuación más alta en la escala de trauma indica menor presencia de experiencias adversas, este resultado respalda la hipótesis de que las experiencias traumáticas durante etapas tempranas del desarrollo pueden interferir en el adecuado procesamiento emocional, generando vulnerabilidad ante situaciones de estrés o malestar. En segundo lugar, también se encontró una correlación negativa entre las estrategias de afrontamiento adaptativas y las dificultades en la regulación emocional ($\rho = -.646, p < .001$). Este hallazgo indica que a mayor uso de estrategias de afrontamiento eficaces, menores son las dificultades emocionales. Por último, se halló una correlación positiva entre las puntuaciones en la escala de trauma y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas ($\rho = .413, p < .001$). Teniendo en cuenta que puntuaciones más altas indican menor trauma, este resultado sugiere que quienes han experimentado menos traumas tienden a emplear con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento saludables, y viceversa.

Tabla 1. Correlaciones de Spearman entre dificultades en la regulación emocional, experiencias adversas en la infancia y estrategias de afrontamiento

Correlaciones			SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias adversas en la infancia	SUMA DE PUNTUACIONES ES Brief COPE
Rho de Spearman	SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	Coefficiente de correlación	1,000	-.406**	-.646**
		Sig. (bilateral)	.	<,001	<,001
		N	74	74	74
	SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias adversas en la infancia	Coefficiente de correlación	-.406**	1,000	,413**
		Sig. (bilateral)	<,001	.	<,001
		N	74	74	74
	SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	Coefficiente de correlación	-.646**	,413**	1,000
		Sig. (bilateral)	<,001	<,001	.
		N	74	74	74

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

5.13. Resultados de la regresión lineal comparando el grupo de consumidores y no consumidores con las tres escalas utilizadas

Se realizó una regresión logística binaria para analizar si las puntuaciones en dificultades de regulación emocional, experiencias traumáticas en la infancia y estrategias de afrontamiento predecían el consumo regular de drogas (0 = ha consumido, 1 = no ha consumido).

El modelo global fue estadísticamente significativo ($\chi^2 = 10,205$, $gl = 3$, $p = .017$), según se observa en la Tabla 3, y presentó un buen ajuste a los datos, tal como indica la prueba de Hosmer y Lemeshow ($p = .430$; véase Tabla 2). Además, explicó un 17,3% de la varianza total (R^2 de Nagelkerke = .173; Tabla 4).

A nivel individual (Tabla 1), las experiencias traumáticas en la infancia fueron un predictor marginalmente significativo del consumo ($B = 0,223$, $p = .050$, $\text{Exp}(B) = 1,250$). Dado que la variable se codificó como 0 = sí ha tenido traumas y 1 = no, este resultado indica que haber tenido experiencias traumáticas se asocia con una mayor probabilidad de haber consumido drogas de forma regular.

Las estrategias de afrontamiento también se acercaron a la significación estadística ($B = 0,088$, $p = .054$, $\text{Exp}(B) = 1,092$), sugiriendo que un mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas podría estar vinculado a una menor probabilidad de consumo.

Por su parte, las dificultades en regulación emocional no fueron un predictor significativo en el modelo ($p = .203$).

Tabla 1. Resultados del modelo de regresión logística binaria

		Variables en la ecuación					
		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1 ^a	SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional	,062	,049	1,617	1	,203	1,064
	SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias aversivas en la infancia	,223	,114	3,846	1	,050	1,250
	SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE	,088	,046	3,704	1	,054	1,092
	Constante	-6,239	3,066	4,142	1	,042	,002

a. Variables especificadas en el paso 1: SUMA DE PUNTUACIONES Dificultades Regulación Emocional, SUMA DE PUNTUACIONES Experiencias aversivas en la infancia, SUMA DE PUNTUACIONES Brief COPE.

Tabla 2. Prueba de Hosmer y Lemeshow para ajuste del modelo

Prueba de Hosmer y Lemeshow			
Paso	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1	8,035	8	,430

Tabla 3. Pruebas ómnibus de los coeficientes del modelo

Pruebas ómnibus de coeficientes de modelo				
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	10,205	3	,017
	Bloque	10,205	3	,017
	Modelo	10,205	3	,017

Tabla 4. Estadísticos resumen del modelo de regresión logística

Resumen del modelo			
Paso	Logaritmo de la verosimilitud -2	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1	90,426 ^a	,129	,173

a. La estimación ha terminado en el número de iteración 4 porque las estimaciones de parámetro han cambiado en menos de ,001.

6. Conclusiones del estudio

6.1. Conclusiones de los resultados estadísticos obtenidos

Los resultados obtenidos en el presente estudio permiten trazar un perfil complejo de las relaciones entre el consumo regular de drogas, las experiencias traumáticas en la infancia, las dificultades en la regulación emocional, el afrontamiento y el nivel educativo, en una muestra adulta con diversidad en edad y formación académica.

En primer lugar, se constató que existe una relación significativa entre el nivel educativo y el historial de consumo de drogas, de modo que las personas con menor formación académica presentaron una mayor prevalencia de consumo regular. Este hallazgo se alinea con investigaciones previas que sitúan al nivel educativo como un factor protector frente al consumo problemático, posiblemente debido a una mayor conciencia sobre los riesgos, acceso a información y recursos, y alternativas de afrontamiento (Patrick, Schulenberg, & O'Malley, 2012). Sin embargo, este efecto no parece estar mediado por una mejor regulación emocional ni por un mayor uso de estrategias de afrontamiento, ya que no se hallaron correlaciones significativas entre el nivel educativo y estas dos variables. Esta discrepancia plantea la posibilidad de que el nivel educativo influya en el consumo por otras vías —como el acceso a recursos, redes de apoyo, oportunidades laborales o mayor conciencia sobre los riesgos— y no directamente por mejoras en la autorregulación emocional.

En relación con la regulación emocional, tanto el análisis de comparación de grupos como la correlación entre puntuaciones mostraron ausencia de diferencias significativas entre personas consumidoras y no consumidoras. Esto indica que, en esta muestra, el consumo de drogas no se vincula directamente con mayores dificultades en la gestión emocional, contrariamente a lo que plantea parte de la literatura, que ha encontrado una asociación significativa entre ambas variables (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Veilleux et al., 2011). Tampoco el nivel educativo se relacionó con las dificultades en regulación emocional. Estas ausencias de relación podrían estar moduladas por factores no contemplados, como el tipo de drogas consumidas, el contexto sociofamiliar, la presencia de apoyo social o por las características de esta

muestra, ya que ésta sí refleja una diferencia donde el grupo que sí consume o consumió drogas de forma regular tiene mayores dificultades en la escala de regulación emocional, a pesar de no ser una diferencia significativa.

Por el contrario, los resultados fueron más consistentes en cuanto a la relación entre el trauma en la infancia y el consumo de drogas. Las personas que habían consumido sustancias de forma regular reportaron una media significativamente mayor de experiencias adversas infantiles. Esta diferencia fue tanto estadísticamente significativa como clínicamente relevante, con tamaños del efecto moderados, lo que refuerza la hipótesis de que el trauma temprano puede constituir un factor de riesgo relevante en la aparición del consumo sostenido. Estos hallazgos coinciden con una amplia base de investigaciones que han demostrado una asociación sólida entre experiencias adversas en la infancia y mayor vulnerabilidad al uso de sustancias en la adultez (Felitti et al., 1998; Levi et al., 2020), explicada en parte por el intento de autorregular emociones negativas o síntomas derivados del trauma.

Del mismo modo, se observó que las personas no consumidoras puntuaban más alto en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, y que la diferencia era significativa con un tamaño del efecto moderado. Esto sugiere que el afrontamiento podría actuar como un factor de protección, permitiendo a las personas manejar el malestar emocional de formas más saludables, reduciendo así la necesidad de recurrir al consumo de sustancias como vía de escape o regulación. Este resultado es consistente con estudios que señalan que el afrontamiento adaptativo, como la reevaluación cognitiva o la búsqueda de apoyo, se asocia con menor probabilidad de consumo problemático (Cooper et al., 2003; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

La regresión logística binaria permitió comprobar que el modelo que incluye trauma, regulación emocional y afrontamiento explica de manera significativa una parte de la variabilidad en el consumo de drogas (17,3%). De estas tres variables, el trauma fue un predictor marginalmente significativo, y el afrontamiento se acercó a la significación. En cambio, la regulación emocional no tuvo un peso significativo como predictor directo. Este resultado es coherente con los análisis bivariados y sugiere que el impacto del trauma podría operar de forma más directa en el inicio o mantenimiento del consumo, mientras que la

regulación emocional podría tener un papel más indirecto, posiblemente mediado por el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas. Esta posible mediación ha sido planteada en modelos teóricos como el de la hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1997), que propone que las personas con trauma no resuelto tienden a usar sustancias como forma de aliviar el sufrimiento emocional ante la ausencia de estrategias más funcionales.

En cuanto a las correlaciones entre las variables psicológicas, se identificaron patrones claros y consistentes con la literatura científica. Se observó que a mayor uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, menores son las dificultades en la regulación emocional ($\rho = -.646$), lo que destaca el papel protector del afrontamiento eficaz frente al malestar emocional. Además, a menor presencia de experiencias traumáticas en la infancia, mayor es el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas ($\rho = .413$), lo cual sugiere que el trauma puede interferir en el desarrollo de recursos emocionales y estrategias de afrontamiento saludables. Finalmente, una mayor exposición a experiencias traumáticas se asoció con mayores dificultades en la regulación emocional ($\rho = -.406$), un hallazgo que está en consonancia con estudios previos que vinculan el trauma con alteraciones en el manejo emocional (Gratz & Roemer, 2004; Sheppes et al., 2015).

Finalmente, el análisis de la variable de búsqueda de ayuda psicológica mostró que no existía una diferencia estadísticamente significativa entre consumidores y no consumidores. Aunque descriptivamente los no consumidores acudieron más a ayuda profesional ante traumas, esta diferencia no fue suficiente para afirmar una relación con base estadística. No obstante, el análisis pone de relieve la importancia de indagar no solo si se busca ayuda, sino también cuándo, cómo y con qué efecto, ya que estos factores pueden influir de manera crítica en los procesos de regulación emocional y afrontamiento.

Este hallazgo se encuentra en línea con estudios previos que destacan que la búsqueda de ayuda por sí sola no garantiza mejoras significativas, especialmente si no se produce de manera temprana o si el tipo de intervención no es adecuada a las necesidades del individuo (Hien et al., 2005; Weiss et al., 2004). En contextos de consumo problemático, factores como la duración del trauma, la percepción de autoeficacia, el estigma o el acceso limitado a servicios pueden

limitar el impacto positivo del apoyo recibido (Sigmund, 2002). Por tanto, más que la mera existencia de ayuda, es fundamental considerar la calidad, continuidad y el momento en que dicha intervención tiene lugar.

6.2. Limitaciones del estudio

A pesar de los hallazgos relevantes obtenidos, este estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados y su generalización.

1. Tamaño y tipo de muestra. La muestra utilizada fue relativamente pequeña ($N = 74$) y no probabilística, lo cual limita la representatividad de los resultados y su extrapolación a la población general. Además, se trató de una muestra autoseleccionada, lo que implica que quienes participaron pueden tener características particulares (mayor motivación, mayor conciencia sobre sus dificultades, etc.) que no necesariamente representan a personas con consumo de drogas en la comunidad.

2. Diseño transversal. Al tratarse de un estudio de corte transversal, no es posible establecer relaciones causales entre las variables. Por ejemplo, aunque se ha observado que el trauma infantil se asocia con el consumo de drogas, no se puede afirmar con certeza que el primero cause el segundo. Serían necesarios estudios longitudinales para esclarecer la dirección y temporalidad de estas relaciones.

3. Instrumentos autoinformados. Todas las variables se evaluaron mediante cuestionarios de autoinforme, lo que implica riesgos asociados a la deseabilidad social, el recuerdo inexacto (particularmente en el caso del trauma infantil) o la falta de introspección por parte de algunos participantes. Esto podría afectar la validez de las respuestas, especialmente en temáticas sensibles como el consumo de sustancias o las experiencias traumáticas.

4. Simplificación de variables complejas. Algunas variables se trataron de forma dicotómica o reducida (por ejemplo, consumo de drogas como sí/no, búsqueda de ayuda psicológica como presente/ausente), lo cual impide captar matices relevantes, como la frecuencia, el tipo de sustancias, la duración o el contexto del consumo, así como el tipo, duración y calidad de la ayuda recibida. Esto

puede haber limitado la sensibilidad del análisis y enmascarado relaciones significativas.

5. Falta de control de variables intervinientes. El estudio no incluyó el control de posibles variables moderadoras o mediadoras, como el tipo de droga consumida, el contexto familiar, la salud mental actual, la presencia de apoyo social o el acceso a recursos sanitarios. Estos factores podrían estar influyendo en las relaciones entre las variables analizadas, especialmente en el papel de la regulación emocional.

6. Limitaciones en la escala del trauma. Aunque se utilizó una versión abreviada del ACE para facilitar la recogida de datos, esto pudo haber reducido la capacidad del instrumento para captar todas las formas de trauma relevantes (abuso emocional, violencia comunitaria, negligencia, etc.). Esto puede haber subestimado la prevalencia real de experiencias adversas en la infancia.

6.3. Aportes del estudio y recomendaciones para futuras investigaciones o aplicaciones prácticas

Los hallazgos obtenidos en este estudio ofrecen puntos de partida relevantes para enriquecer tanto la investigación futura como la práctica clínica en el ámbito de las adicciones. Uno de los principales aportes es el enfoque integrador que combina variables emocionales, cognitivas y contextuales (como el trauma, la regulación emocional, el afrontamiento y el nivel educativo), lo cual permite aproximarse al fenómeno del consumo de drogas desde una perspectiva más compleja y cercana a la realidad clínica.

Desde el punto de vista de la práctica profesional, estos resultados invitan a replantear la forma en que se evalúa y aborda el consumo problemático de sustancias. Por ejemplo, se refuerza la importancia de realizar una evaluación sistemática de experiencias traumáticas en la infancia como parte de la anamnesis clínica, dado su vínculo significativo con el consumo sostenido, para poder trabajar estos traumas en la práctica clínica y así acabar con un detonante significativo del consumo.

Asimismo, se sugiere que los programas de intervención deberían incorporar entrenamientos específicos en estrategias de afrontamiento adaptativo, más allá

de la simple abstinencia o el control de impulsos. Esto implica un cambio en la lógica de intervención, poniendo el foco no solo en el síntoma del consumo, sino también en los mecanismos emocionales y cognitivos que lo mantienen que tengan aplicación en la vida diaria de la persona consumidora.

Los resultados también cuestionan ciertas asunciones tradicionales, como la idea de que la regulación emocional por sí sola es siempre un predictor claro del consumo. El hecho de que en este estudio no haya mostrado un peso predictivo directo sugiere que puede actuar más bien como una variable mediadora o dependiente del afrontamiento, lo que abre la puerta a modelos teóricos más dinámicos. En este sentido, futuros estudios podrían explorar rutas causales mediante modelos de mediación y moderación, así como incorporar variables como la impulsividad, el apoyo social o los estilos de apego, que podrían estar modulando estas relaciones.

Otro aporte práctico es el papel observado del nivel educativo, no tanto como variable explicativa emocional, sino como condicionante estructural del comportamiento. Este resultado apunta a la necesidad de complementar las intervenciones clínicas con estrategias de prevención que incluyan componentes psicoeducativos, comunitarios y estructurales, especialmente en poblaciones con menor acceso a educación formal.

En cuanto a la investigación futura, sería valioso replicar este estudio en muestras clínicas, juveniles o con diversidad cultural, así como emplear diseños longitudinales que permitan observar cómo evolucionan estas relaciones en el tiempo. Además, podría ser útil diferenciar entre tipos de sustancias, ya que es probable que los vínculos entre variables psicológicas y consumo varíen según la sustancia principal utilizada (por ejemplo, cannabis, alcohol, cocaína u opiáceos).

En definitiva, este trabajo sugiere que para intervenir de forma eficaz en el consumo de sustancias es necesario un enfoque que combine comprensión emocional, recursos de afrontamiento y atención al contexto vital, permitiendo así diseñar tratamientos más ajustados a las necesidades reales de cada persona.

7. Referencias

- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Lavender, J. M., & Gratz, K. L. (2013). *Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance-dependent inpatients. Journal of Traumatic Stress, 26*(3), 384–391. <https://doi.org/10.1002/jts.21817>
- Patrick, M. E., Schulenberg, J. E., & O'Malley, P. M. (2012). High school academic success and subsequent substance use: A panel analysis across 14 years. *Journal of Adolescent Health, 51*(5), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.02.019>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D., & Shaver, J. A. (2011). Negative affect intensity influences drinking to cope through positive expectancies, coping motives, and self-control. *Addictive Behaviors, 36*(9), 913–920. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.05.009>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). *Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale*. *Journal*

- of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41–54.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2015). *Emotion regulation: Current status and future prospects*. Psychological Inquiry, 26(1), 1–26.
<https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). *Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective*. Clinical Psychological Science, 2(4), 387–401.
<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- 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>
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). *Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(3), 307–318. <https://doi.org/10.1037/a0023421>
- Khantzian, E. J. (1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry, 142(11), 1259–1264.
<https://doi.org/10.1176/ajp.142.11.1259>
- Khantzian, E. J. (2003). *Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective*. Neuro-Psychoanalysis, 5(1), 5–21.
<https://doi.org/10.1080/15294145.2003.10773408>
- Sigmund, J. A. (2002). Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. *Psychiatric Services*, 53(11), 1482–1483.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.11.1482>
- Saladin, M. E., Brady, K. T., Dansky, B. S., & Kilpatrick, D. G. (2003). *Understanding comorbidity between PTSD and substance use*

- disorders: Two preliminary investigations. Addictive Behaviors, 28(4), 819–828. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00298-6)*
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., de Menil, V. P., & Cogley, C. B. (2004). *Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: Results of a pilot study. Journal of Clinical Psychiatry, 65(2), 267–270. <https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0218>*
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>*
- Felitti, V. J., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)*
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the DERS. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>*
- Levi, Y., et al. (2020). The role of complex trauma in substance use disorder among adolescents: A review. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 29(3), 149–163. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2020.1722612>*
- Sheppes, G., Suri, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 11, 379–405. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112739>*
- Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: Predictors and substance abuse outcomes. *Journal of Consulting and Clinical*

Psychology, 70(1), 67–78.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.67>

Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2005). *Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders*. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1426–1432.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1426>

Carver, C. S. (1997). *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92–100.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K., & Albino, A. (2003). *Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390–410. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.390>

Littleton, H., Horsley, S., John, S., & Nelson, D. V. (2007). *Trauma coping strategies and psychological distress: A meta-analysis*. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 977–988. <https://doi.org/10.1002/jts.20268>

Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D., & Shaver, J. A. (2011). *Negative affect intensity influences drinking to cope through positive expectancies, coping motives, and self-control*. *Addictive Behaviors*, 36(9), 913–920. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.05.009>

8. Anexos

8.1. Cuestionario administrado

Estudio para el trabajo de final de grado de Psicología sobre trauma y consumo de drogas.

"Relación entre trauma y consumo de drogas: ¿Las emociones no gestionadas llevan a la adicción?" Este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre las experiencias traumáticas, la regulación emocional y el consumo de sustancias en personas adultas. En concreto, se pretende analizar si las personas que han consumido drogas de manera habitual presentan mayores dificultades en la regulación emocional y han vivido más situaciones potencialmente traumáticas en comparación con personas que no han consumido.

Para participar en este estudio, es necesario ser **mayor de 18 años** y **proporcionar tu consentimiento informado**. Si decides participar, se te pedirá que respondas un cuestionario en línea, que aparecerá automáticamente una vez hayas proporcionado tu consentimiento. El cuestionario sólo te tomará 5/7 minutos y tu participación es esencial para sacar respuestas concluyentes sobre esta investigación. Todas las **respuestas serán anónimas** y serán utilizadas exclusivamente con fines académicos.

Si deseas conocer toda la información ética y legal relacionada con este estudio puedes hacerlo a través del siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1JNrX3s5TWBtghHY9s75nrxowx_TS5H7l/view?usp=sharing
Para cualquier duda, puedes contactar conmigo en: ivan.roman@estudiants.urv.cat

* Obligatorio

1. Consentimiento informado: *

Seleccione 6 opciones.

- He tenido la oportunidad de leer el documento de información para los participantes y he podido guardar una copia.
- Me han ofrecido la posibilidad de hacer preguntas y resolver dudas sobre el estudio y mi participación.
- Comprendo mi participación en el estudio según lo expresado en el documento de información y las respuestas a mis preguntas, así como los posibles riesgos y beneficios.
- Acepto que mi participación es voluntaria y doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.
- Soy consciente de que puedo retirarme en cualquier momento sin que esto me cause ningún perjuicio.
- Doy mi consentimiento para que mis datos sean utilizados según las condiciones detalladas en el documento de información.

2. Consiento participar en este estudio según lo que se indica en el documento informativo:

*

- Sí
- No

3. Edad

Escriba su respuesta

4. Género

- Hombre
- Mujer
- Otro / Prefiero no decirlo

5. Nivel educativo

- Primaria
- Secundaria
- Bachillerato
- Universitario

6. ¿Has consumido alguna vez drogas de manera regular? Siendo este consumo durante más de un año y excluyendo el tabaco.

- Sí
- No

7. En el caso de haber contestado que sí a la pregunta anterior, ¿qué sustancias has consumido regularmente?

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Otros

8. ¿Durante cuánto tiempo tuviste o tienes este consumo?

- Entre 1 y 2 años.
- Entre 2 y 5 años.
- Más de 5 años.

9. ¿Has intentado dejar de consumir drogas en algún momento?

- Sí
- No

10. En el caso de haber intentado dejar de consumir una droga permanentemente, ¿has sufrido alguna recaída?

- Sí
- No

11. • En una escala del 1 (nunca) al 5 (siempre), indica cómo te identificas con las siguientes afirmaciones:

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5
• Me cuesta controlar mis emociones cuando estoy estresado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• A menudo me siento sobrepasado/a por mis emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuando estoy triste o ansioso/a, me resulta difícil pensar con claridad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento evitar mis emociones en lugar de afrontarlas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Me resulta difícil calmarme cuando me altero emocionalmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cuando experimento una emoción negativa, siento que no puedo hacer nada para cambiarla.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Suelo reaccionar impulsivamente cuando tengo emociones intensas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Me siento frustrado/a cuando no puedo controlar mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento suprimir mis emociones para que no afecten a los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Me cuesta identificar lo que siento en momentos de malestar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. • Antes de los 18 años, ¿viviste situaciones de maltrato físico o verbal?

Sí

No

13. • ¿Perdiste a una figura de apego de forma traumática (muerte, abandono, etc.)?

Sí

No

14. • ¿Presenciaste violencia en tu hogar o en tu entorno cercano?

Sí

No

15. • ¿Viviste situaciones de abuso emocional o negligencia por parte de cuidadores?

Sí

No

16. • ¿Tuviste dificultades graves en la infancia/adolescencia que te marcaron emocionalmente?

Sí

No

17. • ¿Sufriste bullying o acoso escolar de forma frecuente?

Sí

No

18. • ¿Experimentaste abandono emocional por parte de tus padres o cuidadores?

Sí

No

19. • ¿Tuviste una infancia/adolescencia inestable (cambios frecuentes de hogar, problemas familiares graves, etc.)?

Sí

No

20. • ¿Has vivido una experiencia traumática en la edad adulta que sientes que te ha afectado profundamente?

Sí

No

21. Si respondiste "Sí" en alguna de las preguntas anteriores, ¿has recibido algún tipo de apoyo profesional para afrontarlo?

Sí

No

22. • En una escala del 1 (nunca) al 5 (siempre), indica cómo te identificas con las siguientes afirmaciones:

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Opción 4	Opción 5
• Intento ver el lado positivo de las cosas y aprender de la situación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Busco apoyo en amigos o familiares cuando me siento mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento distraerme de mis problemas en lugar de afrontarlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Uso sustancias (alcohol, tabaco, drogas) para manejar mi malestar emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento afrontar los problemas de manera directa y racional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Evito pensar en mis problemas y hago cosas para no sentirme mal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Me culpo a mí mismo/a por los problemas que afronto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento mantener la calma y centrarme en encontrar soluciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Me aislo de los demás cuando estoy pasando por un momento difícil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Suelo expresar mis emociones abiertamente en momentos de crisis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Recorro a la meditación o técnicas de relajación para manejar el estrés.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Intento ignorar mis emociones y actuar como si no existieran.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.2. Modelo de hoja de información al participante



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Històric
Carrer de l'Observatori, s/n
43002 - Tarragona
Tel: +34 977 558 024
Fax: +34 977 558 022
www.urv.cat



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Històric
Carrer de l'Observatori, s/n
43002 - Tarragona
Tel: +34 977 558 024
Fax: +34 977 558 022
www.urv.cat

MODELO DE HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO

Relación entre trauma y consumo de drogas: ¿Las emociones no gestionadas llevan a la adicción?

INVESTIGADOR PRINCIPAL / ESTUDIANTE

Ivan Roman Leal – Correo electrónico: ivan.roman@estudiants.urv.cat

CENTRO

Facultad de Ciencias de la Educación y Psicología - Universitat Rovira i Virgili (URV)

INTRODUCCIÓN

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

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación en Personas, Sociedad y Medio Ambiente de la Universitat Rovira i Virgili.

Nuestra intención es que reciba la información adecuada y suficiente para que pueda evaluar y decidir si desea o no participar en este estudio. Por este motivo, le rogamos que lea atentamente esta hoja informativa, y nosotros le aclararemos cualquier duda que pueda surgirle. Adicionalmente, le informamos de que usted es libre de consultar con las personas que considere oportunas antes de decidir sobre su participación en el estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar de opinión y retirar su consentimiento en cualquier momento.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre las experiencias traumáticas, la regulación emocional y el consumo de sustancias en personas adultas. En concreto, se pretende analizar si las personas que han consumido drogas de manera habitual presentan mayores dificultades en la regulación emocional y han vivido más situaciones

potencialmente traumáticas en comparación con personas que no han consumido.

Si decides participar en este estudio, se te pedirá que completes un cuestionario online elaborado con Microsoft Forms. Este cuestionario incluye aproximadamente 30 preguntas, que recogen información sociodemográfica (como edad, género o situación laboral), así como preguntas cerradas relacionadas con experiencias personales, consumo de sustancias, estrategias de afrontamiento y regulación emocional.

Completarlo requiere aproximadamente entre 8 y 10 minutos.

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

No será necesaria ninguna visita presencial; únicamente se solicita que respondas al cuestionario de forma honesta y voluntaria.

BENEFICIOS Y RIESGOS

Tu participación en este estudio puede contribuir a una mejor comprensión de la relación entre el trauma, la regulación emocional y el consumo de sustancias, lo cual podría ayudar a orientar futuras intervenciones en el ámbito de la salud mental y las adicciones. Los resultados del estudio podrían ser útiles para mejorar el conocimiento académico y profesional sobre estos fenómenos y sus posibles vínculos.

Este estudio no implica ningún riesgo para las personas participantes, ya que consiste únicamente en responder de forma voluntaria y anónima un cuestionario en línea. No se recogerán datos sensibles identificables ni se llevarán a cabo intervenciones que puedan generar malestar. En cualquier momento, la persona participante podrá abandonar el estudio sin ningún tipo de consecuencia.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

Este estudio no implica el tratamiento de datos personales, ya que los datos recogidos no podrán vincularse, directa o indirectamente, con sus titulares.