

---

# Experiencias adversas en la infancia en personas diagnosticadas por consumo de cocaína y cannabis: un estudio multicéntrico trasversal

---



Máster de Psicología General Sanitaria

Facultad de Ciencias Sociosanitarias

Universidad Miguel Hernández de Elche

Fecha: 30 de Mayo de 2016

Autor principal: Jesús Martí Esquitino

Tutor: Dr. José Luis Carballo Crespo

## Resumen

*Introducción.* Se ha visto que las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) son un factor de riesgo para múltiples patologías tanto físicas como psicológicas, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias pero hay pocos estudios específicos en población consumidora de cannabis y cocaína. *Objetivo.* Este estudio pretende aportar información sobre la relación entre las EAI y el consumo de cannabis y cocaína en adultos. *Diseño.* Estudio observacional retrospectivo con una sola medida sin grupo control. *Contexto.* El estudio se ha llevado a cabo en 7 centros de drogodependencias, públicos y concertados, de tratamiento ambulatorio, hospitalario y de internamiento, repartidos por la región de Murcia. *Participantes.* Se reclutaron 69 pacientes de 16 a 65 años entre Enero y Mayo de 2016. *Medidas.* Se utilizaron los cuestionarios de variables sociodemográficas, EAI y abuso/dependencia de cannabis/cocaína de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (WHO-CIDI). *Resultados.* La muestra estudiada tuvo mayor historia de enfermedad mental en los padres, violencia doméstica, abuso físico, sexual y negligencia, enfermedad física grave previa y adversidades financieras en la infancia que la muestra de referencia. *Discusión.* Los resultados apoyan la hipótesis de que la prevalencia de EAI en personas con trastornos por consumo de cannabis y cocaína es elevada respecto a la población general, principalmente en las experiencias más graves. Además tienden a ser hombres en desempleo con menor nivel educativo, solteros jóvenes que viven con sus padres. Las EAI pueden ser un factor a tener en cuenta en el consumo de cocaína, cannabis y alcohol. Son necesarios estudios longitudinales.

## **Abstract**

*Introduction.* The Adverse Childhood Events (ACE) are a risk factor for a variety of psychological and physical pathologies, including substance use disorders but there are less specific studies focused on the cocaine and cannabis user population. *Objectives.* The objective of this study is to add some information about the link between ACE and cannabis and cocaine use in adults. *Design.* Retrospective observational study without control group and one measure. *Setting.* This study has been carried in along 7 public and private drug treatment centers with either ambulatory, hospitalization or therapeutic community type of treatment, among the whole Murcian region. *Participants.* 69 patients between 16 and 65 years old were recruited from January to May 2016. *Measures.* Sociodemographic, ACE and cannabis/cocaine abuse/dependence questionnaires of the Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) were used. *Results.* The studied simple had a more intense story of mental illness among their parents, more household violence, physical and sexual abuse, neglect, severe physical illness and economic adversities during their childhood than the reference sample. *Discussion.* Results support the hypothesis of an increased prevalence of ACE in people with cannabis and cocaine use disorders compared with general population, mainly for the most severe experiences. Besides, they tend to be unemployed men, with lower education, single who live with their parents. The ACE may be an element to take into account in the study of cocaine, cannabis and alcohol use. Longitudinal studies are needed.

## **Introducción**

La definición operativa de experiencia adversa en la infancia (EAI) ha ido modificándose con el tiempo y según los autores. En un primer momento se tomaron en cuenta principalmente los abusos físicos y sexuales sufridos antes de los 16 años (Garmezy, 1971; Rutter, 1985; Rutter, 1987), pero conforme ha ido aumentando el cuerpo de investigación sobre la materia se ha incluido otro tipo de experiencias adversas como las pérdidas parentales por muerte, divorcio o separación, los trastornos mentales o del comportamiento en los padres, las dificultades económicas o los problemas judiciales de los padres (Benjet, Borges, & Medina-Mora, 2010; Bruffaerts et al., 2010; Dube, Anda, Felitti, Edwards, & Croft, 2002; Kessler et al., 2010; Reiser, McMillan, Wright, & Asmundson, 2014; Salinas-Miranda et al., 2015).

Existe un abundante número de estudios sobre las consecuencias de las adversidades en la infancia, estas incluyen un mayor consumo de alcohol, obesidad, asma, muerte prematura y diabetes entre otras (Dube et al., 2002). La mayor parte de estos estudios se centran en las consecuencias físicas (Monnat & Chandler, 2015) y el consumo de alcohol relacionados con los abusos sexuales y físicos en la infancia (Kunitz, Levy, McCloskey, & Gabriel, 1998), cuando toman en cuenta otras EAI aparte de malos tratos y negligencia, no distinguen entre los diferentes tipos de sustancias (Anda et al., 2006), muy pocos ponen énfasis en el consumo de cannabis y cocaína (Back et al., 2008; Houston, Murphy, Adamson, Stringer, & Shevlin, 2008), normalmente no incluyen, bien la marihuana (Douglas et al., 2010), bien la cocaína (Mersky, Topitzes, & Reynolds, 2013).

Sin embargo y aunque queda clara la relación entre EAI y patología en la adultez, el hecho de que no todas las personas que han estado expuestas a situaciones de maltrato

en la infancia desarrollen problemas con la cocaína o el cannabis supone la existencia de diferentes factores mediadores (como una determinada predisposición genética) que explicarían las diferencias en sensibilidad individual de las personas ante los efectos de la exposición a situaciones adversas respecto al consumo de cannabis y cocaína (McCrory, De Brito, & Viding, 2011). A su vez, se ha visto que el consumo de alcohol y otras drogas en la adultez puede estar precedido de abusos o negligencia parental en durante la infancia y se ha visto que el consumo de alcohol u otras drogas en padres es también un factor de riesgo para sus hijos con respecto al inicio del consumo de estos en la adolescencia (Lloyd & Turner, 2008; Whitesell et al., 2007).

Cabe destacar que algunos estudios han encontrado una correlación compleja entre EAI y patología en la edad adulta, en concreto, (Sudbrack, Manfro, Kuhn, de Carvalho, & Lara, 2015) observaron algunas consecuencias positivas en aspectos concretos relacionados con el afrontamiento del estrés, una menor sensibilidad, un menor miedo y menor ansiedad en hombres que habían sufrido abusos físicos o negligencia. (Schweizer et al., 2015) por su parte han encontrado una mejor capacidad de autorregulación emocional en aquellos expuestos a experiencias moderadamente adversas durante su edad infantojuvenil, parece haber una relación curvilínea en forma de U entre las EAI y la sensibilidad a los eventos estresantes posteriores, con los niveles de sensibilidad más bajos en individuos expuestos a una adversidad moderada (Oldehinkel, Ormel, Verhulst, & Nederhof, 2014; Seery, Holman, & Silver, 2010). Un estudio reciente con una muestra poblacional de más de 13 000 participantes encontró una suerte de círculo vicioso entre las experiencias adversas pasadas y las futuras, de manera que las personas que habían experimentado peor infancia estaban predisuestas a sufrir más estrés en la edad adulta, saturarse con mayor frecuencia y sabotear de este modo su salud y recuperación (Nurius, Green, Logan-Greene, & Borja, 2015). En esta línea de

investigación hay estudios que han encontrado un efecto de revictimización, donde la exposición a abusos físicos o sexuales se asocia con la exposición posterior a violencia de pareja y la probabilidad de sufrir más abusos sexuales, es decir, la victimización aumenta la vulnerabilidad a sufrir abusos en otras épocas de la vida (Benjet et al., 2015).

En definitiva, existe una abrumadora evidencia de las EAI como factor de riesgo importante en el bienestar de las personas, físico, mental y respecto al consumo de alcohol, y existe igualmente abundante literatura respecto a los antecedentes de EAI en personas que consumen alcohol u otras drogas pero hay muy pocos estudios específicos de cannabis y cocaína. Este estudio pretende aportar información en el conocimiento de la relación entre las EAI y el consumo de cannabis y cocaína en adultos. El objetivo principal fue analizar la prevalencia de experiencias adversas en la infancia en personas diagnosticadas de abuso/dependencia de cannabis y cocaína. La prevalencia de experiencias adversas sufridas en la infancia sería elevada en la muestra estudiada.

## **Método**

### **Participantes**

Se reclutaron 69 participantes de 17 a 65 años de edad de entre los pacientes en tratamiento en 7 centros de tratamiento de drogodependencias de la región de Murcia, tres públicos y el resto privados con un concierto con el Servicio Murciano de Salud. Tres de los centros dan atención ambulatoria y el resto en régimen de internamiento hospitalario o de comunidad terapéutica. Los *criterios de inclusión* de los participantes fueron: i) usuarios en tratamiento mayores de 16 años; ii) diagnosticados abuso de cannabis (F12.1), dependencia de cannabis (F12.2), abuso de cocaína (F14.1) o dependencia de cocaína (F14.2) -según criterios DSM-IV. Como *criterios de exclusión*:

i) ser mayor de 65 años; ii) personas que no tengan un nivel de español adecuado. Se incluyeron participantes independientemente de su comorbilidad psiquiátrica.

Todos los participantes excepto uno completaron todas las escalas. Los pacientes se seleccionaron independientemente de su momento de tratamiento en el centro, en los casos en que coincidió con el inicio del tratamiento se incluyeron los cuestionarios como parte del protocolo común de pruebas que se realizan en cada centro. Se tomó como muestra de referencia un estudio epidemiológico sobre salud mental en población general publicado recientemente y que cuenta con una muestra representativa de la población de la región de Murcia (Navarro-Mateu et al., 2015). La *tabla 1* muestra los datos sociodemográficos de ambas muestras. La muestra de entrevistados para este estudio es específica, de personas con diagnóstico de abuso y/o dependencia de cannabis/cocaína, predominantemente masculina, más joven que la muestra de referencia, en mayor porcentaje soltera, peor formada, en desempleo y continúa viviendo con su familia de origen.

**Tabla 1: Análisis de las variables sociodemográficas de la muestra entrevistada comparada con la población general**

	Entrevistados		Navarro-Mateu, 2015 <sup>#</sup>	
	n	%	n	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	56	81,2	1192	50,5
Mujer	13	18,8	1429	49,5
<b>Edad media en el reclutamiento (DT)</b>				
	36,26 (10,61)		48,59	
16-17	2	2,9	-	-
18-24	8	11,6	179	8,0
25-34	15	21,7	431	20,3
35-49	37	53,6	841	31,6
50-65	7	10,1	635	21,1
<b>Estado civil</b>				
Soltero/a	39	56,5	424	18
Casado/a	9	13	1879	71,1
Viudo/a-Separado/a-divorciado/a	21	30,4	318	10,9
<b>Tipo de Convivencia</b>				
Con padres o familia de origen	35	50,7	-	-
Solo/a o piso compartido	15	21,7	-	-

Con pareja e hijos/as	15	21,7	-	-
Únicamente con pareja	4	5,8	-	-
<b>Nivel Educativo<sup>a</sup></b>				
Alto	5	7,2	521	19,6
Medio alto	19	27,5	599	24,4
Medio bajo	34	49,3	830	31,8
Bajo	11	15,9	671	24,1
<b>Empleo</b>				
Trabajando	7	10,1	1331	52,0
Estudiante	3	4,3	106	4,6
Ama/o de casa	1	1,4	329	11,7
Jubilado/discapacitado	8	11,6	549	19,2
Desempleado	42	63,8	252	10,7
Otro	6	8,6	54	1,9

# Tomado del último estudio epidemiológico a escala regional (Navarro-Mateu et al., 2015).

a. Años completos de formación (4 categorías: Bajo= 0-6 años; medio bajo: 7-10 años; Medio alto: 11-15 años; Alto: 16 o más

## Variables e instrumentos

Todas las variables fueron calculadas a través de la versión 3.0 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview, CIDI) (Kessler & Üstün, 2004) en su adaptación cultural española (Navarro-Mateu et al., 2013). La CIDI fue desarrollada por la OMS para la “Iniciativa OMS sobre Encuestas de Salud Mental” (WHO World Mental Health Survey Initiative), está diseñada para su administración por entrevistadores legos en salud mental y para obtener los diagnósticos de los trastornos mentales en estudios epidemiológicos realizados en la población general. La entrevista está compuesta por un conjunto de escalas, la mayoría de las cuales son versiones adaptadas de escalas ya validadas previamente y ampliamente utilizadas en investigación, no obstante, durante su desarrollo se realizó una calibración clínica donde se comprobó su validez predictiva y convergente con la SCID (Kessler et al., 2004). Para el proyecto actual se utilizaron las preguntas correspondientes a los módulos de variables sociodemográficas, EAI, abuso y dependencia de cannabis y cocaína según criterios DSM-IV (López-Ibor Aliño & Valdés Miyar, 2002).



### *Variables sociodemográficas y de abuso y dependencia de cannabis*

La edad se dividió en rangos de 16 a 17 años, 18 a 24, 25 a 34, 35 a 49, 50 a 65. El estado civil se dividió en 3 categorías: casado/cohabitando, separado/divorciado/viudo o no casado. El tipo de convivencia en 4 categorías: Con padres o familia de origen, solo o piso compartido, con pareja e hijos y únicamente con pareja. El nivel educativo se dividió en 4 categorías: bajo para las personas que estudiaron de 0 a 7 años en total, medio-bajo para quienes estudiaron 8-11 años, medio-alto para quienes lo hicieron de 12 a 15 años, y alto para las personas con estudios universitarios terminados. Se dividió la situación laboral en 6 categorías: trabajando, estudiante, ama de casa, jubilado/discapacitado, desempleado y otro (Navarro-Mateu et al., 2015a). Se utilizaron 5 preguntas para comprobar que se cumplían los criterios diagnósticos de abuso y 10 para los de dependencia de cannabis y cocaína.

### *Experiencias Adversas en la Infancia*

Se utilizaron los 12 ítems dicotómicos que registran abuso físico y sexual, negligencia, pérdida parental, patología mental familiar, delincuencia y consumo de drogas en los padres, adversidades económicas y enfermedades físicas graves. Se dividieron las EAI en dos categorías principales, compuestas de 7 y 5 subcategorías respectivamente, según las recomendaciones de la WMH Survey Initiative y los últimos estudios de prevalencia: I. Funcionamiento familiar desadaptativo; II. Otras adversidades en la infancia (Kessler et al., 2010).

#### I. Funcionamiento Familiar Desadaptativo

La entrevista CIDI utiliza la Family History Research Diagnostic Criteria Interview para registrar información de las posibles patologías familiares (Endicott, Andreasen, & Spitzer, 1978). Hay preguntas sobre Depresión (DEP), Trastorno de Ansiedad

Generalizado (TAG) y trastorno de pánico (TP), el abuso de sustancias, los comportamientos criminales de los padres y sobre violencia doméstica. Para los criterios de DEP, TAG y TP hay 2 preguntas, la primera sobre la ocurrencia de síntomas relacionados la mayor parte del tiempo, la segunda sobre la interferencia en la vida diaria y la tercera sobre la búsqueda de ayuda profesional. Quienes respondieron las 2 preguntas afirmativamente fueron codificados como “problemas de salud mental parentales”.

Los criterios de abuso de sustancias incluían: a) tener un problema con el alcohol durante la crianza, b) la mayor parte del tiempo, c) que interfiriera mucho con las actividades de la vida del padre/tutor y d) haber buscado ayuda profesional. Responder afirmativamente a a, b y c y/o d codificó como problema de sustancias. Respecto al comportamiento criminal, hay dos preguntas sobre estar involucrados en actividades criminales y haber sido arrestado. Una respuesta afirmativa en cualquiera de ellas codificaba como comportamiento criminal parental. El criterio de violencia doméstica se codificó cuando alguno de los padres/tutores hubiera pegado, empujado, arrastrado o golpeado al sujeto antes de los 18 años o si este hubo presenciado peleas físicas en casa en este tiempo. Utilizando la escala de Tácticas de conflicto (Strauss, 1979), se clasificó a los sujetos con abuso físico si los adultos que más tiempo les cuidaron, les golpearon, abofetearon, insultaron...; negligencia en caso de que hubieran sido responsabilizados de otros menores a una edad muy temprana, obligados a realizar tareas peligrosas para su edad, si fueron dejados solos o sin supervisión, pasado hambre o no recibido atención médica cuando la necesitaban. Por último, se valoró el abuso sexual con dos preguntas sobre violaciones y tocamientos involuntarios. Cuando los abusos se repitieron 3 o más veces se codificó como “abuso sexual continuado”, cuando ocurrieron 1 o 2 veces se codificó como “abuso sexual” (Corina Benjet et al., 2010).

## II. Otras adversidades

Las preguntas sobre pérdida parental se refirieron a pérdidas anteriores a los 16 años, ya sea por divorcio, muerte u otras razones. Las respuestas de “internado”, “acogimiento”, “abandono del hogar” y “padre en prisión” se codificaron como “otras pérdidas parentales”. Si la familia del sujeto recibió ayuda del gobierno para familias pobres antes de sus 16 años se codificó como adversidades económicas. También se codificó la categoría de “enfermedad física grave” si se tuvo una enfermedad física que pusiera en peligro la vida antes de los 18 años.

### **Procedimiento**

Para el reclutamiento de los participantes se utilizó la colaboración del Grupo Colaborativo de Innovación en Adicciones (G-COINAD) integrado por todos los centros de atención a drogodependencias de la región, y que en este caso contó con 7 centros participantes: las comunidades terapéuticas de El Buen Camino, La Huertecica, Betania y Las Flotas, el centro de día de Heliotropos, el Centro de Salud Mental de Yecla y la Unidad de Desintoxicación Hospitalaria del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Los centros están repartidos por toda la región de Murcia, tanto en áreas rurales como urbanas y reciben pacientes para tratamiento en su mayoría desde los centros de atención primaria en el caso de los públicos o desde los Centros de Atención a Drogodependencias (CAD) públicos, los centros privados.

En cada centro se asignó un profesional responsable de la investigación y de reclutar a los participantes. El reclutamiento se realizó de forma compaginada con la recogida de datos durante los meses de Enero a Mayo de 2016. En este sentido, se hizo una búsqueda por sus historiales clínicos y se escogieron 10 usuarios con diagnóstico de abuso/dependencia de cannabis y/o cocaína en cada centro, se comprobó que cumplían

con los criterios de inclusión y exclusión, se les informó de que habían sido seleccionados, del objetivo principal del estudio y se les solicitó la participación voluntaria sin retribución de ningún tipo. Se informó de que los datos serían anónimos y una vez que dieron su consentimiento verbal, los participantes realizaron los cuestionarios en un ordenador de forma autónoma, en la plataforma habilitada para ello, con un miembro del personal del centro cerca para solventar las dudas. El tiempo medio necesario para completar los cuestionarios fue de 15 minutos y la única intervención del profesional fue registrar su fecha de nacimiento en la plataforma. La plataforma online crea automáticamente una hoja de cálculo con todas las respuestas que es implementada en una base de datos para su estudio, la base de datos no contiene ningún dato que pueda identificar a los participantes. El estudio se llevó a cabo en dos fases:

Fase I: Puesta en marcha. Una vez presentado el proyecto al coordinador técnico regional de drogodependencias de Murcia y a la universidad, se realizó una reunión con representantes de los centros del G-COINAD en el estudio donde se esbozó el proyecto y se solicitó trabajo en equipo para llevarlo a cabo. Se fijaron retribuciones en forma de participación en las publicaciones que se deriven del estudio. Después se registró un representante de cada centro en la página web donde después se realizaron los cuestionarios. Se introdujeron los cuestionarios en la página web y se fijó un cronograma y el método para la selección de los participantes.

Fase II: Evaluación. Una vez seleccionados los participantes del grupo de casos, se realizó la recolección de datos.

### **Tipo de diseño**

Para este estudio se ha utilizado un diseño observacional retrospectivo con una sola medida, sin grupo control.

## **Análisis de los datos**

Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias de las variables sociodemográficas, las de EAI y abuso y dependencia de cocaína y cannabis. Se utilizó la versión 20 del programa de análisis estadístico SPSS.

## **Resultados**

La *tabla 2* muestra el análisis de frecuencias según las categorías descritas, se han extraído los porcentajes según Funcionamiento Familiar Desadaptativo y Otras Experiencias Adversas para analizar la prevalencia de EAI en la muestra estudiada. Como muestra de referencia de EAI se ha utilizado un estudio internacional del grupo de la WMH Survey Initiative con una muestra completa de 51 945 participantes, y una muestra específica de países ricos en la que se incluye España, de 20 652. Este es el estudio publicado más reciente de carácter internacional que valora la relación entre EAI y psicopatología posterior, además utiliza la entrevista CIDI (Kessler et al., 2010).

Los análisis encontraron una alta prevalencia de enfermedades mentales en los padres de la muestra estudiada, así como violencia doméstica, abuso físico, sexual y negligencia muy por encima de lo esperable, en comparación con la muestra general de referencia. Este grupo de EAI son consideradas más graves en relación a las consecuencias a corto, medio y largo plazo que generan en las personas que las sufren (Bellis et al., 2014; Felitti et al., 1998).

Respecto a Otras EAI, la muestra estudiada triplicó la prevalencia de enfermedades físicas y casi triplicó la de adversidades financieras respecto a la muestra de referencia. En cambio la muerte parental fue menos prevalente y el divorcio parental u otras pérdidas parentales fueron semejantes en ambas muestras.

**Tabla 2: Experiencias adversas en la Infancia (EAI)<sup>a</sup>**

<b>Experiencias adversas en la infancia (EAI)</b>	<b>Entrevistados N=69 n (%)</b>	<b>Kessler 2010<sup>#</sup> N= 20 652 (%)</b>
<b>I. Funcionamiento familiar desadaptativo<sup>b</sup></b>		
Enfermedad mental de los padres	46 (66,7)	(5,3)
Consumo de drogas de los padres	3 (4,3)	(4,5)
Delincuencia de los padres	6 (8,7)	(3,4)
Violencia doméstica	37 (53,6)	(7,8)
Abuso físico	46 (66,7)	(5,3)
Abuso sexual	11 (15,9)	(2,4)
Negligencia	35 (50,7)	(4,4)
<b>II. Otras Experiencias Adversas en la Infancia<sup>c</sup></b>		
Muerte parental	4 (5,8)	(11,0)
Divorcio parental	6 (8,7)	(10,1)
Otras pérdidas parentales	3 (4,3)	(4,0)
Enfermedad física	11 (15,9)	(3,9)
Adversidades financieras	9 (13,0)	(5,2)
<b>III. Funcionamiento Familiar Global (FFG) (Rango: 0-7)<sup>d</sup>, media [DT]</b>		
	2,67 [1,624]	
0	10 (14,5)	
1	6 (8,7)	
2	17 (24,6)	
3	8 (11,6)	
4	22 (31,9)	
5	4 (5,8)	
6	2 (2,9)	
<b>IV. Otras EAI (OEAI) (Rango: 0-5), media [DT]<sup>e</sup></b>		
	0,48 [0,655]	
0	41 (59,4)	
1	24 (34,8)	
2	3 (4,3)	
3	1 (1,4)	
<b>V. ICEAI total Media [DT] Rango: 0-12<sup>f</sup></b>		
	3,14 [1,91]	
0	7 (10,1)	(61,6) <sup>@</sup>
1	8 (11,6)	(59,3)
2	10 (14,5)	(22,5)
3	13 (18,8)	(9,0)
4	15 (21,7)	(5,0)
≥5	16 (23,1)	(4,2)
<b>VI. Cualquier EAI<sup>g</sup></b>		
No=0	7 (10,1)	(61,6)
Sí=1	62 (89,9)	(38,4)

a. Análisis descriptivo de las EAI en la muestra a estudio comparada con los resultados de un estudio internacional que incluye datos de España.

b. Las 12 EAI se dividen en dos grandes bloques, el funcionamiento familiar desadaptativo constituye el más grave.

c. El bloque Otras experiencias en la Infancia es más común en población general.

d. El Funcionamiento Familiar Global (FFG) mide el número de categorías de funcionamiento familiar desadaptativo afectadas, media, DT, n y porcentajes.

e. El índice OEAI mide el número de categorías de otras EAI sufridas, media, n y porcentajes.

f. El índice total de Categorías de EAI mide el total de categorías de EAI afectadas en los dos bloques en media, DT, n y porcentajes.

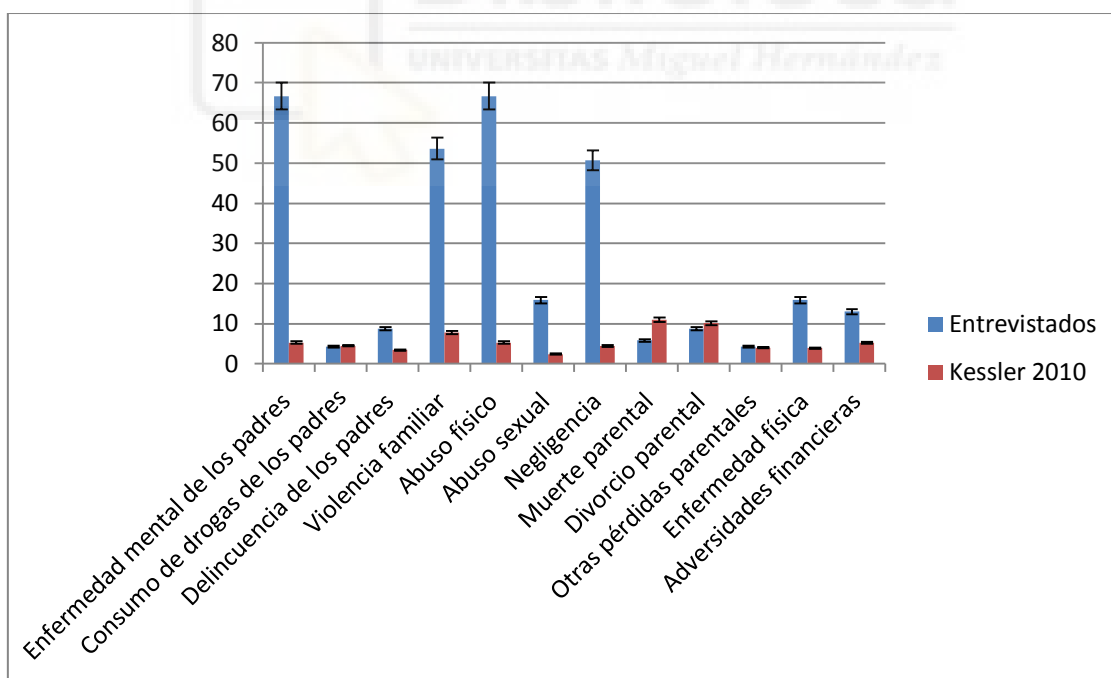
g. La variable Cualquier EAI mide el porcentaje de personas que han sufrido EAI independientemente del número.

# Datos para países ricos en el estudio (Kessler et al., 2010) con muestra de 20 652 participantes.

@ Las cinco últimas filas se refieren al porcentaje de participantes que tuvieron cualquier EAI, que hayan tenido exactamente 1, 2, 3, 4, 5 o más, las filas 2 a 5 son el desglosado de la fila 1.

El Funcionamiento Familiar Global (FFG) expresa el porcentaje de personas que tuvo 0 a 6 EAI consideradas graves. Un 84,5% de la muestra sufrió al menos una de estas EAI. La medida de las otras EAI está expresada en el OEAI, que mostró un porcentaje elevado de personas que han sufrido al menos una de estas EAI menos graves, sin embargo la prevalencia fue menor que en el caso de las EAI relacionadas con el funcionamiento familiar.

La *figura 1* muestra de forma gráfica la diferencia entre la muestra de referencia y la de estudio en cada una de las EAI. Las mayores diferencias están en el funcionamiento familiar desadaptativo.



**Figura 1: Porcentaje de personas que han sufrido EAI según categorías**

Se obtuvo también el Índice de Categorías EAI (ICEAI) calculado como el sumatorio de las categorías afectadas y se vio de nuevo un elevado porcentaje de personas con EAI, alrededor del 90%, comparado con la muestra de referencia que arrojó un 59,3%. El

índice ICEAI permite agrupar todas las categorías de EAI y compararlas con otros estudios con muestras generales más grandes. En esta muestra específica se aprecian las diferencias en la distribución de ocurrencia de EAI según grupo, de manera que los participantes del presente estudio tuvieron con más frecuencia más EAI, como se puede apreciar en la *figura 2*.

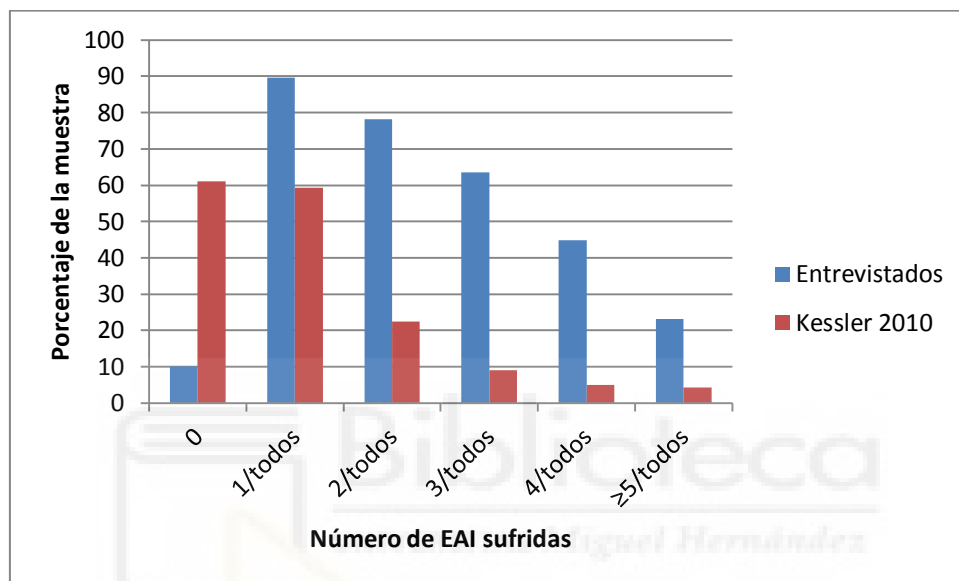


Figura 2: Porcentaje de ordenadas por número de EAI sufridas

La *figura 3* muestra de forma gráfica la inversión de porcentajes en ocurrencia de EAI entre las dos muestras. La muestra a estudio obtuvo un porcentaje elevado de personas que habían sufrido EAI mientras que en la de referencia fue al contrario.



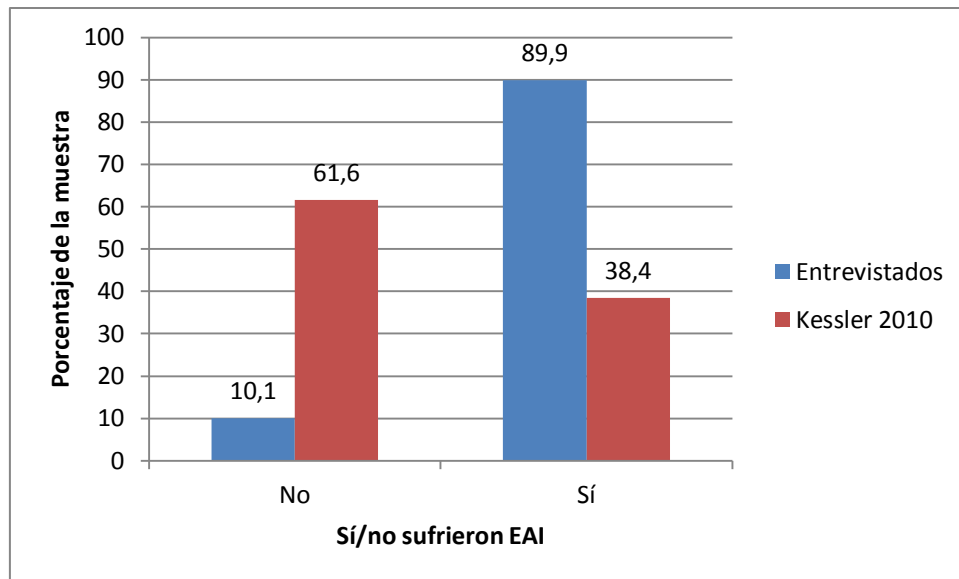


Figura 3: Porcentaje de personas según han sufrido o no EAI por grupos

La *tabla 3* muestra la comprobación de diagnóstico de los sujetos reclutados para el estudio. Todos los participantes cumplieron criterios de abuso de cannabis/cocaína y todos menos uno de dependencia de forma que el 100% de los participantes cumplió alguno de los diagnósticos de inclusión. También se muestra la media de síntomas, que superó los 10 sobre 15 posibles.

Tabla 3: Comprobación de diagnóstico clínico<sup>a</sup>

Consumo de cocaína y cannabis	Entrevistados (N=68)
	n (%)
<b>I. Diagnósticos (Sí/No)<sup>b</sup></b>	
Abuso	68 (100)
Dependencia	67 (98,5)
Cualquier diagnóstico <sup>c</sup>	68 (100)
<b>II. Número de síntomas de abuso o dependencia Media (DT)<sup>d</sup></b>	
	11 (2,3)

a. Se comprobó que todas las personas seleccionadas cumplían criterios de inclusión y exclusión.

b. Se Los 5 ítems dicotómicos de abuso y 10 de dependencia servían para establecer diagnóstico. 1 criterios positivo para diagnóstico y 3 o más para dependencia, en los 12 meses previos a la entrevista.

c. Suma de sujetos que cumplen diagnóstico de dependencia o abuso.

d. Número de síntomas de abuso o dependencia según situación casos/controles. Para su cálculo se sumó el número de criterios de abuso o dependencia con valor=1.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio apoyan la hipótesis propuesta de que la prevalencia de EAI en personas con trastornos por consumo de cannabis y cocaína es elevada con respecto a la población general. La mayoría de las EAI, pero principalmente las más graves, referentes al funcionamiento familiar desadaptativo, son considerablemente más prevalentes en la muestra estudiada en comparación con estudios epidemiológicos de población general. La historia biográfica de estas personas está salpicada de eventos traumáticos que es necesario tratar en el proceso de recuperación de las adicciones; han tenido infancias con más violencia, abandono, abusos físicos y sexuales, mayores dificultades económicas, mayor probabilidad de tener padres con problemas de consumo de sustancias o criminalidad e incluso enfermedades físicas graves durante el crecimiento. Además, tienden a permanecer en desempleo, tienen un nivel educativo más bajo, están solteros, viven con sus padres y son hombres en mayor proporción que la población general aunque debido al tipo de estudio no se puede diferenciar si son las EAI o el consumo de sustancias el factor de riesgo más importante en relación a los hallazgos sociodemográficos.

Las EAI pueden ser un factor importante a tener en cuenta entre los que influyen en el mantenimiento del consumo de cocaína y cannabis, además del alcohol y otras drogas como se ha visto en otros estudios. Se ha encontrado un mayor número de EAI en el grupo de entrevistados, independientemente de la gravedad de los mismos. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de otros autores sobre la sensibilización para el consumo de drogas en forma de U con respecto a las EAI, así, aporta base a la predicción sobre la mayor sensibilidad de las personas con un número o gravedad elevada de EAI para desarrollar psicopatología, además, en el presente estudio se ha encontrado un aumento de las EAI más graves. El hecho de sufrir mayor número de EAI es coherente con los

resultados de estudios previos donde se ha encontrado interrelación entre el hecho de sufrir una primera EAI y un aumento de la probabilidad de sufrir otras EAI en edades posteriores. (Dong, Anda, Dube, Giles, & Felitti, 2003; Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003; Felitti et al., 1998; Houston et al., 2008).

El tipo de estudio impide establecer relaciones de causalidad pero la relación temporal entre exposición y resultado es adecuada, dado que primero ocurren las EAI y después el consumo de cocaína y/o cannabis. Tampoco se pueden generalizar los resultados aunque la muestra estudiada puede ser representativa de la población de consumidores de cocaína y cannabis en tratamiento en Murcia debido a que se trata de un estudio multicéntrico donde los centros colaboradores están repartidos por toda la región de Murcia. Además están representados todos los tipos de tratamiento que existen en la región, a pesar de ser una muestra pequeña la validez ecológica de los datos es consistente. En general, es difícil controlar el sesgo de memoria de los estudios retrospectivos, sin embargo la investigación previa apoya la validez de los recuerdos en estudios con maltrato y adversidades en la infancia (Bernstein et al., 1994; Hardt & Rutter, 2004) de modo que si existe tal sesgo este provoca una infraestimación de la prevalencia de las EAI y de sus consecuencias, por lo que los resultados positivos pueden ser interpretados con seguridad (Dube, Williamson, Thompson, Felitti, & Anda, 2004; Pinto, Correia, & Maia, 2014). Por otro lado, se escogieron medidas altamente validadas que se utilizan en los estudios epidemiológicos de la OMS (Kessler et al., 2004) y los participantes utilizaron un ordenador de forma autónoma para contestar los cuestionarios, lo cual reduce el sesgo del entrevistador.

Este estudio pone de manifiesto la necesidad de ampliar el foco de investigación a todos los tipos de EAI y todos los tipos de sustancias psicoactivas que pueden tener relación. Las políticas preventivas en drogodependencias deben priorizar el cuidado de la

infancia y se hace necesario realizar estudios prospectivos además de otros que amplíen la muestra e incluyan controles poblacionales, con el objetivo de valorar con mayor profundidad hasta qué punto las EAI son un factor de riesgo para el inicio y mantenimiento del consumo de cannabis y cocaína, aparte del resto de drogas de las que hay más estudios. Por otra parte, esta investigación puede ser el inicio de un proyecto más amplio de colaboración entre centros de tratamiento de drogodependencias, a través de una plataforma sencilla y práctica, que garantiza la privacidad de los participantes a la vez que permite compartir datos para los estudios de investigación.

Para concluir, sería fundamental poner el foco de investigación en los factores de riesgo asociados a los trastornos por abuso o dependencia de cocaína y cannabis, y así facilitar las intervenciones psicológicas individuales o grupales además de la adaptación y mejora de las políticas preventivas en el ámbito de las drogodependencias.

## **Agradecimientos**

Este estudio ha sido posible gracias al apoyo del Dr. Juan Jiménez Roset, Coordinador Técnico Regional de Drogodependencias de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, que ha promovido en primer lugar la creación del G-COINAD, facilitado y motivado a los centros para su participación en este primer estudio multicéntrico.

Al Dr. José Luis Carballo Crespo, por su apoyo, consejo y supervisión en todas las iniciativas para las que le he pedido ayuda.

A los directores de los centros de atención a drogodependencias que han participado (UDH HGURS, CSM Yecla, El Buen Camino, La Huertecica, Heliotropos, Betania, Las Flotas) y a los responsables del área de investigación, Rosario Martínez, Juan Mayor, Inmaculada Cobo, Pablo Ventura, Mayte Álvarez, Ángel Andrés Maroto, M<sup>a</sup> Carmen

Navarro, Joaquín Abellán, Azucena Escobar, Lourdes Barceló, Francisco Lucas y Begoña Ballester.

Y por supuesto, a los participantes del estudio, que se han prestado voluntarios sin remuneración alguna u otro beneficio personal.



## Referencias

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <http://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Back, S. E., Brady, K. T., Waldrop, A. E., Yeatts, S. D., McRae, A. L., & Spratt, E. (2008). Early life trauma and sensitivity to current life stressors in individuals with and without cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34(4), 389-396. <http://doi.org/10.1080/00952990802122614>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., ... Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(9), 641-655. <http://doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
- Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732-740. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., ... Koenen, K. C. (2015). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychological Medicine*, 1-17. <http://doi.org/10.1017/S0033291715001981>
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132-1136. <http://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074716>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27(6), 625-639.

- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., ... Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7-13. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.004>
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Endicott, J., Andreasen, N. C., & Spitzer, R. L. (1978). *Family history research diagnostic criteria*. New York, NY: Biometrics Research: New York State Psychiatric Institute.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Garnezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116.
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260-273.
- Houston, J. E., Murphy, J., Adamson, G., Stringer, M., & Shevlin, M. (2008). Childhood Sexual Abuse, Early Cannabis Use, and Psychosis: Testing an Interaction Model Based on the National Comorbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 580-585. <http://doi.org/10.1093/schbul/sbm127>

- Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. I., Gibbon, M., Guyer, M. E., ... Zheng, H. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 122-139.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kessler, R. C., & Ustün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 93-121.
- Kunitz, S. J., Levy, J. E., McCloskey, J., & Gabriel, K. R. (1998). Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1079-1091.
- Lloyd, D. A., & Turner, R. J. (2008). Cumulative lifetime adversities and alcohol dependence in adolescence and young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence*, 93(3), 217-226. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.09.012>
- López-Ibor Aliño, J. J., & Valdés Miyar, M. (2002). *DSM-IV-TR : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales : texto revisado*. Barcelona: Elsevier Masson.
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 48. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00048>
- Mersky, J. P., Topitzes, J., & Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: a cohort study of an urban, minority sample in the U.S. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 917-925. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.011>
- Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long-Term Physical Health Consequences of Adverse Childhood Experiences: Adverse Childhood Experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723-752. <http://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., ... Navarro, C. (2013). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization



- Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 27(4), 325-331. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.005>
- Navarro-Mateu, F., Tormo, M. J., Salmerón, D., Vilagut, G., Navarro, C., Ruíz-Merino, G., ... Alonso, J. (2015). Prevalence of Mental Disorders in the South-East of Spain, One of the European Regions Most Affected by the Economic Crisis: The Cross-Sectional PEGASUS-Murcia Project. *PLOS ONE*, 10(9), e0137293. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0137293>
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, 45, 143-153. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>
- Oldehinkel, A. J., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Nederhof, E. (2014). Childhood adversities and adolescent depression: a matter of both risk and resilience. *Development and Psychopathology*, 26(4 Pt 1), 1067-1075. <http://doi.org/10.1017/S0954579414000534>
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. <http://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D., & Asmundson, G. J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 38(3), 407-413. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.007>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <http://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <http://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Salinas-Miranda, A., Salemi, J. L., King, L. M., Baldwin, J. A., Berry, E. «Lo», Austin, D. A., ... Salihi, H. M. (2015). Adverse childhood experiences and health-related quality of life in adulthood: revelations from a community needs assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(123), 1-12. <http://doi.org/10.1186/s12955-015-0323-4>
- Schweizer, S., Walsh, N., Stretton, J., Dunn, V., Goodyer, I. M., & Dalgleish, T. (2015). Enhanced emotion regulation capacity, and its neural substrates in those exposed to moderate childhood adversity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. <http://doi.org/10.1093/scan/nsv109>

- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*(6), 1025-1041. <http://doi.org/10.1037/a0021344>
- Strauss, M. A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, *41*(1), 75. <http://doi.org/10.2307/351733>
- Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., de Carvalho, H. W., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: how childhood trauma relates to temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, *62*, 123-129. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.01.001>
- Whitesell, N. R., Beals, J., Mitchell, C. M., Keane, E. M., Spicer, P., & Turner, R. J. (2007). The relationship of cumulative and proximal adversity to onset of substance dependence symptoms in two American Indian communities. *Drug and Alcohol Dependence*, *91*(2-3), 279-288. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.06.008>

