



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
University of Deusto

Facultad de Psicología y Educación

Programa de Doctorado en Psicología

**Procesos cognitivos y emocionales intervinientes en el
afrentamiento y su relación con el juego patológico y la
sintomatología ansioso-depresiva.**

Tesis doctoral presentada por Paula Jauregui Bilbao

Dirigida por la Dra. Ana Estévez Gutiérrez

Bilbao, 2016

Agradecimientos

En primer lugar, quisiera dar mi más profundo agradecimiento a Ana, la mejor directora posible para este proyecto común que llevamos años labrando. Podría escribir otra tesis sólo para explicar lo importante que has sido en este proceso. Tu apoyo, tu confianza incondicional, tu cariño y tu entrega han sido claves para el desarrollo de esta tesis, siempre con una sonrisa por delante. He tenido en ti a un gran referente como profesora, pero muy especialmente como persona. Mil millones de gracias por todo lo que he aprendido de ti, de lo divino y de lo humano, en todas y cada una de las etapas que hemos compartido, y que espero seguir compartiendo por mucho tiempo.

Quisiera agradecer también a la FEJAR y a la pequeña gran familia de Ekintza-Aluviz su colaboración en este proyecto. En especial, a Jose Manuel, a Illargi y a Esti. Gracias también a todos mis compañeros de Deusto Psych y alrededores, presentes y pasados, por su ayuda y su compañerismo. Muy en especial, a mis compañeras de equipo Jaione, Irache, Iratxe, Leti, Usue y Olatz, de las que he aprendido tantísimo, por su apoyo y por tantas risas compartidas, y a Patri, Ilargi y Edurne, compañeras de “zulotown” y de muchos buenos momentos.

Gracias a Endika, por ser mi confidente, por animarme siempre, y por llevarse la peor parte de esta tesis y aún así escuchar activamente las mil charlas sobre ella. A mi familia, mis mayores valedores, que me han facilitado muchísimo este proceso, por creer siempre en mí e impulsarme a crecer. A ama, por todo, por ser un ejemplo a seguir y por su sentido del humor; a aitatxu, por su ayuda y su apoyo para llegar hasta aquí; a Marta, Nacho e Igor, por todo lo que me han enseñado siempre, desde las letras en la casa de Playschool y el cuento de zapatones marrones hasta la actualidad. Muy en especial a mi sobrino Alex, mi mejor regulador emocional en este proceso, que nació a la vez que este proyecto y que han ido creciendo en paralelo. A amoma y aitxitxe, siempre presentes, porque no hace falta que estéis aquí para sentirnos cerca y saber lo orgullosos que estaríais en este momento.

Gracias a Esti, Laura, Marina y Mónica, por ser amigas incondicionales, por todas las risas que sólo nosotras entendemos, por todas las conversaciones que en parte han inspirado esta tesis, por creer en mí y apoyarme en este camino, que ellas sabían que tomaría mucho antes de que yo misma lo hiciera. Gracias a la cuadri, en especial a Nerea, mi pequeño saltamontes, y a Eliana, con la que empecé a filosofar y divagar sobre la vida, así como a Markel y a Aimar. A Alegria, por sus whatsapps mañaneros de “confío en ti”, espero verte en la defensa con la pancarta y los globos. A Paz.

Finalmente, gracias a la Universidad de Deusto, por ser un espacio de crecimiento tanto personal como profesional todos estos años. Gracias tanto a la Universidad de Deusto como al Gobierno Vasco por la financiación recibida para este proyecto a través de las ayudas FPI de Formación de Personal Investigador, y que han hecho posible su desarrollo.

A todas las personas que, de un modo u otro, han hecho posible esta tesis doctoral. **Gracias.**

*Olas gigantes que os rompéis bramando
en las playas desiertas y remotas,
envuelto entre la sábana de espumas,
¡Llevadme con vosotras!*

*Ráfagas de huracán que arrebatáis
del alto bosque las marchitas hojas,
arrastrado en el ciego torbellino
¡Llevadme con vosotras!*

*Nubes de tempestad que rompe el rayo
y en fuego ornáis las desprendidas orlas,
arrebatao entre la niebla oscura
¡Llevadme con vosotras!*

*Llevadme por piedad adonde el vértigo
con la razón me arranque la memona.
¡Por piedad! ¡Tengo miedo de quedarme
con mi dolor a solas!*

(Rima LII, Gustavo Adolfo Bécquer)

“Fui y seré me ponen triste... tomo un gramo de soma y sólo soy”

(Un mundo feliz, Aldous Huxley)

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen.....	9
2. Introducción teórica.....	13
2.1 Introducción conceptual del afrontamiento.....	15
2.1.1 Introducción conceptual de la regulación emocional.....	19
2.1.2 Introducción conceptual de la metacognición.....	24
2.2 Procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento: relación con juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva.....	27
2.2.1 Juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva.....	27
2.2.2 Regulación emocional, juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva.....	33
2.2.3 Metacognición, juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva.....	36
3. Objetivos de la tesis.....	41
4. Estudios empíricos.....	45
4.1 Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión.....	47
4.2 Juego patológico y abuso de alcohol y drogas, regulación emocional y sintomatología ansioso-depresiva asociados.....	85
4.3 Metacognición en juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva.....	121
4.4 Resumen global de los resultados.....	153
5. Discusión.....	155
6. Limitaciones del estudio.....	163
7. Conclusiones y líneas futuras.....	167
8. Referencias.....	173
9. Anexos.....	195
9.1 Consentimiento ético de la Universidad de Deusto.....	197
9.2 Cuestionarios empleados en el estudio.....	199

ÍNDICE DE TABLAS

Artículo 1

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (Media, Desviación Típica, Asimetría, Peso Factorial, Error de Estimación y correlación entre ítem y total del factor) de ítems y factores del CSI.....	63
Tabla 2. Correlaciones bivariadas (r de Pearson) entre las variables analizadas.....	66
Tabla 3. Regresión jerárquica múltiple para predecir Ansiedad.....	67
Tabla 4. Regresión jerárquica múltiple para predecir Depresión.....	68

Artículo 2

Tabla 1. Comparación de datos sociodemográficos entre jugadores patológicos y no jugadores.....	94
Tabla 2. Comparación entre jugadores patológicos y no jugadores en juego patológico, regulación emocional, abuso de alcohol y drogas, y sintomatología ansiosa y depresiva.....	100
Tabla 3. Correlaciones entre dificultades de regulación emocional, juego patológico, ansiedad, depresión, alcohol, y drogas en jugadores.....	101
Tabla 4. Regresión lineal múltiple de dificultades de regulación emocional y depresión, ansiedad, juego patológico, drogas y alcohol.....	102

Artículo 3.

Tabla 1. Comparación de datos sociodemográficos entre jugadores/as patológicos y no jugadores/as.....	129
Tabla 2. Correlaciones entre juego patológico, metacognición, y sintomatología ansioso-depresiva.....	134
Tabla 3. Comparación entre jugadores y no jugadores en juego patológico, metacognición y sintomatología ansioso-depresiva.....	135

ÍNDICE DE FIGURAS

Artículo 2

Figura 1. Efecto mediacional de la regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico.....103

Figura 2. Efecto mediacional de la regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico, controlando el efecto de drogas y alcohol.....104

Artículo 3

Figura 1. Efecto mediacional de la metacognición entre el juego patológico y la ansiedad.....137

Figura 2. Efecto mediacional de la metacognición entre el juego patológico y la depresión.....138

1. RESUMEN

Resumen

El afrontamiento hace referencia a aquellas acciones que se llevan a cabo para regular aspectos como la cognición y la emoción ante eventos tanto internos como externos que resultan demandantes o estresantes para las personas. Dentro del afrontamiento se incluyen la regulación emocional y la metacognición, que son dos procesos relacionados con la experiencia subjetiva y regulación de la persona ante sus propias cogniciones y emociones. El afrontamiento ha sido tradicionalmente relacionado con la presencia de trastornos emocionales y con trastornos adictivos, los cuales son dos tipos de trastorno con altas tasas de comorbilidad. Sin embargo, a pesar de ello, existe una carencia de estudios que estudien la asociación del juego patológico con la regulación emocional y la metacognición, así como su posible papel mediador entre el juego patológico y los trastornos emocionales.

Esta tesis doctoral se compone de tres contribuciones científicas que tienen como objetivo el estudio de los procesos cognitivos y emocionales intervinientes en el afrontamiento y su relación con el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva:

En primer lugar, el estudio 1 tiene como objetivo validar la estructura factorial del Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989) en población española y estudiar la interrelación entre el afrontamiento y la regulación emocional como predictores de la sintomatología ansioso-depresiva. Después, el estudio 2 analiza la relación entre el juego patológico, la regulación emocional y la sintomatología comórbida al juego patológico (sintomatología ansioso-depresiva y abuso de otras sustancias). Finalmente, el estudio 3 analiza la relación entre el juego patológico, la metacognición y la sintomatología ansioso-depresiva. Los resultados

validan la estructura factorial del CSI (Tobin et al., 1989) y confirman que las dificultades de regulación emocional tendrían mayor peso que el afrontamiento a la hora de explicar la sintomatología depresiva, así como la relación entre el juego patológico y las dificultades de regulación emocional y entre el juego patológico y la metacognición, que serían mediadores entre el juego patológico y la sintomatología ansiosa y/o depresiva. Estos resultados son clínicamente relevantes y muestran la importancia de las dificultades de regulación emocional y la metacognición a la hora de comprender los trastornos emocionales y el juego patológico.

Palabras clave: afrontamiento, regulación emocional, metacognición, juego patológico, ansiedad, depresión.

2. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

2.1. Introducción conceptual del afrontamiento

Las posibles reacciones ante una misma circunstancia estresante son múltiples y variadas, tanto a nivel de experiencia subjetiva como a nivel conductual o biológico, y la forma en que tienen lugar es un factor clave para el bienestar psicológico. La forma en que las personas hacen frente a aquellas circunstancias que les resultan estresantes o demandantes ha sido uno de los objetos de estudio primordiales en psicología, de tal modo que se han desarrollado diferentes maneras de definir y conceptualizar el afrontamiento. Una de las definiciones clásicas y más utilizadas en este campo es la propuesta por Lazarus y Folkman (1984, p. 164), según los cuales el afrontamiento consiste en “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Se trata de una de las primeras definiciones que considera al afrontamiento como un proceso interaccionista ante el estrés, es decir, el estrés sería el resultado de la interacción entre la persona y su entorno. Una de las principales aportaciones que realizaron estos autores fue la introducción al concepto de evaluación cognitiva: la persona valoraría si un acontecimiento es relevante para su bienestar y si cuenta con los recursos adecuados para hacerle frente; en aquellos casos que el acontecimiento fuera relevante y no se tuvieran los recursos suficientes, se originaría como resultado una respuesta de estrés, ante la que sería necesario desarrollar una respuesta de afrontamiento. Además, tras la respuesta de afrontamiento, tendría lugar un proceso de reevaluación, en la que se determinaría el efecto de la respuesta de afrontamiento y una respuesta emocional en consonancia con dicha reevaluación. Este modelo enfatiza, por tanto, la importancia de los procesos cognitivos a la hora de determinar tanto las respuestas de afrontamiento que se producen como la emoción que tienen como resultado. Las emociones

constituirían también una parte integral del proceso de afrontamiento, ya que si se resuelve de manera satisfactoria predominarán las emociones positivas, mientras que en caso contrario, predominarían las emociones negativas (Folkman y Moskowitz, 2004). Asimismo, tal como se expresa en la definición, las demandas pueden ser no sólo externas, sino también internas, de modo que las propias experiencias subjetivas, tanto a nivel cognitivo como emocional, pueden desencadenar una respuesta de afrontamiento. No obstante, la conceptualización del afrontamiento ha ido cambiando y evolucionando, hasta definiciones más recientes que hablan de los “esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresantes” (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, y Wadsworth, 2001, p.89). De acuerdo a esta definición, el afrontamiento consistiría en un aspecto dentro de un conjunto de procesos de auto-regulación más amplios que se llevan a cabo en respuesta al estrés. Por tanto, esta conceptualización amplía el concepto de afrontamiento hacia un constructo más amplio, que englobaría diversos procesos regulatorios. Representaría así un aspecto importante de procesos más generales de autorregulación, de tal manera que se ha sugerido que la investigación en afrontamiento debería proporcionar información sobre la naturaleza y desarrollo de este tipo de procesos (Compas et al., 2001; Eisenberg, Fabes, y Guthrie, 1997; Skinner, 1995). La regulación, por su parte, incluye un amplio conjunto de respuestas, incluyendo los esfuerzos por iniciar, terminar o retrasar, modificar o cambiar la forma o contenido, o modular la cantidad o intensidad de un pensamiento, emoción, conducta o reacción fisiológica, o redirigir el pensamiento o la conducta hacia un nuevo objetivo (Compas et al., 2001). Por tanto, tal y como se señalaba, los procesos de regulación de la cognición y la emoción, entre otros, constituirían aspectos de especial importancia dentro del afrontamiento.

La forma en que se conceptualiza el afrontamiento definiría el alcance de lo que se incluye dentro del concepto de afrontamiento y los métodos de medir el mismo; en este sentido, se ha recomendado examinar las medidas de afrontamiento, para analizar hasta qué punto miden adecuadamente las formas características de manejar el estrés (Compas et al., 2001). De acuerdo a Skinner, Edge, Altman, y Sherwood (2003), no habría un término medio en los modelos de afrontamiento, ya que muchos de ellos focalizarían a un nivel más inferior en conductas concretas que las personas utilizan para lidiar con transacciones estresantes específicas, como por ejemplo “Llevé mi pulsera de la suerte al examen” o en niveles superiores del afrontamiento como una estrategia de adaptación. Sin embargo, los análisis confirmatorios apoyan los modelos jerárquicos multidimensionales de afrontamiento (Skinner et al., 2003). Pese a su relevancia, existe una escasez de instrumentos válidos y adecuados en español para la medición del mismo con características psicométricas óptimas (Cano, Rodríguez Franco, y García Martínez, 2007; Nava-Quiróz, Ollua-Méndez, Vega-Valero, y Soria-Trujano, 2010). Por tanto, teniendo en cuenta la importancia del afrontamiento a la hora de comprender los trastornos psicológicos, es importante poder contar con herramientas adecuadas para su evaluación. En este sentido, una herramienta de interés en este campo es el *Coping Strategies Inventory – Inventario de Estrategias de Afrontamiento* (Tobin et al., 1989), que mide el afrontamiento desde una estructura jerárquica, teniendo en cuenta si las estrategias son orientadas al problema o a la emoción, y si son adaptativas o desadaptativas. Para diferenciar entre estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas, este instrumento se basa en si son respuestas de implicación, es decir, orientadas hacia la fuente de estrés o hacia la implicación con las propias emociones o pensamientos, o respuestas de distanciamiento, es decir, dirigidas a alejarse del estresor o de las propias emociones o pensamientos. Por tanto, este instrumento recoge aspectos

regulatorios del afrontamiento al tiempo que permite analizar las estrategias de afrontamiento y su organización en niveles más abstractos de análisis, tal como sugerían Skinner et al. (2003). Además, estos autores destacaron la utilidad de diferenciar entre las formas de afrontamiento teniendo en cuenta si son perjudiciales o beneficiosas. Sin embargo, ha presentado dificultades a la hora de validar su estructura factorial jerárquica en la validación española mediante análisis factorial exploratorio (Cano et al., 2007; Nava-Quiróz et al., 2010; Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco, y Bringas-Molleda, 2014), ante lo que se ha propuesto su validación mediante análisis factorial confirmatorio, como se recoge en el artículo “Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión” (apartado 4.1).

Por otro lado, numerosos modelos han señalado que los procesos desadaptativos de afrontamiento podrían ser centrales en la presencia de trastornos psicológicos, como pueden ser la ansiedad y la depresión o los trastornos adictivos, entre otros, tal como se desarrollará más adelante (Beck, 1976; Clark, 1988; Salkovskis, 1998; Wills y Shiffman, 1985). La literatura científica ha postulado que las estrategias orientadas a la emoción serían menos adaptativas que las orientadas al problema, ya que se ha comprobado que los procesos de afrontamiento emocionales estarían asociados a resultados disfuncionales (Austenfeld y Stanton, 2004), aunque más recientemente se ha declinado esta división, ya que tanto unas como otras podrían ser adaptativas o desadaptativas (Baker y Berenbaum, 2007). Sin embargo, se ha criticado el concepto de afrontamiento orientado a la emoción que se ha utilizado tradicionalmente (Compas et al., 2001). Estos autores recogen que dentro de esta categoría se han incluido dimensiones muy amplias y en ocasiones poco relacionadas entre sí, estando algunas de ellas orientadas a la regulación emocional (como por ejemplo, la distracción o la

relajación), mientras que otras como la retirada social no estarían tan directamente relacionadas con la misma (Coyne y Gottlieb, 1996). Aunque se ha avanzado mucho en la comprensión del afrontamiento, todavía quedaría un gran camino por recorrer para conocer cómo el afrontamiento afecta a los resultados psicológicos y conductuales en el corto y largo plazo. Es importante tener en cuenta en este sentido que el afrontamiento no es un fenómeno único, sino que está incluido en procesos complejos y dinámicos de estrés; pese a todos los avances que ha habido en su investigación, Folkman y Moskowitz (2004) señalan que sólo se ha alcanzado la superficie de comprender cómo el afrontamiento afecta a los resultados psicológicos, fisiológicos y conductuales a corto y largo. Por tanto, el afrontamiento es un concepto complejo, compuesto por numerosos procesos, cuyo estudio podría ayudar a una mejor comprensión del afrontamiento y sus consecuencias. Dentro de los múltiples componentes del afrontamiento, en esta tesis se va a profundizar en dos procesos cognitivos y emocionales que han sido relacionadas con el afrontamiento, y que se explican en los siguientes apartados: la metacognición, que hace referencia a las creencias y a los procesos regulatorios de la cognición (Wells y Mathews, 1994), y la regulación emocional, que hace referencia a los procesos por los que se gestionan las emociones (Gross, 1998).

2.1.1 Introducción conceptual de la regulación emocional

Desde el punto de vista emocional, uno de los procesos relacionados con el afrontamiento sería la regulación emocional, que pese a constituir dos procesos diferentes, tendrían cierto grado de solapamiento. Aunque en un primer momento la regulación emocional se englobó dentro del afrontamiento, empezó a coger importancia como campo de estudio propio en los años 90, y desde entonces se han incrementado los estudios respecto a esta temática (Gross, 2015; Koole, 2009). Actualmente es una de las áreas de crecimiento más rápido en psicología; el aumento exponencial de

investigación en regulación emocional ha llevado a la generación de nuevas preguntas y aplicaciones en este campo (Gross, 2013). Se ha definido como el proceso por el que las personas modifican sus emociones, es decir, influyen qué emociones tienen, cuándo las tienen, y cómo experimentan y expresan dichas emociones (Gross, 1998; Gross y Thompson, 2007). Por tanto, implica aspectos como modificar la latencia, intensidad, cualidad, tiempo de aparición, magnitud, duración o tipo de experiencia emocional, en el ámbito conductual, experiencial o fisiológico (Diamond y Aspinwall, 2003; Gross, 1998; Thompson, 1990).

La regulación emocional hace referencia a los esfuerzos para regular y reducir las emociones negativas, pero también las emociones positivas, incrementándolas, manteniéndolas, o reduciéndolas en función de las necesidades contextuales o instrumentales (Gross, Richards, y John, 2006; Kalokerinos, Greenaway, Pedder, y Margetts, 2014; Larsen, 2000). Incluso, se podría aumentar las emociones negativas o disminuir las emociones positivas, en función del contexto y su posible valor adaptativo (Gruber, Mauss, y Tamir, 2011; Sutton, 1991). Así, las emociones podrían regularse por motivos hedónicos (sentir menos emociones negativas o más emociones positivas), o de forma instrumental (para alcanzar metas a largo plazo) (Tamir, 2009). Asimismo, Eisenberg et al. (1997) identificaron dos tipos de regulación emocional: aquella que incluye la regulación de los estados emocionales internos y los procesos fisiológicos asociados (lo que llaman regulación emocional), y aquella que incluye la regulación de los concomitantes conductuales de la emoción (regulación conductual orientada a la emoción). Gratz y Roemer (2004), por su parte, la definieron como la conciencia, comprensión, y aceptación de las emociones, la capacidad de controlar conductas impulsivas y actuar de acuerdo a las metas personales cuando se experimentan emociones negativas, y la habilidad de usar estrategias de regulación emocional de

manera flexible y adaptada a las metas individuales y demandas ambientales. Según estos autores, la ausencia relativa de alguna de estas habilidades indicaría la presencia de dificultades de regulación emocional. Como recogen Peña-Sarrionandia, Mikolajczak, y Gross (2015), la naturaleza adaptativa de la regulación emocional es el producto de tres factores: la conciencia de la emoción, que ayuda a determinar si la emoción debe ser regulada y la información almacenada sobre cómo hacerlo; el objetivo emocional, que determina si la emoción debe ser incrementada, mantenida o reducida en duración o intensidad; y una vez que estos procesos han tenido lugar, las estrategias de regulación emocional especifican los medios que pueden ser más o menos eficientes para alcanzar el objetivo propuesto (Gross y Jazaieri, 2014).

Así, las emociones y su gestión ejercerían una influencia importante en muchas áreas de funcionamiento psicológico, ya que en ocasiones los estados emocionales pueden convertirse en desadaptativos, de tal manera que la presencia de dificultades en la regulación emocional se ha relacionado con la presencia de psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Gross, 2013; Hervás, 2011). Numerosos trastornos mentales implicarían disregulación emocional, es decir, fallos en la regulación emocional o una inadecuada regulación emocional que resulta en estados emocionales problemáticos (Gross y Muñoz, 1995; Jazaieri, Urry, y Gross, 2012). De hecho, se ha indicado que las dificultades en este sentido son consideradas una variable central en la etiología y mantenimiento de numerosos trastornos psicológicos (Aldao et al., 2010; Bradley, 2000; Compas et al., 2014). En la misma línea, Gross (2002) hizo hincapié en la necesidad de estudiar las dificultades de regulación emocional en poblaciones clínicas. Más adelante, también enfatizó la importancia de estudiar la regulación emocional tanto en formas concretas de psicopatología, como en forma de factor de riesgo general para diversas formas de psicopatología (Gross, 2013). Algunos

trastornos se definen por la presencia de estados emocionales disregulados, mientras que otros trastornos, incluirían disregulación emocional, aunque no sería una característica definitoria de los mismos (Gross, 2013; Mazefsky, Pelphrey, y Dahl, 2012; Nigg, 2000). En este sentido, tanto los trastornos adictivos como los trastornos emocionales estarían estrechamente ligados con las dificultades de regulación emocional, lo que se desarrollará posteriormente en el apartado 2.2.2 de la presente tesis.

Según autores como Gross (1998), indudablemente, el afrontamiento constituye una de las bases conceptuales de la regulación emocional. Ambos constructos comparten entre sus objetivos regular las emociones e incidir en qué emociones experimentan las personas en procesos de estrés (Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner y Wellborn, 1994). Sin embargo, aunque habría un cierto solapamiento entre ambos constructos, no son dos procesos redundantes, y cada uno tendría características propias (Gross, 1998). El afrontamiento ha sido señalado como insuficiente para englobar todos los procesos relacionados con las emociones, siendo necesario una conceptualización más amplia de los procesos por los que las emociones son reguladas (DeSteno, Gross, y Kubzanaky, 2013). Eisenberg et al. (1997), por ejemplo, incluyeron ambos procesos dentro de una categoría más amplia de autorregulación. Gross (2015), por su parte, conceptualiza la regulación afectiva como “término paraguas”, dentro del cual estarían incluidos el afrontamiento y la regulación emocional. De acuerdo a este autor, los estudios frecuentemente focalizan en una de las formas específicas de regulación afectiva, sin estudiar la relación entre las mismas. Estos constructos, estrechamente relacionados, tendrían límites permeables, pero no por ello solapados, sino que constituirían formas diferenciadas de regulación afectiva, por lo que los objetivos, alcance y foco del afrontamiento y la regulación emocional serían diferentes (Gross, 1998; John y Gross, 2007). Estas son algunas de las diferencias que se han señalado

entre ambos: el afrontamiento enfatizaría la importancia de regular emociones negativas, y haría referencia a la regulación de las mismas en situaciones específicamente de estrés, mientras que la regulación emocional incluye también las emociones positivas, y su mantenimiento o aumento, en todo tipo de situaciones; además, el afrontamiento tiene generalmente lugar después de que tenga lugar la emoción negativa, mientras que la regulación emocional también incide antes de que la emoción tenga lugar; y el afrontamiento abarcaría también acciones no emocionales con objetivos no emocionales, como el afrontamiento orientado al problema, que aunque puede iniciarse ante la ocurrencia de una emoción negativa, no entra dentro de la regulación emocional, ya que su objetivo principal es cambiar la fuente de estrés. La regulación emocional, por su parte, incluye procesos no típicamente considerados en el afrontamiento, como la regulación de aspectos expresivos, experienciales o fisiológicos de la emoción; incluye procesos que pueden exceder o no exceder los recursos individuales de las personas; y abarca procesos no conscientes, que el afrontamiento no abarcaría, ya que se centra en esfuerzos conscientes de afrontamiento (Eisenberg et al., 1996; Gross, 1998; 1999; Scheier, Weintraub, y Carver, 1986).

Como se observa, tanto el afrontamiento como la regulación emocional podrían estar en la base de los trastornos psicológicos y ser fundamentales para determinar el riesgo de psicopatología (Compas y Reeslund, 2009). Sin embargo, todavía hay poca investigación respecto a la forma en que podrían estar interactuando. En muchas ocasiones, los estudios han tratado ambos conceptos como equivalentes, o en el otro extremo, focalizan en una de las formas específicas de regulación afectiva sin estudiar la relación entre las mismas (Gross, 2015). Compas et al. (2014) también señalaron que pese a la importancia del afrontamiento y la regulación emocional, y de los numerosos componentes que comparten, se han estudiado de manera separada, de manera que los

mecanismos comunes o diferenciales entre ambos son poco conocidos. Estos autores hipotetizan que los intentos de afrontamiento que se inician como respuesta a un evento estresante definido son apoyados por intentos de regular la emoción antes y después del suceso estresante. La falta de habilidades de regulación emocional podría contribuir a considerar que los eventos son estresantes; asimismo, tras el suceso estresante, los problemas para regular las emociones negativas residuales tras el evento podrían llevar a emociones negativas incrementadas y prolongadas incluso en ausencia de estresor (Compas et al., 2014). Una de las escasas investigaciones en este sentido indica que interactuarían entre sí, ya que cuanto mayor es la dificultad para regular emociones, mayor es la tendencia a utilizar estrategias de alejamiento del problema y de la emoción (Monteiro, Balogun, y Oratile, 2014). Por tanto, se ha propuesto el estudio de ambos constructos como entidades separadas, pero teniendo en cuenta sus posibles conexiones, ya que consideran que habría un beneficio potencial en que futuras investigaciones siguieran esa línea (Compas et al., 2014). En este sentido, son escasas las investigaciones que discriminan entre ambos constructos o que estudian hasta qué punto son procesos solapados o separados (Zimmer-Gembeck et al., 2014); por lo que el estudio de la relación entre ambos constructos constituye uno de los objetivos del artículo “Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión” (apartado 4.1).

2.1.2 Introducción conceptual de la metacognición

En relación a aspectos cognitivos, otra de las variables relacionadas con el afrontamiento es la metacognición, que ha sido definida como el conocimiento, procesos o estrategias cognitivas que están involucradas en la evaluación, monitoreo o control de la cognición (Flavell, 1979). Como se recoge anteriormente, los procesos de

evaluación y regulación cognitiva están intrínsecamente ligados al afrontamiento, y además, las propias cogniciones pueden desencadenar una respuesta de afrontamiento, de modo que los procesos metacognitivos constituyen una parte importante del mismo. Un modelo de referencia para explicar los trastornos psicológicos desde la metacognición es el Modelo de Auto-regulación de las Funciones Ejecutivas (S-REF; Wells y Mathews, 1994; 1996), según el cual los trastornos psicológicos contendrían un componente metacognitivo que guiaría la actividad del pensamiento, y explicaría la interrelación entre múltiples componentes de la cognición, como las creencias cognitivas, metacogniciones, control atencional o la autorregulación (Wells, 2000). Según Wells (2000), las creencias metacognitivas consisten en el conocimiento que las personas tienen acerca de sus estados internos, y sobre las estrategias de afrontamiento que repercuten en los mismos. Las personas dispondrían de un repertorio de estrategias que pueden utilizarse para controlar pensamientos intrusivos o estresantes, y la metacognición determinaría el uso adaptativo o desadaptativo de las mismas, intensificándolas, modificándolas o finalizando su uso.

Por tanto, el modelo S-REF se basa en los siguientes elementos metacognitivos: creencias positivas y negativas sobre el pensamiento, y sobre otros fenómenos cognitivos tales como la memoria y los juicios, las cuales guían planes o programas que conducen la cognición y la acción. Las creencias metacognitivas positivas influirían en la selección y mantenimiento de estrategias (por ejemplo: “Estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro”; “Estar preocupado me ayuda a afrontar las cosas”), mientras que las creencias metacognitivas negativas de incontrolabilidad y peligro (por ejemplo: “Mis pensamientos preocupantes persisten, independientemente de cómo intente detenerlos”; “No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan”) propiciarían el uso de estrategias ineficaces (como la supresión), generarían respuestas

emocionales negativas (como una mayor ansiedad) y serían mantenedoras de los problemas emocionales, así como otras creencias metacognitivas sobre la confianza en los procesos mentales (“No confío en mi memoria”), la conciencia sobre los propios pensamientos (“Me doy cuenta de cómo funciona mi mente mientras estoy pensando en cómo solucionar un problema”; “Presto mucha atención a la forma en que mi mente funciona”), o la necesidad de controlarlos (“Debería controlar mis pensamientos todo el tiempo”; “Es malo tener ciertos pensamientos”). Como ya señalaban Lazarus y Folkman (1984), y Folkman y Moskowitz (2004), la evaluación cognitiva, ante demandas tanto externas como internas, juega un papel fundamental en los procesos de afrontamiento. Las metacogniciones adaptativas permitirían la autorregulación de los estados emocionales, mientras que un funcionamiento desadaptativo lo impediría y contribuiría a la aparición y persistencia de fallos en el procesamiento emocional (Wells, 2013). Por tanto, las metacogniciones contribuirían a la presencia de formas desadaptativas de afrontamiento de forma persistente, lo que favorecería el desarrollo y persistencia de los trastornos psicológicos (Wells, 2000). Por ello, cuando la metacognición es desadaptativa, fomenta las dificultades en el autocontrol, que se manifiestan en el uso de las estrategias de afrontamiento desadaptativas, o la presencia de metas no realistas para la autoregulación que podrían fomentar la perseveración anteriormente mencionada. Además, la metacognición también promovería el uso de heurísticos y sesgos (Wells, 2000). En resumen, la metacognición constituye un proceso autorregulatorio que influiría en el tipo de afrontamiento elegido por las personas, en la línea de la definición de afrontamiento de Compas et al. (2001) mencionada anteriormente, de gran importancia a la hora de comprender los trastornos psicológicos. Tanto los trastornos adictivos como los trastornos ansiosos y depresivos se han relacionado con la metacognición, como se desarrollará posteriormente en el apartado 2.2.3.

2.2 Procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento: relación con juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva

Como se recoge en el apartado anterior, tanto el afrontamiento como la regulación emocional y la metacognición son procesos fundamentales en el bienestar psicológico de las personas, de modo que cuando se producen dificultades o fallos en los mismos, tendrían lugar los trastornos psicológicos. Estos procesos han sido especialmente estudiados en trastornos emocionales, como es el caso de la ansiedad y la depresión, y a su vez pueden estar presentes en un tipo de trastorno que está estrechamente relacionado con los trastornos emocionales, como son los trastornos adictivos. Los trastornos adictivos y emocionales presentan altas tasas de comorbilidad, e interactuarían entre sí, de modo que podrían ser precipitantes y mantenedores mutuos (Smith y Randall, 2012). El afrontamiento constituye uno de los factores clave para la comprensión de ambos tipos de trastorno, y podría explicar la relación entre ellos. Por ello, en la presente tesis se han elegido como objetos de estudio un trastorno adictivo, como es el juego patológico, y la sintomatología ansioso-depresiva, que se engloban dentro de los trastornos emocionales, y se ha analizado la relación de ambos con los procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento a través de dos mediadores: la regulación emocional y la metacognición.

2.2.1 Juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva

Entre los distintos tipos de adicción existentes, en los últimos años se han expandido de manera considerable las adicciones sin sustancia o conductuales, que consisten en conductas sobre las que se desarrolla una adicción debido a la relación que se establece con ellas, perdiéndose el control de la misma e interfiriendo de manera grave en la vida cotidiana (Alonso-Fernández, 2003; Echeburua, 2012). Según el

modelo de componentes de la adicción de Griffiths (2005), una conducta puede ser considerada adictiva cuando reúne las siguientes características: 1) Saliencia: cuando la conducta se convierte en la más importante y domina el pensamiento (preocupaciones y distorsiones cognitivas), las emociones (cravings) y la conducta (deterioro de la conducta socializada); 2) Modificación del estado anímico: experiencia subjetiva que la persona reporta como consecuencia de realizar la conducta, tanto obteniendo emociones positivas como obteniendo una sensación de tranquilidad o descenso del estrés mediante el escape o “adormecimiento” de las emociones; 3) Tolerancia: la necesidad de aumentar la conducta para obtener los mismos efectos que se obtenían previamente; 4) Abstinencia: estados físicos o psicológicos desagradables que aparecen cuando la conducta cesa o se reduce; 5) Conflicto: conflicto en relación a la conducta entre la persona adicta y su entorno (conflicto interpersonal, a nivel de relaciones personales, educativo, laboral, social o recreacional) o de la persona adicta consigo misma (conflicto intrapsíquico, debido a la incapacidad de detener la conducta y que se manifiesta como una experiencia subjetiva de pérdida de control), en el que se elige el alivio o placer a corto plazo pese a las consecuencias y el daño a largo plazo, lo que incrementa la necesidad aparente de la conducta adictiva como forma de afrontamiento; 6) Recaída: tendencia a volver a desarrollar patrones previos de conducta de manera rápida tras años de abstinencia o control. Todos estos fenómenos se manifestarían en el caso del juego patológico (Griffiths, 2005), que consiste en una conducta de juego problemática, persistente y recurrente, que conduce a un daño clínicamente significativo (APA, 2013). Este trastorno ha sido clasificado como un trastorno adictivo en el DSM-V, tras haber sido categorizado como un trastorno del control de los impulsos en ediciones anteriores. Actualmente es la única adicción sin sustancia que es reconocida como tal en estas clasificaciones (APA, 2013), puesto que comparte numerosas

características y paralelismos con las adicciones con sustancia, con las que es altamente comórbido, en muchos niveles, como el psicosocial, fisiológico, o genético, así como el tipo de tratamientos que son empleados en ambos (Petry, 2006). Aunque en estudios de meta-análisis se ha establecido que en torno a un 2% de la población adulta podría presentar juego patológico (Muñoz-Molina, 2008), tras la aparición del juego online ha aumentado la aparición de problemas del juego (Choliz, 2015; Welte, Barnes, Tidwell, y Hoffman, 2009). Algunos de los meta-análisis más recientes hablan de un 10.23% de universitarios con un probable problema de juego, aunque la escasez de estudios epidemiológicos a nivel nacional en este tema dificultan conocer a cuánta gente afecta esta problemática (Nowak y Aloe, 2014). Tradicionalmente, las adicciones con sustancia han recibido mayor atención tanto a nivel clínico como investigador, mientras que en el caso del juego patológico existen menos estudios, de modo que se han asimilado principios aplicados a las adicciones con sustancia pero que podrían ser diferentes en el caso del juego. Por tanto, es necesaria más investigación para conocer mejor las características concretas del juego patológico y en qué medida se produce o no un solapamiento con las adicciones con sustancia.

Las investigaciones en juego han mostrado que se relacionaría con la presencia de trastornos emocionales, como la ansiedad y depresión, siendo dos tipos de trastorno con alta comorbilidad. Los trastornos emocionales son trastornos con alta prevalencia en población general y con un alto impacto, tanto a nivel personal como social. Los trastornos depresivos tendrían una prevalencia de 4.3% al año y de 11.4% a lo largo de la vida, mientras que los trastornos ansiosos tendrían una prevalencia de 5.2% al año y 9.3% a lo largo de la vida en población española (Haro et al., 2006). De hecho, los trastornos ansiosos y depresivos tendrían una alta comorbilidad entre sí, de tal manera que el 55% de las personas con un trastorno ansioso tendrían otro trastorno de ansiedad

o un trastorno depresivo comórbido, elevándose ese porcentaje al 75% al considerar la prevalencia vida de dichos trastornos (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001). Por otra parte, una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial sería la depresión, que constituye una de las enfermedades con mayor carga global (Cano-Vindel, Salguero, Mae-Wood, Dongil, y Latorre, 2012; Mathers y Loncar, 2006). En el caso de la ansiedad también se encuentra que, por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada tiene una tasa de remisión baja, convirtiéndose frecuentemente en una enfermedad crónica, con una probabilidad del 90% de ser comórbida a otro trastorno psicológico (García-Campayo, Caballero, Pérez, y López, 2012). Se trata por tanto de trastornos que aparecen con frecuencia, y con alto grado de potencial para causar un malestar significativo en las personas que los sufren.

Como se desarrolla a continuación, los trastornos adictivos y emocionales no sólo presentan un alto grado de comorbilidad, sino que están estrechamente relacionados e interactuarían entre sí. En este sentido, Smith y Randall (2012) recogen las tres principales vías que se han encontrado en cuanto a la relación entre los trastornos por abuso de alcohol y la ansiedad, y que es aplicable a la comorbilidad entre los trastornos adictivos y los trastornos emocionales: el modelo del factor común, que indica que no habría una relación causal directa entre ambos tipos de trastorno, sino que se debería a la participación de terceras variables en la misma; la teoría de la automedicación (Khantzian, 1985), que explica que las adicciones se desarrollarían como forma de aliviar la ansiedad y la depresión; y el modelo de la ansiedad inducida por el trastorno adictivo, que explica que los trastornos adictivos generan una serie de trastornos biopsicosociales en la persona, de tal manera que la adicción llevaría a una mayor ansiedad a través de la combinación de mayores niveles de estrés vital con habilidades de afrontamiento deficientes. Sin embargo, de acuerdo a este autor,

independientemente de la forma en que se desarrolle, una vez que se establece la comorbilidad de los trastornos emocionales y adictivos ambos tipos de trastornos interactuarían y se mantendrían el uno al otro, siendo una relación potencialmente progresiva.

De acuerdo a un metaanálisis conducido por Lorains, Cowlshaw, y Thomas (2011), una media del 37.9% de los jugadores presentarían un trastorno del estado del ánimo, mientras que un 37.4% tendrían trastornos de ansiedad. En la misma línea, autores como Blaszczynski y McConaghy (1989) o Fernández-Montalvo y Echeburúa (2004) señalan que los jugadores mostrarían puntuaciones más elevadas tanto en ansiedad-estado como en ansiedad-rasgo. Además, los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo predecirían el inicio y la persistencia del juego patológico (Kessler et al., 2008). De hecho, el riesgo de desarrollar un trastorno de juego patológico de gravedad moderada/alta sería 1.7 veces mayor en personas con trastornos anímicos o de ansiedad en comparación a personas sin trastornos, cifra que se incrementa en personas que junto con estos trastornos presentan problemas relacionados con el alcohol y el consumo de sustancias, en los que sería 5 veces mayor (el-Guebaly et al., 2006). Thomsen, Callesen, Linnet, Kringelbach, y Moller (2009) indicaron también que personas con mayores niveles de sintomatología depresiva también tendrían mayor necesidad de jugar y sus jugadas eran de mayor duración. Además, el propio juego patológico podría provocar un aumento de este tipo de sintomatología, ya que genera una serie de consecuencias como deudas o problemas interpersonales que afectan negativamente a las personas con esta problemática, de modo que el juego se convierte en un modo de afrontar las propias consecuencias generadas por la conducta de juego (Wood y Griffiths, 2007).

El afrontamiento ha sido tradicionalmente relacionado con las conductas adictivas, hasta tal punto que se ha sugerido que éstas constituyen en sí mismas respuestas de afrontamiento. Wills y Shiffman (1985) propusieron que las adicciones podrían ser una respuesta desadaptativa de afrontamiento ante el estrés, de tal manera que constituiría una consecuencia de la ansiedad y depresión originada por los estresores. En el caso del juego patológico, distintos modelos teóricos también han incluido al afrontamiento y postulan que se trata de una variable de especial relevancia para poder comprender su aparición y mantenimiento. Sharpe y Tarrier (1993), por ejemplo, consideraron que el afrontamiento sería un factor clave a la hora de diferenciar entre jugadores con y sin problemática de juego, ya que las estrategias orientadas al problema permitirían manejar mejor la necesidad de jugar, mientras que las estrategias orientadas a la emoción aumentarían la vulnerabilidad para la escalada del juego a un juego problemático. Posteriormente, Blaszczynski y Nower (2002) desarrollaron uno de los modelos teóricos más relevantes en juego patológico, el pathway model, que también incluye al afrontamiento como una variable importante para comprender el juego patológico. En ese modelo, se recoge la figura de la persona jugadora emocionalmente vulnerable, en el que la conducta de juego se debe no sólo a la presencia de sesgos cognitivos y procesos de condicionamiento, sino también a la presencia de trastornos ansiosos y depresivos comórbidos, y a la falta de habilidades de afrontamiento y resolución de problemas adecuadas. En este caso, se trataría de jugadores más resistentes al cambio y que requerirían un tratamiento orientado tanto a la conducta de juego como a las vulnerabilidades afectivas subyacentes.

Sin embargo, los mecanismos explicativos de la relación del juego patológico con la ansiedad y la depresión no han sido aclarados (Matheson, Wohl, y Anisman, 2009). De acuerdo a Takamatsu, Martens, y Arterberry (2015), son escasos los estudios

que examinen los efectos de mediación entre el juego y la depresión y ansiedad, y la mayoría de estos estudios propondrían mecanismos como la impulsividad o las creencias cognitivas (Clarke, 2006; Estévez, Herrero-Fernández, Sarabia, y Jáuregui, 2015; Tang y Wu, 2010) por lo que ha sido señalada la necesidad de más estudios en este sentido (Matheson et al., 2009). Como se menciona anteriormente, tanto el afrontamiento como la regulación emocional y la metacognición subyacen a la mayoría de los trastornos psicológicos, por lo que podrían estar también relacionados con la presencia de un trastorno de juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva comórbida. Estudios previos recogen que la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva estaría mediada por el afrontamiento (Matheson et al., 2009); no obstante, habría una escasez de investigaciones que relacionen el juego patológico con este tipo de sintomatología haciendo hincapié en el papel de la regulación emocional y la metacognición. Tal como se expone previamente, el afrontamiento tendría una gran relevancia en el juego patológico, ya que éste podría constituir una respuesta de afrontamiento en sí misma. Por ello, dada la escasa investigación en este sentido, se han seleccionado como mediadores la regulación emocional y la metacognición, teniendo en cuenta su estrecha asociación con el afrontamiento y su posible papel mediador en la relación del juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

2.2.2 Regulación emocional, juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva

De acuerdo a lo expuesto previamente, la regulación emocional sería un aspecto clave para la comprensión de los trastornos psicológicos (Bradley, 2000). En este apartado, se procederá de forma más detallada a la explicación de la relación de la

regulación emocional con los trastornos que son objeto de estudio en esta tesis: el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

Juego patológico y regulación emocional

Como se mencionaba previamente, la regulación emocional ha sido relacionada con las conductas adictivas, constituyendo un aspecto clave para poder comprenderlas, ya que la búsqueda de la modificación del estado anímico sería uno de los componentes principales de una conducta adictiva (Griffiths, 2005). De acuerdo a Tice, Bratslavsky, y Baumeister (2001), los estados emocionales negativos conducirían a conductas impulsivas como el consumo de alcohol, drogas o juego como forma de regular las emociones negativas y como consecuencia de fallos en el autocontrol. Como puede verse, el deseo de alterar el estado anímico subyacería a las conductas adictivas (Cooper, Frone, Russell, y Mudar, 1995; Cox y Klinger, 1990; Simons, Gaher, Correia, Hansen, y Christopher, 2005); en esa línea, el juego patológico se asociaría con la expectativa de conseguir estados anímicos positivos o aliviar estados anímicos negativos a través del mismo (Shead, Callan, y Hodgins, 2008). Por tanto, muchos modelos teóricos que explican las conductas adictivas y, en concreto, el juego patológico, han incluido de manera más o menos explícita la regulación emocional como un componente importante de las mismas. En su teoría general de adicciones, Jacobs (1986) toma como modelo el juego patológico, y explica el juego como un medio de proporcionar una vía de escape emocional, en la que la persona alteraría el estado anímico. También Khantzian (1985) propuso que el uso de sustancias serviría como forma de automedicación, ya que su uso podría aliviar el distress, de tal forma que los estados emocionales desagradables predispondrían al abuso de sustancias (Colder, 2001; Robinson, Sareen, Cox, y Bolton, 2009). El pathway model (Blaszczynski y Nower, 2002), por su parte, también hace referencia a la regulación emocional como

una parte importante del juego patológico. Según este modelo, la persona jugadora emocionalmente vulnerable se relacionaría con el deseo de modular estados afectivos y/o satisfacer necesidades psicológicas específicas. Por tanto, jugaría como forma de aliviar estados afectivos aversivos a través del escape o el arousal.

Como se observa, el juego patológico y la gestión de las emociones estarían fuertemente relacionados (Estévez, 2016). La regulación emocional, además, está muy ligada a la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, por lo que podría aportar nuevas claves para comprender la relación entre el juego patológico y este tipo de sintomatología. Todo ello se recoge en mayor profundidad en el artículo “Juego patológico y abuso de alcohol y drogas, regulación emocional y sintomatología ansioso-depresiva asociados”, que se presentará a continuación en el apartado 4.2.

Sintomatología ansioso-depresiva y regulación emocional

Otros trastornos que estarían estrechamente relacionados con la regulación emocional serían los trastornos emocionales, como son los trastornos depresivos y ansiosos. Los problemas emocionales surgirían de problemas en la regulación emocional puesto que las dificultades para gestionar las respuestas emocionales conllevarían periodos de distrés más largos y más graves, que podrían evolucionar hacia un diagnóstico de ansiedad o depresión (e.g., Aldao et al., 2010; Campbell-Sills y Barlow, 2007; Ford, Mauss, Troy, Smolen, y Hankin, 2014; Gross y Muñoz, 1995; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, y Heimberg, 2007; Miu, Vulturar, Chis, Ungureanu, y Gross, 2013; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008). Asimismo, estrategias desadaptativas de regulación emocional como la supresión emocional, la preocupación o la rumiación se han relacionado en mayor medida con sintomatología depresiva y ansiosa (Gross y John, 2003; Mennin et al., 2007; Nezlek y Kuppens, 2008; Nolen-

Hoeksema et al., 2008). La rumiación, que consiste en la tendencia a focalizar de manera pasiva y repetida en las emociones negativas y en las posibles consecuencias de dichas emociones negativas, se asocia con un aumento de la sintomatología depresiva y ansiosa y con la aparición de episodios de depresión mayor (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). Por tanto, como se observa, la regulación emocional sería clave para un buen funcionamiento psicológico, y la presencia de dificultades en este proceso acarrearía problemas en la gestión emocional, que podrían conducir al desarrollo de trastornos ansioso-depresivos.

2.2.3 Metacognición, juego patológico y sintomatología ansioso-depresiva

Como se recoge en el apartado 2.1.3, la metacognición estaría estrechamente relacionada con la aparición y desarrollo de los trastornos psicológicos (Wells y Matthews, 1994). En este apartado, se procederá a la explicación de la relación de la metacognición con los trastornos que son objeto de estudio en esta tesis: el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

Juego patológico y metacognición

La metacognición es un mecanismo del afrontamiento que ha sido relacionado con las adicciones. Diversos autores han propuesto que la metacognición podría asociarse con la presencia de respuestas de afrontamiento desadaptativas ante estados internos y que la metacognición podría predisponer a las conductas adictivas como medio de afrontar las emociones negativas (Toneatto, 1999; Wells y Matthews, 1994). Por ello, el modelo S-REF ha sido aplicado en trastornos adictivos como el alcohol, el consumo de sustancias o el tabaco (Lee, Pohlman, Baker, Ferris, y Kay-Lambkin, 2010; Nikčević y Spada, 2008; Spada, Proctor, Caselli, y Strod, 2012; Spada y Wells, 2009).

En este sentido, Spada, Caselli, Nikčević, y Wells (2015) llevaron a cabo una formulación metacognitiva trifásica de las adicciones. En una primera fase, algunos desencadenantes como imágenes, recuerdos, pensamientos o el craving activan el S-REF y las creencias metacognitivas asociadas para guiar las evaluaciones y los estilos de afrontamiento. Las creencias metacognitivas positivas y negativas pueden activar un procesamiento perseverativo de intrusiones (como pensamientos de autculpa o síntomas de abstinencia), y cuando la persona intenta suprimirlas, se crea una escalada de afecto negativo y craving. De este modo, aumenta la probabilidad de que la persona recurra a la conducta adictiva para regular esas sensaciones y pensamientos, y escapar de la discrepancia entre el estado actual y el estado deseado. En una segunda fase, las creencias metacognitivas positivas se acompañan de una reducción en el monitoreo metacognitivo, es decir, en la capacidad de monitorizar los estados internos como guía para saber en qué punto se encuentran para resolver las discrepancias y alcanzar el estado deseado, lo que contribuye a una habilidad reducida para regular la conducta. A lo largo del tiempo y en la medida en que la conducta adictiva aumenta la gravedad, surgen creencias metacognitivas negativas de incontrolabilidad y daño, lo que lleva a la perseveración de la conducta adictiva. En una tercera fase, las intrusiones conducen a creencias positivas sobre la rumiación, activando estilos de afrontamiento ligados a la rumiación y a la supresión del pensamiento. Esto conduce a un empeoramiento del afecto negativo, aumentando la probabilidad de utilizar la conducta adictiva como forma de conseguir la autorregulación.

Entre las aplicaciones del modelo metacognitivo a las conductas adictivas, destaca el modelo desarrollado por Spada y Wells (2009), que han desarrollado un modelo metacognitivo en relación al consumo problemático de alcohol. Según este modelo, las creencias metacognitivas sobre los efectos del alcohol conducirían al uso

del alcohol como medio de regulación afectiva (Spada y Wells, 2008). En el juego patológico, diversos estudios han encontrado que existiría relación con la metacognición (Lindberg, Fernie, y Spada, 2011; Millar, 2003). Por tanto, la metacognición podría ser también una variable útil en relación al afrontamiento para comprender el juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa-depresiva, ya que como se mencionaba anteriormente, promovería las conductas adictivas como forma de afrontamiento ante emociones negativas (Toneatto, 1999). Sin embargo, existe muy poca investigación al respecto, siendo necesarios más estudios en esta línea. Todo ello se expone en mayor profundidad en el artículo “Metacognición en juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva”, que se presenta a continuación en el apartado 4.3.

Sintomatología ansioso-depresiva y metacognición

Otro tipo de trastornos que han sido relacionados con la metacognición son los trastornos emocionales (Estévez, Ramos-Cejudo, y Salguero, 2015). En presencia de un trastorno psicológico, las respuestas emocionales se convierten a menudo en el foco del sistema de autorregulación de las funciones ejecutivas (S-REF; Wells y Mathews, 1994; 1996). Además de la información metacognitiva, los estados internos, como son las emociones, se utilizan como señal para la regulación de las estrategias de afrontamiento. Las emociones podrían ser malinterpretadas de forma negativa, o utilizadas de manera inapropiada como señales para continuar o interrumpir el procesamiento autorregulatorio. Asimismo, algunas personas tendrían una tolerancia limitada a las emociones negativas, de modo que estarían permanentemente utilizando la metacognición como forma de monitorizar y suprimir las respuestas emocionales. De este modo, los estados emocionales también sirven como señal interna que sesga la activación de creencias y procesos cognitivos, que influirían en el carácter desadaptativo

del afrontamiento en los desórdenes emocionales, y en la perseveración en pensamientos, emociones y estrategias de afrontamiento negativas o desadaptativas.

Aunque los estudios en este campo son aún escasos, se ha comprobado empíricamente que la metacognición se relacionaría con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Dragan, Dragan, Kononowicz, y Wells, 2012; Hjemdal, Stiles, y Wells, 2013; Valiente, Prados, Gómez, y Fuentenebro, 2012; Wells, et al., 2012). Los desórdenes emocionales, por ejemplo, se han ligado al uso de estrategias de monitoreo de amenaza, que se caracterizan por mantener la atención en fuentes internas o externas de amenaza (Wells, 2000). Por tanto, la metacognición podría aportar claves importantes a la hora de entender la aparición y desarrollo de los trastornos emocionales.

3. OBJETIVOS

Objetivos

La presente tesis tiene como finalidad, por un lado, validar un instrumento de afrontamiento y analizar la relación del afrontamiento con la regulación emocional a la hora de explicar la sintomatología ansiosa y depresiva; y por otro, analizar procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento que han sido relacionados con la sintomatología ansiosa y depresiva, como son la regulación emocional y la metacognición, aplicándolos en juego patológico.

Los objetivos de la presente tesis han sido, por tanto, los siguientes:

- 1) Validar la estructura factorial del Coping Strategies Inventory en población española.
- 2) Analizar la relación entre el afrontamiento y la regulación emocional como predictores de la sintomatología ansioso-depresiva.
- 3) Analizar la relación del juego patológico con la regulación emocional y la metacognición.
- 4) Estudiar el papel mediador de la regulación emocional entre la sintomatología ansioso-depresiva y el juego patológico.
- 5) Estudiar el papel mediador de la metacognición entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

El método elegido para la presentación de esta tesis ha sido el compendio de contribuciones científicas, mediante artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. A continuación, se muestran las publicaciones que lo componen:

- 1) Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., y Estévez, A. (2016). Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación

con la regulación emocional, ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 24(2), 319-340. [FI = 0.766, Q4 (Psychology, clinical)]

- 2) Jauregui, P., Estevez, A., y Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatology [Juego patológico y abuso de alcohol y drogas, regulación emocional y sintomatología ansioso-depresiva asociados]. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(2), 251-260. [FI = 2.492, Q2 (Psychiatry)].
- 3) Jauregui, P., Urbiola, I., y Estévez, A. (2016). Metacognition in pathological gambling and its relationship with anxious and depressive symptomatology [Metacognición en juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva]. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 675-679. doi: 10.1007/s10899-015-9552-z. [FI = 2.750, Q1 (Psychology, multidisciplinary)/Q1 (Substance abuse)].

4. ESTUDIOS EMPÍRICOS

4.1 ESTUDIO EMPÍRICO 1

Factorial structure of the Coping Strategies Inventory and its relationship with emotion regulation, anxiety and depression.

Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión.

Paula Jauregui, David Herrero-Fernández y Ana Estévez

Psicología Conductual – Behavioral Psychology. Vol. 24(2), 319-340.

Resumen

El afrontamiento y la regulación emocional son constructos relacionados pero diferenciados, que podrían estar implicados en distintas problemáticas psicológicas. El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Coping Strategies Inventory - CSI; Tobin et al., 1989) es uno de los instrumentos más relevantes para medir afrontamiento. Consta de una estructura factorial de ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios, la cual no ha sido validada en castellano. Este estudio ha tenido como objetivo validar la estructura factorial del CSI (Tobin et al., 1989) en castellano, y estudiar el valor predictivo del afrontamiento y las dificultades de regulación emocional en relación con la sintomatología ansioso-depresiva. La muestra ha estado compuesta por 498 participantes provenientes de centros universitarios y de recogida de muestra online. Se ha realizado un análisis factorial confirmatorio (AFC) del instrumento, que ha confirmado la estructura original del instrumento en su adaptación en castellano, y un análisis de regresión jerárquica que ha mostrado el valor predictivo diferenciado del afrontamiento y la regulación emocional en relación con la sintomatología depresiva. Los resultados han permitido validar la estructura completa del CSI y obtener mayor conocimiento de la relación entre afrontamiento y la regulación emocional.

Palabra clave: afrontamiento, validación, regulación emocional, ansiedad, depresión.

Abstract

Coping and emotion regulation are related but differentiated constructs, which may underlie to different psychological disorders. The Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin et al., 1989) is one of the most relevant instruments to measure coping. It

presents a factorial structure of eight primary factors, four secondary factors and two tertiary factors, which has not been validated in its Spanish adaptation. The aim of this study was to validate the factorial structure of the CSI (Tobin et al., 1989) in Spanish population, and to study the predictive value of coping and emotion regulation in relation with anxious and depressive symptomatology. The sample comprised 498 participants from universities and via on line. Confirmatory factor analyses (CFA) were carried out, which confirmed the original structure of the instrument in its Spanish adaptation, and a hierarchical regression analysis was also carried out, which showed the differentiated predictive value of coping and emotion regulation in relation to depressive symptomatology. These results support the validity of the complete structure of the CSI and allow to obtain a better knowledge on the relationship between coping and emotion regulation.

Keywords: coping, validation, emotion regulation, anxiety, depression.

El afrontamiento ha sido definido originalmente como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). El concepto de afrontamiento ha ido variando desde entonces y ha dado a la persona un papel más activo en todo el proceso ya que la percepción que tiene la persona del suceso afectaría al modo de afrontamiento. Como consecuencia, autores como Compas et al. (2001) hacen referencia al afrontamiento como los “esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresantes” (p.89). Existen numerosas tipologías de clasificación en base a diversos criterios, ya sean teóricos, empíricos o una combinación de los dos (Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). En función del tipo de afrontamiento que se utilice las consecuencias podrían ser diferentes. Uno de los criterios clásicos a la hora de diferenciar entre tipos de afrontamiento ha sido la distinción entre las estrategias orientadas al problema y las estrategias orientadas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1986). Otra distinción que se ha llevado a cabo entre las estrategias de afrontamiento ha sido entre aquellas que son adaptativas y aquellas que son desadaptativas (Zeitlin, 1980). Las estrategias de afrontamiento adaptativas podrían repercutir sobre el bienestar psicológico (González-Barrón, Montoya-Castilla, Casullo y Bernabéu-Verdú, 2002), mientras que un uso desadaptativo de las mismas está ligado a la presencia de problemáticas psicológicas (Asselmann, Wittchen, Lieb, Höfler y Beesdo-Baum, 2015; Collins, Woolfson y Durkin, 2013; Di Benedetto et al., 2014).

No obstante, existe falta de acuerdo respecto a la clasificación de las estrategias de afrontamiento, y autores como Skinner et al. (2003) remarcan la necesidad de consensuar los criterios y clasificaciones, ya que la mayoría de los instrumentos

existentes no se basarían en un modelo teórico previo, sino en análisis factoriales exploratorios con falta de coherencia teórica o que no han sido replicados (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen, y Saltzman, 2000). Según Skinner et al. (2003), tan sólo cuatro instrumentos para clasificar subtipos de afrontamiento tendrían un modelo teórico de base y habrían sido empíricamente probados y validados: la Children's Coping Strategies Checklist (CCSC; Ayers, Sandier, West, y Roosa, 1996); el Cuestionario de Respuestas al Estrés (Responses to Stress Questionnaire, RSQ; Connor-Smith et al., 2000); el Pain Response Inventory for Children (Walker, Smith, Garber, y VanSlyke, 1997)); y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989), que serían los referentes para la investigación en el ámbito de la estructura del afrontamiento.

El CSI de Tobin et al. (1989) es por tanto uno de los instrumentos de referencia para medir el afrontamiento desde una estructura jerárquica. Sus autores plantearon una organización del afrontamiento en distintos niveles, clasificando las estrategias de afrontamiento específicas que habían sido encontradas en otros estudios en dimensiones superiores, y comprobaron empíricamente dicha clasificación. Dichas dimensiones superiores hacen referencia a la división entre estrategias orientadas a la emoción y al problema de Lázarus y Folkman (1986), y al carácter adaptativo o desadaptativo de las mismas (Zeitlin, 1980). De este modo, el instrumento original consta de 72 ítems, agrupados en ocho subescalas que hacen referencia a distintas estrategias de afrontamiento: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, y autocrítica. Asimismo, estas ocho subescalas se agrupan en cuatro factores secundarios (manejo adecuado centrado en el problema, manejo adecuado centrado en la emoción, manejo inadecuado centrado en el problema, y manejo inadecuado centrado

en la emoción) y dos factores terciarios (manejo adecuado y manejo inadecuado). Cano, Rodríguez y García (2007) llevaron a cabo la adaptación al castellano del instrumento. En ella, el instrumento se acortó a 40 ítems, y se replicó el factor primario del instrumento original, referido a las ocho subescalas que miden estrategias de afrontamiento. Sin embargo, no se replicaron las subescalas secundarias y terciarias del instrumento original. En una adaptación a población penitenciaria en México (Rodríguez-Díaz et al., 2014) se obtuvieron los mismos resultados. Nava-Quiróz, Ollua-Méndez, Vega-Valero y Soria-Trujano (2010), a su vez, intentaron replicar también la estructura original del CSI (Tobin et al., 1989), consiguiendo resultados parciales. Los factores de segundo orden no pudieron replicarse, y los factores de tercer orden tan sólo parcialmente. En este estudio, se señaló la necesidad de abordar en estudios futuros la replicación de la estructura original del CSI (Tobin et al., 1989), que posibilitaría el uso este instrumento no sólo para medir las estrategias empleadas, sino también los estilos de afrontamiento, es decir, “las predisposiciones personales de afrontamiento, responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional” (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

De acuerdo con Cano et al. (2007), existen pocos instrumentos de evaluación del afrontamiento en castellano, y los existentes presentarían una serie de limitaciones, como la excesiva longitud de los instrumentos, haber sido concebidos para muestras específicas o haber sido adaptados exclusiva o casi exclusivamente con universitarios, que indican la conveniencia de seguir investigando en el campo de los instrumentos de medida del afrontamiento. Nava-Quiróz et al. (2010), por su parte, hacen hincapié en la necesidad de obtener instrumentos para medir el afrontamiento con características psicométricas óptimas, al haber un déficit en ese sentido en lengua castellana. El CSI se

ha utilizado tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, como es el caso de población universitaria (Monteiro, Balogun y Oratile, 2014), población penitenciaria (Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco y Bringas-Molleda, 2014), en estrés post-traumático (Leiner, Kearns, Jackson, Astin y Rothbaum, 2012), sintomatología ansiosa y depresiva (García-Alberca et al., 2012), intentos suicidas (Kattimani, Sarkar, Rajkumar y Menon, 2015), trastornos alimentarios (Jauregui-Lobera, Estébanez, Fernández, Bautista y Garrido, 2009), evaluación en salud (Costa, Cantarell, Parramon y Serón, 2014; Gaviria et al., 2013), compras compulsivas (Otero-López y Villardefrancos, 2014) o en pacientes con daño cerebral (Woodrome, et al., 2011), entre otros.

Otro factor íntimamente ligado al afrontamiento, y que también ha sido relacionado con la presencia de problemáticas psicológicas, es la regulación emocional. La regulación emocional se entiende como la habilidad de monitorizar y modular las reacciones emocionales (Gratz y Roemer, 2004; Gross y Thompson, 2007). También se ha definido como las estrategias o “procesos de iniciación, evitación, inhibición, mantenimiento o modulación de la ocurrencia, forma o duración de estados emocionales internos y procesos atencionales, psicológicos o motivacionales relacionados con la emoción” (Eisenberg y Spinard, 2004, p.338). Las diferentes formas de regulación emocional tendrán un efecto diferencial en el desarrollo del individuo, a la vez que influirán en la forma de afrontar las relaciones con los otros (Márquez-González, Montorio, Izal, y Losada, 2008). La regulación emocional cognitiva, por ejemplo, se refiere al proceso consciente y cognitivo de afrontamiento de las emociones (Garnefski et al., 2002). Tanto las habilidades de afrontamiento como las de regulación emocional son fundamentales a la hora de determinar el riesgo de presentar un trastorno psicopatológico (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Compas y Reeslund,

2009; Curtis y Cicchetti, 2007), y ambos procesos ocuparían un lugar central en los modelos transdiagnósticos de intervención en un amplio espectro de problemáticas psicológicas (Compas, Watson, Reising y Dunbar, 2013; Kring y Sloan, 2009; Mennin, Ellard, Fresco y Gross, 2013; Trosper, Buzzella, Bennett y Ehrenreich, 2009), entre las que destacan los trastornos emocionales, tales como la ansiedad y el trastorno depresivo mayor (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Hoffman, Sawyer, Fang, y Asnaani, 2012), entre otros.

Como puede verse, la regulación emocional presenta numerosos elementos en común con los procesos de afrontamiento. Como se ha indicado anteriormente, en la definición de afrontamiento se ha incluido la regulación emocional. Por ejemplo, algunas estrategias de afrontamiento contribuirían a la regulación de estados emocionales, aun cuando no sea éste su objetivo principal (Aldao et al., 2010). Asimismo, cuanto mayor es la dificultad para regular emociones, mayor es la tendencia a utilizar estrategias de alejamiento del problema y de la emoción (Monteiro et al., 2014). Sin embargo, pese a sus similitudes y a su interacción, se trataría de procesos diferenciados. El constructo de afrontamiento incluiría la regulación emocional pero no se reduciría a ello, sino que también incluiría otros aspectos como puede ser la resolución de problemas (John y Gross, 2007). En ese sentido, Compas y colaboradores (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001) consideran al afrontamiento como un aspecto dentro de un conjunto de procesos de auto-regulación más amplio que se realizan en respuesta al estrés. De esta forma, el afrontamiento se relaciona con la regulación de la emoción, cognición, conducta y fisiología. En el caso de la regulación emocional, por su parte, hace referencia específicamente a la gestión emocional en situaciones que no necesariamente han de ser estresantes sino que pueden ser tanto positivas como negativas (Folkman y Moskowitz, 2004; Webb, Miles y

Sheeran, 2012). Compas et al. (2014) sugieren que, aunque el estudio de ambos constructos se ha llevado a cabo de manera separada y diferenciada, sería conveniente realizar también estudios que los interrelacionen e investiguen sus posibles conexiones.

Por tanto, los objetivos de este estudio han sido, en primer lugar, la validación de la estructura original del instrumento CSI en su adaptación en castellano, y en segundo lugar, estudiar la relación del afrontamiento y la regulación emocional con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, así como las interrelaciones entre el afrontamiento y la regulación emocional.

Método

Participantes

La muestra total de este estudio fue de 498 participantes. De ellos, 154 (30.9%) fueron hombres y 341 (68.5%) fueron mujeres, con una edad media de 28.21 años ($DT = 10.17$). Los sujetos fueron captados por muestreo de conveniencia, tanto en centros universitarios (Universidad de Deusto y Universidad del País Vasco) (14.9%) como a través de redes sociales (Facebook) y por invitación vía e-mail, solicitando colaboración en el estudio y adjuntado un enlace para participar online (84.3%). El nivel educativo de los participantes fue el siguiente: estudios primarios (1.8%), estudios secundarios (8.4%), formación profesional (16.6%), y estudios universitarios (72.3%). La situación laboral de la muestra fue la siguiente: trabajadores/as (33.9%), estudiantes (37.7%), en paro (10.8%), estudiante y trabajador/a (12.8%), estudiante en paro (3.6%) y alternancia de trabajo y desempleo (0.2%). Se encontraron diferencias sociodemográficas entre la muestra universitaria y la muestra online en las siguientes variables: edad ($t=18.1(485.55)$, $p=.00$), género ($\chi^2(1)=7.45$, $p=.006$), y situación laboral ($\chi^2(5)=85.95$, $p=.00$).

Instrumentos

Afrontamiento. Esta variable se evaluó a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (*Coping Strategies Inventory, CSI*; Tobin et al., 1989). Este cuestionario ha sido adaptado al castellano por Cano et al. (2007). Es un cuestionario de autoinforme que mide estrategias de afrontamiento. La escala original consta de 72 ítems, mientras que en la adaptación a castellano se redujo a 40, más un ítem de medida de eficacia percibida del afrontamiento, eliminándose así los ítems que mostraban baja correlación con el factor en análisis factoriales, y obteniendo un número menor y más representativo de ítems, así como mayor homogeneidad en los factores. Consta de cinco ítems en cada subescala, que se contestan en una escala tipo Likert de 0 (“En absoluto”) a 4 (“Totalmente”). Tiene una estructura jerárquica, formado por ocho escalas primarias, cuatro secundarias, y dos terciarias. Las ocho escalas primarias miden ocho estrategias de afrontamiento distintas: (1) Resolución de problemas: estrategias encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; (2) Reestructuración cognitiva: estrategias que modifican el significado de la situación estresante; (3) Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; (4) Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; (5) Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; (6) Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; (7) Retirada social: estrategias de retirada de personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante; (8) Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.

Estas ocho subescalas primarias se integran en cuatro escalas secundarias: (1) Manejo adecuado centrado en el problema, que incluye las subescalas de Resolución de problemas y Reestructuración cognitiva, y hace referencia a un afrontamiento adaptativo centrado en el problema; (2) Manejo adecuado centrado en la emoción, que incluye las subescalas de Apoyo social y Expresión emocional, y hace referencia a un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones; (3) Manejo inadecuado centrado en el problema, que incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo, y hace referencia a un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, mediante evitación o fantasía sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; (4) Manejo inadecuado centrado en la emoción, que incluye las subescalas Retirada social y Autocrítica, y refleja un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, basado en aislamiento, autocrítica y autoinculpación.

A su vez, estas cuatro escalas secundarias se agruparían en dos escalas terciarias: (1) Manejo adecuado, formado por las siguientes subescalas: Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional, y que haría referencia a los esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; y (2) Manejo inadecuado, formado por las siguientes subescalas: Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Retirada social y Autocrítica, y que hacen referencia a un afrontamiento pasivo y desadaptativo.

En cuanto a su consistencia interna, la CSI presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de entre .63 y .89 en las ocho subescalas primarias en la adaptación en castellano, mientras que en la versión original mostró valores entre .72 y .94. Asimismo, Nava- Quiróz et al. (2014) encontraron valores entre .70 y .86. En este estudio, se han obtenido valores de entre .75 y .89. Además, la

puntuación en la CSI muestra validez convergente con la personalidad medida por el NEO-FFI (Costa y McRae, 1999) y con la autoeficacia percibida de afrontamiento (Cano et al., 2007).

Sintomatología ansiosa y depresiva. Estas variables se evaluaron a través de las Subescalas de Ansiedad y Depresión del Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos-45 (*Symptom Assessment, SA-45*; Davison et al., 1997), que es una versión abreviada del SCL-90-R (Derogatis, 2002) adaptada al castellano por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008). En comparación con el SCL-90-R, consta de las siguientes características: (a) reducción de la extensión del cuestionario, (b) iguala las escalas a un mismo número de ítems, de modo que poseen similar fiabilidad y validez, (c) evita el solapamiento de las distintas escalas, (d) minimiza la correlación entre las escalas, y (e) favorece la utilidad y uso del cuestionario. Es una herramienta de evaluación de síntomas psicopatológicos. El sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 4 (“Mucho o extremadamente”). En este estudio se utilizaron dos subescalas: Ansiedad y Depresión. Presenta alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .95 en la escala total, y de .85 en la subescala de depresión y .84 en la subescala de ansiedad (Sandín et al., 2008). Los análisis de validez convergente y discriminante fueron adecuados, mostrando correlación baja y negativa con el afecto positivo ($r = .25$ para la subescala total y entre .08 y .37 en las subescalas), y elevadas o moderadas con el afecto negativo ($r = .72$ para la escala total y entre .43 y .71 en las subescalas), considerando que eran significativas con valores de r superiores a .15 (Sandín et al., 2008). En este estudio, ambas subescalas presentaron un alfa de Cronbach de .84.

Regulación Emocional. Se empleó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS*; Gratz y Roemer, 2004), que evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de la medición de diversos déficits que pueden afectar a una óptima regulación afectiva. En este estudio se utilizó la adaptación al castellano realizada por Hervás y Jódar (2008), en la que destaca la reducción de factores e ítems con respecto a la escala original. Consta de 28 ítems, con una escala Likert de 5 puntos (de “Casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90-100% de las veces”), y una estructura de 5 factores: 1) Desatención emocional; 2) Rechazo emocional; 3) Confusión emocional; 4) Interferencia cotidiana; 5) Descontrol emocional. Posee índices satisfactorios de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .93 en la escala global y de entre .73 y .91 en las distintas subescalas. Además, la fiabilidad test re-test evaluada en un periodo temporal de 6 meses fue adecuada, lo que indica que la escala presenta una buena estabilidad temporal (Hervás y Jódar, 2008). En el presente estudio se encontró una fiabilidad para la escala global de .94, y una fiabilidad entre .82 y .92 en las distintas subescalas.

Procedimiento

Los participantes tomaron parte en el estudio de distintas formas. Como se ha indicado anteriormente, la muestra fue obtenida tanto en centros universitarios como de manera online en redes sociales y por e-mail. Por un lado, se invitó a personas a participar a través de un mensaje público en redes sociales (perfil de Facebook), y vía e-mail. En ambos casos, se anunció la existencia del estudio y se solicitó la participación a través de la cumplimentación de un cuestionario online, del que se adjuntó un enlace. Asimismo, algunos de los participantes reenviaron el e-mail y compartieron la publicación en sus propios perfiles de Facebook. Por otro lado, se procedió a la aplicación colectiva en centros universitarios mediante cuestionarios en

papel. De acuerdo con Herrero-Fernández (2015), se ha observado que el método de aplicación de los cuestionarios (lápiz y papel vs. Internet) no afectaría a los resultados obtenidos en los mismos. En ambos casos, el cuestionario venía acompañado de una carta explicativa sobre el estudio, objetivos, voluntariedad de participación, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, y datos de contacto del investigador de referencia.

Resultados

En primer lugar se analizó la estructura factorial del cuestionario CSI mediante Análisis Factorial Confirmatorio (AFC). De este modo, se pusieron a prueba tres hipótesis acerca de la estructura factorial: en primer lugar, un modelo bifactorial con los dos factores terciarios de Manejo adecuado y Manejo inadecuado; en segundo, lugar, el modelo jerárquico de cuatro factores primarios (Manejo adecuado centrado en el problema; Manejo adecuado centrado en la emoción; Manejo inadecuado centrado en el problema; Manejo inadecuado centrado en la emoción) más los dos terciarios (Manejo adecuado y Manejo inadecuado); y finalmente el modelo jerárquico de tres niveles, compuesto por ocho factores de primer orden (Resolución de problemas; Reestructuración cognitiva; Apoyo social; Expresión emocional; Evitación de problemas; Pensamiento desiderativo; Retirada social; Autocrítica), cuatro de segundo orden (Manejo adecuado centrado en el problema; Manejo adecuado centrado en la emoción; Manejo inadecuado centrado en el problema; Manejo inadecuado centrado en la emoción) y dos de tercer orden (Manejo adecuado y Manejo inadecuado).

Los AFC se realizaron con el software Lisrel 8.80 (Jöreskog y Sörbom, 1996), y se llevaron a cabo siguiendo el método robusto de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS), por ser el más apropiado cuando el supuesto de normalidad

multivariada no se cumple, como sucede en el caso de ítems respondidos a través de escalas tipo Likert. Bajo estos supuestos, este método ha mostrado mejores resultados que el método de máxima verosimilitud (Mindrila, 2010). Por otro lado, los modelos se evaluaron a través de los siguientes índices de bondad de ajuste. Por un lado, el cociente entre el estadístico χ^2 y los grados de libertad del modelo, cuyo valor ha de ser inferior a 3 para considerarse un buen ajuste (Carmines y McIver, 1981). En segundo lugar, la Raíz Cuadrada Media del Error de Aproximación [Root Mean Squared of Error Approximation, RMSEA] con su intervalo de confianza al 90%, cuyo valor debe ser inferior a .08 para considerar un ajuste adecuado, y menor a .05 para ser óptimo (Browne y Cudeck, 1993). Finalmente, el Índice de Ajuste Comparativo [Comparative Fit Index, CFI], el Índice de Ajuste No Normado [Non-Normed Fit Index, NNFI], el Índice de Bondad de Ajuste [Goodness of Fit Index, GFI] y el Índice de Bondad de Ajuste Ajustado [Adjusted Goodness of Fit Index, AGFI], cuyos valores han de ser superiores a .95 para aceptar un ajuste adecuado (Hu y Bentler, 1999).

De esta forma, se comenzó ejecutando el modelo más parsimonioso posible, compuesto únicamente por dos factores de primer orden. Los resultados mostraron un ajuste inadecuado de acuerdo con los índices evaluados: $\chi^2/df = 20.46$; RMSEA = .208 (I.C. al 90%: .205 – .211); CFI = .47; NNFI = .44; GFI = .67; AGFI = .64. Seguidamente se analizó el modelo jerárquico de dos niveles, contando con cuatro factores de primer orden y dos de segundo orden. Los resultados mostraron igualmente un ajuste inadecuado, $\chi^2/df = 12,37$; RMSEA = .159 (I.C. al 90%: .156 – .162); CFI = .69; NNFI = .67; GFI = .74; AGFI = .71. Finalmente, se probó el tercer modelo, compuesto por ocho factores de primer orden, cuatro de segundo orden y dos de tercer orden. En este caso los resultados fueron satisfactorios para todos los índices evaluados: $\chi^2/df = 2.44$; RMSEA = .056 (I.C. al 90%: .053 – .060); CFI = .96; NNFI = .96; GFI =

.95; AGFI = .94. De esta forma, se aceptó el modelo jerárquico de tres niveles. Seguidamente se procedió a analizar la consistencia interna (alfa de Cronbach) de los factores primarios. Los resultados se pueden observar en la Tabla 1, junto con el resto de estadísticos descriptivos de los ítems y factores. Tal como se puede observar, todos los factores tuvieron valores de consistencia interna superiores a .70. Por otro lado, todas las variables (tanto ítems como factores) tuvieron una distribución simétrica, con valores de asimetría dentro del rango $\pm 1,5$. Los pesos factoriales oscilaron entre .29 (ítem 35) y .95 (ítem 13), aunque todos ellos tuvieron una contribución significativa a la consistencia interna de su factor, con coeficientes de correlación ítem-total por encima de .30.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos (Media, Desviación Típica, Asimetría, Peso Factorial, Error de Estimación y correlación entre ítem y total del factor) de ítems y factores del CSI.

Item / Factor	M	DT	As.	Peso Factorial	Error de Estimación	Correlación ítem-total
<i>Manejo adecuado</i> ($\alpha = .90$)	46.67	14.27	-.44	-	-	-
<i>Manejo adecuado problema</i> ($\alpha = .85$)	24.00	7.47	-.33	-	-	-
<i>Resolución de Problemas</i> ($\alpha = .88$)	13.39	4.37	-.46	-	-	-
Item 1	2.85	1.02	-.62	.80	.36	.69
Item 9	2.77	1.03	-.60	.90	.19	.77
Item 17	2.82	1.07	-.72	.89	.21	.77
Item 25	2.33	1.14	-.29	.74	.45	.68
Item 33	2.61	1.09	-.42	.71	.49	.63
<i>Reestructuración Cognitiva</i> ($\alpha = .81$)	10.59	4.55	-.08	-	-	-
Item 6	2.31	1.23	-.26	-.62	.61	.51
Item 14	1.91	1.25	.06	-.65	.57	.50
Item 22	1.91	1.17	.19	-.76	.42	.65
Item 30	2.14	1.16	-.06	-.79	.38	.68
Item 38	2.32	1.21	-.25	-.77	.41	.64
<i>Manejo adecuado emoción</i> ($\alpha = .90$)	22.69	9.13	-.29	-	-	-
<i>Expresión Emocional</i> ($\alpha = .85$)	10.01	4.95	-.05	-	-	-
Item 3	2.04	1.20	.06	.77	.40	.71
Item 11	2.29	1.29	-.18	.91	.17	.76
Item 19	2.11	1.22	.01	.85	.28	.75
Item 27	2.15	1.24	-.02	.91	.18	.75
Item 35	1.42	1.29	.56	.29	.49	.38
<i>Apoyo Social</i> ($\alpha = .88$)	12.68	5.28	-.52	-	-	-
Item 5	2.90	1.25	-.89	.88	.23	.74
Item 13	2.88	1.24	-.83	.95	.11	.79

Item / Factor	M	DT	As.	Peso Factorial	Error de Estimación	Correlación ítem-total
Item 21	2.23	1.34	-.15	.82	.33	.71
Item 29	2.19	1.21	-.07	.71	.49	.58
Item 37	2.48	1.39	-.47	.82	.32	.72
<i>Manejo inadecuado ($\alpha = .87$)</i>	30.13	13.32	.31	-	-	-
<i>Manejo inadecuado problema ($\alpha = .79$)</i>	17.75	7.36	.01	-	-	-
<i>Evitación de Problemas ($\alpha = .75$)</i>	6.01	4.11	.61	-	-	-
Item 7	1.37	1.13	.63	.42	.82	.46
Item 15	1.23	1.26	.70	.73	.46	.57
Item 23	1.48	1.16	.48	.71	.50	.54
Item 31	.98	1.15	1.01	.78	.40	.53
Item 39	.94	1.10	1.04	.69	.53	.49
<i>Pensamiento Desiderativo ($\alpha = .84$)</i>	11.74	5.20	-.17	-	-	-
Item 4	2.25	1.43	-.11	.81	.35	.70
Item 12	2.48	1.37	-.35	.86	.26	.72
Item 20	2.43	1.41	-.33	.80	.36	.67
Item 28	2.37	1.31	-.23	.81	.35	.69
Item 36	2.18	1.17	-.04	.55	.70	.40
<i>Manejo inadecuado emoción ($\alpha = .86$)</i>	12.37	8.02	.52	-	-	-
<i>Autocrítica ($\alpha = .89$)</i>	6.94	5.09	.56	-	-	-
Item 2	1.49	1.15	.50	.81	.35	.72
Item 10	1.49	1.23	.40	.84	.30	.76
Item 18	1.44	1.24	.57	.89	.21	.80
Item 26	1.32	1.22	.68	.89	.20	.76
Item 34	1.23	1.27	.71	.74	.46	.64
<i>Retirada Social ($\alpha = .79$)</i>	5.42	4.31	.76	-	-	-
Item 8	1.50	1.20	.46	.35	.88	.36
Item 16	.82	1.11	1.34	.63	.60	.51
Item 24	1.03	1.17	.99	.86	.27	.66
Item 32	1.03	1.18	.94	.82	.32	.64
Item 40	1.03	1.19	1.08	.89	.21	.69

As.=Asimetría

Seguidamente se procedió a analizar la validez convergente y divergente del instrumento. Para ello en primer lugar se calcularon los coeficientes de correlación entre los factores del CSI y los del DERS, así como con los factores de Ansiedad y Depresión del SA-45. Los resultados se detallan en la Tabla 2. Tal como se puede observar, los factores del CSI correlacionaron significativamente con las medidas criterio. Concretamente, se observaron mayores correlaciones con depresión que con ansiedad.

Igualmente, se observó una correlación significativa positiva entre las estrategias de manejo inadecuado y la puntuación en el DERS, y una correlación significativa negativa entre el DERS y las estrategias de manejo adecuado.

Finalmente, en base a los resultados correlacionales se llevaron a cabo dos modelos de regresión jerárquica para predecir las puntuaciones en ansiedad (Tabla 3) y depresión (Tabla 4), introduciendo en cada modelo como predictores las variables del CSI y del DERS que habían estado significativamente asociadas además de la edad y el sexo como variables sociodemográficas, y la ansiedad en el modelo predictivo de la depresión y ésta última en el modelo predictivo de la ansiedad como covariantes para controlar su efecto. En ambos casos se introdujo en el primer paso la variable covariante (ansiedad en el modelo predictivo de la depresión, y depresión en el modelo predictivo de la ansiedad); la edad y el sexo en el segundo paso; los factores de primer orden del CSI en el tercer paso, y en el cuarto paso se introdujeron las variables relativas al DERS. Tal como se puede observar, en el caso de la ansiedad las variables predictoras explicaron el 54% de la varianza, de manera que en el último paso únicamente la puntuación en depresión mantuvo la significación. En el caso de la depresión, las variables predictoras explicaron el 61% de la varianza, manteniendo la significación en el cuarto paso las variables ansiedad, resolución de problemas, retirada social, rechazo y confusión.

Tabla 2. Correlaciones bivariadas (r de Pearson) entre las variables analizadas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1.Depresión	-																			
2.Ansiedad	.69***	-																		
3.DERS_Desatención	.24***	.11*	-																	
4.DERS_Rechazo	.52***	.48***	.16***	-																
5.DERS_Confusión	.46***	.30***	.51***	.46***	-															
6.DERS_Interferencia	.48***	.49***	.02	.60***	.36***	-														
7.DERS_Descontrol	.46***	.48***	.07	.68***	.47***	.72***	-													
8.CSI_Res. Probl.	-.14**	-.05	-.31***	-.11*	-.20***	-.10*	-.09*	-												
9.CSI_Autocrítica	.36***	.29***	.11*	.47***	.35***	.33***	.34***	.01	-											
10.CSI_Exp. Emoc	.01	.09	-.40***	.05	-.08	.13**	.15**	.33***	.02	-										
11.CSI_Pens. Desi.	.34***	.30***	.00	.33***	.26***	.33***	.32***	.09*	.41***	.24***	-									
12.CSI_Apo. Soc.	-.10*	-.02	-.34***	-.10*	-.11*	-.05	-.03	.36***	.01	.58***	.17***	-								
13.CSI_Reest. Cog	-.08	-.02	-.24***	-.03	-.06	-.06	-.06	.39***	.08	.31***	.03	.38***	-							
14.CSI_Evit. Probl	.17***	.10*	.12**	.17***	.22***	.12**	.13**	-.02	.22***	.01	.24***	.02	.41***	-						
15. CSI_Ret. Social	.41***	.27***	.30***	.35***	.42***	.28***	.34***	-.08	.46***	-.21***	.33***	-.35***	-.03	.37***	-					
16. CSI_Ad.Prob.	-.13**	-.03	-.33***	-.08	-.16***	-.11*	-.09	-.83***	.05	.39***	.07	.44***	.84***	.24***	-.07	-				
17. CSI_Inad. Prob.	.34***	.26***	.07	.33***	.31***	.30***	.30***	.06	.41***	.17***	.84***	.12**	.25***	.73***	.44***	.19***	-			
18. CSI_Ad. Emo.	-.06	.04	-.42***	-.04	-.11*	.04	.06	.38***	.01	.88***	.22***	.90***	.39***	.01	-.32***	.46***	.16***	-		
19. CSI_Inad. Emo.	.45***	.33***	.25***	.49***	.45***	.35***	.39***	-.04	.88***	-.10*	.44***	-.18***	.03	.34	.82***	-.10	.50***	-.17***	-	
20. CSI_Inadec.	.46***	.35***	.20***	.48***	.45***	.38***	.40***	-.10	.76***	.02	.73***	-.05	.14**	.60***	.74***	.08	.85***	-.03	.88***	-
21. CSI_Adec.	-.11*	.01	-.44***	-.07	-.16***	-.03	-.01	.68***	.03	.77***	.18***	.81***	.69***	.12*	-.25***	.82***	.19***	.89***	-.12*	.02

Res. Probl.= Resolución de problemas; Exp. Emoc. = Expresión Emocional; Pens.Desi. = Pensamiento Desiderativo; Apo.Soc. = Apoyo Social; Reest. Cog = Reestructuración cognitiva; Evit. Probl = Evitación de Problemas; Ret. Social = Retirada Social; Ad. Prob. = Manejo Adecuado del Problema; Inad. Prob. = Manejo Inadecuado del Problema; Ad. Emo. = Manejo Adecuado de la Emoción; Inad. Emo. = Manejo Inadecuado de la Emoción; Inadec. = Manejo Inadecuado; Adec. = Manejo Adecuado.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Tabla 3. Regresión jerárquica múltiple para predecir Ansiedad

	B	E.T.B	β
Paso 1			
Depresión	.66	.03	.69***
Paso 2			
Depresión	.65	.03	.68***
Edad	-.01	.02	-.03
Sexo (1=Hombre; 2=Mujer)	.65	.31	.07*
Paso 3			
Depresión	.61	.04	.67***
Edad	-.01	.02	-.02
Sexo (1=Hombre; 2=Mujer)	.60	.32	.07
CSI_Autocrítica	.03	.03	.03
CSI_Pensamiento Desiderativo	.05	.03	.06
CSI_Evitación Problemas	-.02	.04	-.03
CSI_Retirada Social	-.03	.04	-.03
Paso 4			
Depresión	.56	.04	.59***
Edad	-.01	.02	-.01
Sexo (1= Hombre; 2=Mujer)	.42	.31	.05
CSI_Autocrítica	-.01	.03	-.01
CSI_Pensamiento Desiderativo	.03	.03	.04
CSI_Evitación Problemas	-.01	.04	-.01
CSI_Retirada Social	-.02	.04	-.02
DERS_Desatención	-.01	.05	-.01
DERS_Rechazo	.04	.03	.07
DERS_Confusión	-.13	.07	-.10
DERS_Interferencia	.08	.05	.08
DERS_Descontrol	.08	.03	.14
Nota. Ansiedad: $R^2 = .48$ ($p < .001$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .01$ ($p < .001$) en Paso 2; $\Delta R^2 = .01$ ($p < .001$) en Paso 3; y $\Delta R^2 = .04$ ($p < .001$) en paso 4.			
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.			

Tabla 4. Regresión jerárquica múltiple para predecir Depresión

	B	E.T.B	β
Paso 1			
Ansiedad	.73	.04	.69***
Paso 2			
Ansiedad	.73	.04	.69***
Edad	-.03	.02	-.07
Sexo (1= Hombre; 2=Mujer)	-.40	.34	-.06
Paso 3			
Ansiedad	.63***	.04	.59***
Edad	-.02	.02	-.04
Sexo	-.16	.32	-.02
CSI_Resolución Problemas	-.12	.03	-.12***
CSI_Autocrítica	.07	.03	.08*
CSI_Pensamiento Desiderativo	.08	.03	.09**
CSI_ApoyoSocial	-.02	.03	-.03
CSI_Evitación Problemas	.02	.04	.01
CSI_Retirada Social	.15	.04	.15***
Paso 4			
Ansiedad	.55	.04	.52***
Edad	-.01	.02	-.03
Sexo	-.20	.31	-.02
CSI_Resolución Problemas	-.07	.03	-.07*
CSI_Autocrítica	.02	.03	.03
CSI_Pensamiento Desiderativo	.05	.03	.06
CSI_ApoyoSocial	-.01	.03	-.01
CSI_Evitación Problemas	.01	.04	.01
CSI_Retirada Social	.10	.04	.10*
DERS_Desatención	.05	.05	.04
DERS_Rechazo	.07	.03	.11*
DERS_Confusión	.25	.06	.17***
DERS_Interferencia	.09	.05	.09
DERS_Descontrol	-.04	.03	-.07

Nota. Depresión: $R^2 = .48$ ($p < .001$) en Paso 1; $\Delta R^2 = .01$ ($p < .001$) en Paso 2; $\Delta R^2 = .08$ ($p < .001$) en Paso 3; y $\Delta R^2 = .04$ ($p < .001$) en paso 4.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Discusión

Este estudio ha tenido como objetivo validar la estructura factorial de la adaptación en castellano del CSI. Los resultados han replicado y validado la estructura factorial original del CSI, compuesta por ocho factores de primer orden, cuatro factores de segundo orden y dos factores de tercer orden. Esto contrasta con los estudios previos de Cano et al. (2007), Nava-Quiróz et al. (2010) y Rodríguez-Díaz et al. (2014), en los que no se pudo replicar la estructura factorial original de este instrumento.

Uno de los factores que ha podido influir en la replicación de los factores es el tamaño de la muestra, ya que se ha aumentado con respecto a estudios anteriores, y los resultados de los análisis factoriales son sensibles al tamaño de la muestra (Comrey y Lee, 1992; Everitt, 1975; MacCallum, Widama, Zhang y Hong, 1999; Marsh, Balla y McDonald, 1988). Por otra parte, el tipo de análisis factorial utilizado ha sido diferente a los empleados en estudios anteriores, siendo en este caso un análisis factorial confirmatorio frente a los análisis factoriales exploratorios de estudios previos. El análisis exploratorio no establece *a priori* la estructura de los datos sino que se explora cómo se distribuyen. Esto contrasta con el análisis factorial confirmatorio que comprueba en un modelo estableciendo *a priori* el conjunto total de las relaciones entre los elementos que lo configuran, confirmando empíricamente el modelo teóricamente propuesto (Herrero, 2010). Este enfoque podría adaptarse de manera óptima a la validación de la estructura del instrumento original que, además, se fundamenta, como se señala en la introducción, en un modelo teórico sólido y empíricamente probado (Tobin et al., 1989). El análisis confirmatorio tiene como ventaja añadida el hecho de que, aparte de explorar los distintos factores, permite estimar la bondad de ajuste del modelo total, y comparar distintos modelos entre sí (Brown, 2006). De este modo, se ha comprobado que el modelo que mejor ajusta es el que replica la estructura original del

instrumento, con ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios, frente al modelo que incluye sólo los dos terciarios o los dos terciarios y los cuatro secundarios. Esto permite validar la estructura original del CSI en su adaptación en castellano, ampliando las posibilidades que este instrumento ofrece. Esto supone una mejora de los instrumentos psicométricos disponibles en lengua castellana para medir este constructo, y por tanto, los estudios que se llevan a cabo en un campo tan abordado en investigación como es el del afrontamiento, lo cual es relevante dada la escasez de instrumentos psicométricos adecuados en lengua castellana para medir el afrontamiento.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, se han obtenido valores del alfa de Cronbach de entre .75 y .89. Estos datos mejoran los datos aportados por algunos de los estudios previos, ya que tanto Cano et al. (2007) como Rodríguez-Díaz et al. (2014) mostraban valores inferiores a .70 en determinadas subescalas. Los resultados obtenidos en cuanto a la consistencia interna son, por tanto, más acordes tanto en relación con la escala original (Tobin et al., 1989) como en relación con los aportados por Nava-Quiróz et al. (2010).

Para probar la validez convergente y divergente del instrumento se ha medido su correlación con medidas de ansiedad y depresión y de dificultades de regulación emocional, obteniendo relaciones significativamente positivas con las estrategias de manejo inadecuado, y significativamente negativas con las estrategias de manejo adecuado. Estos resultados son acordes con Monteiro et al. (2014), que encontraron que las dificultades de regulación emocional serían predictoras de las estrategias dirigidas al problema y a la emoción, tanto en el caso de las estrategias de aproximación como en las de distanciamiento, destacando la subescala de Rechazo. En este estudio, además, las correlaciones con la sintomatología ansioso-depresiva y con las dificultades de regulación emocional han sido mayores en el caso de las estrategias de manejo

inadecuado que en el caso de las estrategias de manejo adecuado. Otros estudios también han obtenido resultados en este sentido. Por ejemplo, se ha encontrado que las estrategias adaptativas (reevaluación y aceptación) tendrían de manera mayoritaria asociaciones débiles o no significativas con las problemáticas psicológicas en comparación con las estrategias desadaptativas, como la rumiación y la supresión (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011).

Otro de los objetivos de este estudio ha sido evaluar la relación del afrontamiento y la regulación emocional con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Los análisis de regresión llevados a cabo han mostrado que, en el caso de la ansiedad, sería la depresión la variable predictora principal. Estos resultados son acordes con la amplia investigación que muestra la alta comorbilidad que existe entre la ansiedad y la depresión ya que están considerados ambos como desórdenes emocionales (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, y Mancill, 2001; Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales, 2004). Unido a esto, es importante señalar que la idea de que los trastornos emocionales son entidades bien diferenciadas entre sí está en muchas ocasiones alejada de la realidad clínica (Estévez, Ramos-Cejudo, y Salguero, 2015) y que, en ese sentido, la perspectiva transdiagnóstica (Kring y Sloan, 2009) ha tenido como objetivo identificar los procesos psicológicos principales que subyacen a diferentes psicopatologías, usualmente comórbidas entre sí, como es el caso de los trastornos emocionales. Así, se hipotetiza que diferentes variables pueden actuar como predictoras y/o mantenedoras de problemas emocionales diferentes; estas variables serían por tanto transdiagnósticas a los trastornos emocionales (Estévez et al., 2015). Otras evidencias provienen de diferentes trabajos de intervención en los que se muestra que los tratamientos destinados a reducir un determinado trastorno de ansiedad, podrían reducir problemas de depresión comórbidos (Tsao, Mystkowski, y Zucker, 2002).

Desde una perspectiva neuropsicológica, asimismo, se encuentran evidencias de que las áreas cerebrales implicadas en diferentes problemas emocionales son comunes (Wilamowska et al., 2011).

En el caso de la sintomatología depresiva, el afrontamiento sería predictor de la misma, y al introducir las dificultades de regulación emocional en el modelo, tanto el afrontamiento como las dificultades de regulación emocional también serían significativos. Por tanto, ambas variables en conjunto serían predictoras de la sintomatología depresiva. Estos resultados siguen la misma línea de aquellos estudios que relacionan la sintomatología depresiva con el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional (Sheppes, Suri y Gross, 2015; Viñas-Poch, González-Carrasco, García-Moreno, Malo-Cerrato y Casas-Aznar, 2015), y apoya aquellos estudios que proponen que ambos constructos serían claves en los modelos transdiagnósticos (Compas et al., 2013; Mennin et al., 2013). Además, el cambio en R^2 ha sido significativo al introducir el DERS en el modelo. Es importante tener en cuenta para comprender estos resultados que según la APA (2013) dentro de la definición del trastorno depresivo mayor se encuentra el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día; la disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades; fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, entre otros. Esto está asociado a las dificultades de regulación emocional y relacionado con el afrontamiento como es el caso de la retirada social, el rechazo y confusión o ansiedad. Asimismo, estos resultados sugieren que, pese a tratarse de constructos similares, no estarían solapados, puesto que el CSI no cubriría todos los aspectos relacionados con los procesos regulatorios de la emoción, por lo que sería recomendable analizar el papel específico de cada una de ellos a la hora de realizar estudios en este campo. Esto apoya las sugerencias de Compas et al. (2014),

que propusieron que futuras investigaciones estudiaran ambos constructos como entidades separadas, pero teniendo en cuenta sus posibles conexiones. La interconexión de ambos constructos en relación a la sintomatología ansioso y depresiva ha sido poco estudiada, por lo que este estudio ayuda a cubrir esta cuestión. Esto tiene implicaciones también en el trabajo clínico ya que aporta más datos en el modo en el que ambas estructuras interactúan, y podría suponer que en el trabajo clínico de las dificultades de afrontamiento habría que trabajar también los aspectos de dificultades en la regulación de las emociones.

Por otra parte, los valores de las subescalas del DERS han sido mayores que los valores de las subescalas de la CSI al introducir todas las variables en el modelo, sugiriendo un posible mayor peso de las dificultades de regulación emocional a la hora de explicar la sintomatología depresiva. Se ha sugerido que el potencial dañino de las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como pueden ser las estrategias emocionales evitativas, podría deberse a su uso inflexible o a su falta de sensibilidad al contexto (Eifert y Forsyth, 2005). Esta idea está emergiendo como una dimensión nuclear que distinguiría entre las estrategias de regulación emocional adaptativas y no adaptativas (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman, 2004; Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006). Por tanto, las dificultades de regulación emocional estarían relacionadas con el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento, por lo que serían necesarios futuros estudios que profundizaran en la relación entre ambas, así como en posibles efectos de interacción. Aldao et al. (2010), por ejemplo, sugirieron que estrategias de afrontamiento como la Resolución de problemas, pese a no ser en sí una estrategia de regulación emocional, también podrían influir a nivel emocional al eliminar o modificar el estresor. Compas et al. (2014) hipotetizaron que los intentos de afrontamiento se apoyan en los esfuerzos para regular las emociones antes y después de

que ocurra un evento estresante. Según estos autores, las habilidades deficientes de regulación emocional podrían contribuir a la aparición de estresores que son en parte el resultado de acciones del individuo y que, tras terminar la situación estresante, los problemas para regular las emociones negativas residuales podrían prolongar e intensificar las emociones negativas incluso en ausencia de una situación estresante.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la muestra se ha obtenido por conveniencia, tanto en centros universitarios como a través de redes sociales. El uso de muestras estratificadas que garanticen la representatividad de la misma podría fortalecer los resultados aquí obtenidos. Por otra parte, para medir la depresión y la ansiedad se han empleado dos subescalas de una medida de cribado de sintomatología, lo que podría influenciar los resultados obtenidos. El empleo de medidas específicas de ansiedad y depresión podría arrojar resultados diferentes en los análisis llevados a cabo. Finalmente, la validación de este instrumento se ha realizado con población general. La validación de esta escala en muestras clínicas reforzaría su validez en futuros estudios orientados a distintas poblaciones.

Como conclusión, este estudio valida la estructura original de ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios del CSI (Tobin et al., 1989) en su versión en castellano (Cano et al., 2007), y hace hincapié en la necesidad de analizar tanto el afrontamiento como la regulación emocional y su peso específico a la hora de valorar la sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que son constructos similares pero diferenciados y que podrían influenciarse mutuamente.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Alvarado, B. G., Sandín, B., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N., y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología, 28*(2), 426-433.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., Höfler, M., y Beesdo-Baum, K. (2015). Does low coping efficacy mediate the association between negative life events and incident psychopathology? A prospective-longitudinal community study in adolescents and young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Publicación avanzada en línea. doi: 10.1017/S204579601500013X.
- Ayers, T. S., Sandier, I. N., West, S. G., y Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality, 64*(4), 923-958.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M., y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science, 15*(7), 482-487.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for applied research*. Nueva York: Guilford.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 48-58.

- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newsbury Park: Sage.
- Campbell-Sills, L., y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). Nueva York: Guilford Press.
- Cano, F. J., Rodríguez Franco, L., y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Carmines, E. G., y McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. W. Borhnstedt y E. F. Borgatta (Eds.), *Social measurement: Current issues*. Beverly Hills: Sage.
- Collins, S., Woolfson, L. M., y Durkin, K. (2013). Effects on coping skills and anxiety of a universal school-based mental health intervention delivered in Scottish primary schools. *School Psychology International*, 35(1), 85–100.
- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A., y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., y Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 71-81.

- Compas, B. E., y Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience: Linking contexts and individuals. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescence* (3rd ed., pp. 561–588). Nueva York: Wiley.
- Compas, B. E., Watson, K. H., Reising, M. M., y Dunbar, J. P. (2013). Stress and coping: Transdiagnostic processes in child and adolescent psychopathology. En J. Ehrenrich-May y B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment approaches of youth psychopathology* (pp. 35–58). Nueva York: Guilford.
- Comrey, A. L., y Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 976.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): Manual profesional*. Madrid: TEA Ediciones.
- Costa, G., Cantarell, M. C., Parramon, G., y Serón, D. (2014). Dispositional optimism and coping strategies in patients with a kidney transplant. *Nefrología: Publicación Oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 34(5), 605-610.
- Curtis, W. J., y Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development and Psychopathology*, 19, 811–840.
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Beiber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for

treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Madrid: TEA Ediciones.

Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N., y Jenkins, E. (2014). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, 19(3), 253-262.

Eifert, G. H., y Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A Practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland: New Harbinger.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., y Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 136-157

ESEMeD/MHEDEA 2000. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(420), 28-37.

Estévez, A., Ramos-Cejudo, J., y Salguero, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnostico de los desórdenes emocionales*. Madrid: Síntesis.

Everitt, B. S. (1975). Multivariate analysis: The need for data, and other problems. *The British Journal of Psychiatry*, 126(3), 237-240.

Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.

Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

- García-Alberca, J. M., Cruz, B., Lara, J. P., Garrido, V., Lara, A., y Gris, E. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: Results from the MÁLAGA-AD study. *International Psychogeriatrics*, 24(08), 1325-1334.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., y Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality*, 16, 403-420
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., ... y Pineda, R. (2013). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16(2), 129-138.
- González-Barrón, R., Montoya-Castilla, I., Casullo, M. M., y Bernabéu-Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gratz, K. L., y 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.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.) (2007), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.
- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 289-300.

- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 20(1), 1-15.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., y Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Hu, L., y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6, 1-55
- Jauregui-Lobera, I., Estébanez, S., Fernández, M. J., Bautista, E. A., y Garrido, O. (2009). Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 220-226.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2007) Individual differences in emotion regulation strategies: Links to global trait, dynamic, and social cognitive constructs. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). Nueva York: Guilford Press.
- Jöreskog, K. G., y Sörbom, D. (1996). *Lisrel 8: User's reference guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.

- Kattimani, S., Sarkar, S., Rajkumar, R. P., y Menon, V. (2015). Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6(2), 171.
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C., y Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 317-321.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., y Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84.
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., y Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 305-316.
- Marsh, H. W., Balla, J. R., y McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: The effect of sample size. *Psychological Bulletin*, 103(3), 391.
- Maruish, M. E., Bershadsky, B., y Goldstein, L. (1998). Reliability and validity of the SA-45: Further evidence from a primary care setting. *Assessment*, 5(4), 407-419.
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M., y Gross, J. J. (2013). United we stand: Emphasizing commonalities across cognitive behavioral therapies. *Behavior Therapy*, 44, 234-248.

- Mindrila, D. (2010). Maximum likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (dwls) estimation procedures: A comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal of Digital Society*, 1(1), 60-66.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K., y Oratile, K. N. (2014). Managing stress: The influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 153-173.
- Nava-Quiróz, C., Ollua-Méndez, P., Vega-Valero, C. Z., y Soria-Trujano, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Nolen-Hoeksema, S., y Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(6), 704-708.
- Otero-López, J. M., y Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: A cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC psychiatry*, 14(1), 101.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L., y Bringas-Molleda, C. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la Población Penitenciaria de Mexico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 415-423.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216-269.
- Sheppes, G., Suri, G., y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *11*, 379-405.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *13*(4), 343-361.
- Trosper, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., y Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a united treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *12*, 234–254.
- Tsao, J.C.I., Mystkowski, J.L., y Zucker, B.G. (2002). Effects of cognitive behavioral therapy for panic disorders on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, *33*, 493–509.
- Viñas-Poch, F., González-Carrasco, M., García-Moreno, Y., Malo-Cerrato, S., y Casas-Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, *31*(1), 226-233.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J., y Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the pain response inventory for children. *Psychological Assessment*, *9*(4), 392-405.
- Webb, T. L., Miles, E., y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: A meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, *138*(4), 775–808.

- Wilamowska, Z.A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K, Farchione, T.J., y Barlow, D.H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882–890.
- Woodrome, S. E., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Rusin, J., Bangert, B., Dietrich, A., ... y Wright, M. (2011). Coping strategies as a predictor of post-concussive symptoms in children with mild traumatic brain injury versus mild orthopedic injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17(02), 317-326.
- Zeitlin, S. (1980). Assessing coping behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(1), 139-144.

4.2 ESTUDIO EMPÍRICO 2

Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and
anxious-depressive symptomatology.

Juego patológico y abuso de alcohol y drogas, regulación emocional y sintomatología
ansioso-depresiva asociados.

Paula Jauregui, Ana Estévez e Irache Urbiola

Journal of Behavioral Addictions (2016). Vol. 5(2), 251-260.

Resumen

Antecedentes y objetivos: El juego patológico está asociado con trastornos comórbidos, como la ansiedad, depresión, y abuso de alcohol y drogas. Las dificultades de regulación emocional podrían ser uno de los factores relacionados con la presencia de trastornos adictivos, así como la sintomatología comórbida en jugadores patológicos. Por tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar las dificultades de regulación emocional, abuso de alcohol y drogas, y sintomatología ansioso-depresiva en jugadores patológicos, y el papel mediacional de las dificultades de regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico. **Método:** La muestra de este estudio incluyó 167 jugadores patológicos (edad media = 39.29 años) y 107 no jugadores (edad media = 33.43 años). Se midió el juego patológico (SOGS), las dificultades de regulación emocional (DERS), el abuso de drogas y alcohol (MULTICAGE CAD-4) y la sintomatología ansiosa y depresiva (SA-45). Se realizaron los siguientes análisis: *t* de Student, *r* de Pearson, regresiones lineales múltiples y análisis de mediación múltiple. El estudio fue aprobado por un comité ético. **Resultados:** Los jugadores patológicos mostraron más dificultades de regulación emocional, ansiedad, depresión y abuso de drogas. Además, el juego patológico correlacionó con estas variables. Por otro lado, las dificultades de regulación emocional correlacionaron con y predijeron el juego patológico, el abuso de drogas y alcohol, y la sintomatología ansioso-depresiva. Finalmente, las dificultades de regulación emocional mediaron la relación entre la ansiedad y el juego patológico controlando el efecto de la edad, y tanto controlando como sin controlar el efecto del abuso de drogas y alcohol. **Discusión y conclusiones:** Estos resultados sugieren que las dificultades de regulación emocional podrían proporcionar nuevas claves para la comprensión y tratamiento del juego patológico y los trastornos comórbidos.

Palabras clave: juego patológico; drogas; alcohol; regulación emocional; ansiedad; depresión

Abstract

Background and aims: Pathological gambling is associated with comorbid disorders, such as anxiety, depression, and drug and alcohol abuse. Difficulties of emotion regulation may be one of the factors related to the presence of addictive disorders, along with comorbid symptomatology in pathological gamblers. Therefore, the aim of this study was to evaluate the difficulties of emotion regulation, drug and alcohol abuse, and anxious and depressive symptomatology in pathological gamblers, and the mediating role of difficulties of emotion regulation between anxiety and pathological gambling. **Methods:** The study sample included 167 male pathological gamblers (mean age = 39.29 years) and 107 non-gamblers (mean age = 33.43 years). Pathological gambling (SOGS), difficulties of emotion regulation (DERS), drug and alcohol abuse (MUTICAGE CAD-4), and anxious and depressive symptomatology (SA-45) were measured. Student's *t*, Pearson's *r*, stepwise multiple linear regression and multiple mediation analyses were conducted. The study was approved by an Investigational Review Board. **Results:** Relative to non-gamblers, pathological gamblers exhibited greater difficulties of emotion regulation, as well as more anxiety, depression, and drug abuse. Moreover, pathological gambling correlated with emotion regulation difficulties, anxiety, depression, and drug abuse. Besides, emotion regulation difficulties correlated with and predicted pathological gambling, drug and alcohol abuse, and anxious and depressive symptomatology. Finally, emotion regulation difficulties mediated the relationship between anxiety and pathological gambling controlling the effect of age, both when controlling and not controlling for the effect of other abuses. **Discussion and conclusions:** These results suggest that difficulties of

emotion regulation may provide new keys to understanding and treating pathological gambling and comorbid disorders.

Keywords: pathological gambling; drugs; alcohol; emotion regulation; anxiety; depression

El juego es una adicción comportamental que viene acompañada en ocasiones por otros consumos, especialmente el alcohol y las drogas (Barnes, Welte, Tidwell, y Hoffman, 2015; el-Guebaly et al., 2006; Griffiths, Wardle, Orford, Sproston, y Erens, 2011; Petry, 2007). Lorains, Cowlshaw, and Thomas (2011) llevaron a cabo un meta-análisis en el que encontraron que un 57.5% de los jugadores presentarían un trastorno de abuso de sustancias comórbido. Este estudio también mostró que el 37.9% de los jugadores tendrían un trastorno del estado de ánimo, mientras que el 37.4% tendrían trastornos de ansiedad. El juego patológico y los trastornos de abuso de sustancias serían trastornos afines, con similitudes a nivel clínico, fenomenológico y biológico (Wareham y Potenza, 2010). De acuerdo a la Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977), las conductas potencialmente dañinas a menudo se presentan conjuntamente, en parte, debido a características internas y externas compartidas que causarían dichas conductas.

Los trastornos emocionales, como es el caso de la ansiedad y la depresión, han sido relacionados con la presencia de dificultades de regulación emocional (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Hofmann, Sawyer, Fang, y Asnaani, 2012), esto es, el proceso por el que las personas modifican las emociones que sienten, cuándo las sienten y cómo estas emociones son vividas y expresadas (Gross, 2013). La regulación emocional está demostrando ser un concepto central en la mayoría de las problemáticas psicológicas, puesto que las dificultades de regulación emocional se relacionarían con la etiología y mantenimiento de numerosos trastornos psicológicos (Bradley, 2000). La literatura científica que muestra su relación con un amplio número de problemáticas psicológicas es extensa, de tal manera que se ha sugerido que podría ser un factor común transdiagnóstico en todas ellas (Kring y Sloan, 2009; Trosper, Buzzella, Bennett, y Ehrenreich, 2009). La regulación emocional estaría también estrechamente

relacionada con las conductas impulsivas. Autores como Schreiber, Grant, y Odlaug (2012) han señalado que puntuaciones altas en impulsividad se asociarían a la presencia de mayores dificultades para regular las emociones. Concretamente, se ha encontrado que existirían dificultades de regulación emocional en muestras clínicas de jugadores patológicos (Williams, Geisham, Erskine, y Cassedy, 2012; Estévez, Herrero, Sarabia, y Jáuregui, 2014), aunque los estudios al respecto son escasos. También se ha encontrado relación con la regulación emocional en el caso del abuso de drogas (Weiss, Tull, Anestis, y Gratz, 2013), alcohol (Fox, Hong, y Sinha, 2008), y otras conductas impulsivas como el trastorno por atracón (Whiteside et al., 2007), uso problemático de internet (Caplan, 2010), o conductas sexuales de riesgo (Messman-Moore, Walsh, y DiLillo, 2010).

Se ha sugerido que la regulación emocional podría ser uno de los factores que explicara la presencia de los trastornos adictivos. El juego patológico, por ejemplo, ha sido relacionado con la expectativa de conseguir estados anímicos positivos o aliviar estados anímicos negativos a través del mismo (Shead, Callan, y Hodgins, 2008). Khantzian (1985) propuso que el uso de sustancias serviría como forma de automedicación, ya que su uso podría aliviar el estrés, de forma que los estados emocionales desagradables predispondrían al abuso de sustancias (Colder, 2001; Robinson, Sareen, Cox, y Bolton, 2009). La intoxicación con drogas, por ejemplo, podría servir como un medio de regulación emocional, de tal manera que la sustancia se utilizaría en parte como forma de regular el estado emocional presente, ya sea aumentando el afecto positivo, aliviando o mejorando un estado emocional negativo, o disminuyendo el craving (Kober, 2013). Son numerosos los modelos que han seguido esta corriente, y que consideran que el deseo de alterar el estado anímico subyacería a las conductas adictivas (Cooper, Frone, Russell, y Mudar, 1995; Cox, y Klinger, 1990;

Simons, Gaher, Correia, Hansen, y Christopher, 2005). Este mismo modelo ha sido aplicado en juego patológico (Stewart y Zack, 2008). Además, se ha encontrado que aquellas personas que presentaban tanto conducta de juego como otros trastornos adictivos comórbidos llevarían a cabo ambas conductas adictivas en relación a los mismos motivos (Stewart, Zack, Collins, y Klein, 2008).

Como se ha señalado, el juego patológico y el consumo de sustancias se relacionarían con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y con la presencia de dificultades de regulación emocional. De acuerdo a Tice, Bratslavsky, y Baumeister (2001), los estados emocionales negativos conducirían a conductas impulsivas como el consumo de alcohol, drogas o juego como forma de regular las emociones negativas y como consecuencia de fallos en el autocontrol. En esa línea, Weiss, Tull, Viana, Anestis, y Gratz (2012) también encontraron que las dificultades de regulación emocional mediarían la relación entre el trastorno de estrés post-traumático y las conductas impulsivas. Estos autores plantearon que las conductas impulsivas se relacionarían con formas desadaptativas de respuesta ante emociones o dificultades para controlar la conducta en presencia de malestar emocional. En el caso del juego patológico, el único estudio al respecto es el de Estévez et al. (2014), que mostraron que las dificultades de regulación emocional podrían ser mediadoras de la relación entre juego patológico, internet y móvil, y la sintomatología psicológica disfuncional en jóvenes y adolescentes. No obstante, la adolescencia es una etapa de desarrollo emocional (Silk, Steinberg, y Morris, 2003) por lo que los datos podrían ser distintos en otras franjas de edad. Además, en este estudio no se controló el efecto de otras adicciones, lo que podría haber afectado a los resultados.

Por tanto, los objetivos de este estudio han sido: en primer lugar, analizar las diferencias en regulación emocional, en sintomatología ansiosa y depresiva y en abuso

de drogas y alcohol en función de la presencia o no de juego patológico; en segundo lugar, analizar la relación y el rol predictivo de las dificultades de regulación emocional, el juego patológico, el abuso de drogas y alcohol, y la sintomatología ansiosa y depresiva; y en tercer lugar, analizar el papel mediador de la regulación emocional entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el juego patológico, midiendo el efecto del abuso de drogas y alcohol.

Método

Participantes

La muestra total de este estudio está compuesta por 274 participantes provenientes de centros y asociaciones de tratamiento de juego patológico, mayoritariamente asociados a la FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados), así como en centros universitarios y en redes sociales. El criterio de inclusión en el estudio ha sido tener más de 18 años. La muestra se ha dividido en dos grupos: los participantes que puntuaron como jugadores patológicos en el Cuestionario de Juego de South Oaks (Lesieur y Blume, 1987) y provinieron de centros de tratamiento de juego patológico fueron incluidos en el grupo de jugadores patológicos, mientras que el otro grupo incluyó participantes que puntuaron como no jugadores y provinieron de centros universitarios y redes sociales. Finalmente, para equilibrar los grupos, las mujeres fueron excluidas del estudio, ya que tan sólo 7 mujeres participaron en la muestra clínica, frente a 211 de la muestra control. El grupo de jugadores patológicos incluyó a 167 hombres entre 18 y 69 años, y el grupo sin juego patológico incluyó a 107 hombres entre 18 y 69 años. Los datos sociodemográficos para ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de datos sociodemográficos entre jugadores patológicos y no jugadores.

	Edad		Situación laboral							
	<i>M(DT)</i>		Trabajadores en activo	Desempleados	Jubilados	Estudiantes	Estudiantes y trabajadores			
Jugadores patológicos (n=167)	39.29(11.84)		51.3%	27.2%	8.2%	10.7%	2.5%			
No jugadores (n=107)	33.43(11.93)		49.1%	10.4%	0%	28.4%	13.2%			
	Nivel educativo					Estado civil				
	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Formación profesional	Estudios universitarios	Soltero	Casado	Separado-Divorciado	Pareja de hecho	Viudo
Jugadores patológicos (n=167)	12%	18%	25.7%	32.3%	12%	45.2%	32.5%	10.2%	11.4%	0.6%
No jugadores (n=107)	0%	1.9%	4.7%	34.6%	58.9%	69.2%	22.4%	1.9%	6.5%	0%

Instrumentos

Juego patológico. Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS; Lesieur y Blume, 1987). Adaptado al español por Echeburua, Báez, Fernández-Montalvo, y Páez (1994). Es una herramienta de screening de juego patológico desarrollada para poblaciones clínicas. Consta de 20 ítems, cuyo contenido se relaciona con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas, y las emociones implicadas. Una puntuación superior a 4 puntos indica una probable presencia de juego patológico. En cuanto a su fiabilidad, presenta una elevada consistencia interna, con valor del alfa de Cronbach de .94. Su coeficiente de fiabilidad test-retest es de .98 ($p < .001$) con un intervalo de 4 semanas. La validez convergente con los criterios del DSM-IV es de .94. En este estudio, obtuvo un alfa de Cronbach de .91.

Abuso de alcohol y drogas. MULTICAGE CAD-4 (Pedrero-Pérez et al., 2007). Es un instrumento para valorar conductas adictivas, con o sin sustancia. Consta de 32 ítems, que se agrupan en ocho factores: abuso o dependencia del alcohol, juego patológico, adicción a sustancias, trastornos de la alimentación, adicción a Internet, adicción a videojuegos, gasto compulsivo y adicción al sexo. Los valores de consistencia interna son satisfactorios (α de Cronbach de la escala total = .86; las subescalas muestran valores superiores a .70). La fiabilidad test-retest a los 20 días fue de $r = .89$. La validez de criterio también es adecuada (permite detectar entre el 90 y el 100% de los casos ya diagnosticados). En este estudio, se han utilizado las subescalas de alcohol (alfa de Cronbach = .77) y drogas (alfa de Cronbach = .85).

Regulación emocional. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Esta escala evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de la medición de diversos déficits que pueden afectar a una óptima regulación afectiva. En este estudio se utilizó la adaptación al castellano

realizada por Hervás y Jódar (2008), en la que destaca la reducción de factores e ítems con respecto a la escala original. Consta de 28 ítems, frente a la versión original de 36, medidos con una escala Likert de 5 puntos (de “Casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90-100% de las veces”). En cuanto a la distribución de dichos ítems, los autores de la versión original obtuvieron 6 factores, mientras que en la muestra española se encontró una estructura de 5 factores: : 1) Desatención emocional: refleja la falta de atención y conciencia ante las respuestas emocionales; 2) Rechazo emocional: refleja la tendencia a tener respuestas emocionales negativas secundarias a las propias emociones negativas de uno mismo, o la no aceptación de las reacciones de uno mismo al propio distrés; 3) Confusión emocional: refleja el grado en que las personas conocen y perciben con claridad las emociones que están experimentando; 4) Interferencia cotidiana: refleja dificultades para concentrarse y llevar a cabo actividades y tareas mientras se están experimentando emociones negativas; y 5) Descontrol emocional: refleja las dificultades para mantener el control de la propia conducta mientras se están experimentando emociones negativas y la creencia de que las emociones no pueden ser reguladas de manera efectiva. Posee índices satisfactorios de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .93 en la escala global y de entre .73 y .91 en las distintas subescalas. Además, la fiabilidad test re-test evaluada en un periodo temporal de 6 meses fue adecuada, lo que indica que la escala presenta una buena estabilidad temporal (Hervás y Jódar, 2008). En el presente estudio se encontró una fiabilidad para la escala global de .94, y una fiabilidad entre .79 y .93 en las cinco subescalas.

Sintomatología ansiosa y depresiva. Subescalas de Ansiedad y Depresión del Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos-45 (SA-45; Davison et al., 1997). Adaptado al español por Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao (2008). Versión abreviada del SCL-90-R (Derogatis, 2002), que evalúa sintomatología psicopatológica. El sujeto debe

indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 4 (“Mucho o extremadamente”). Mide 9 factores: depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, psicoticismo, ideación paranoide, y obsesión-compulsión. En este estudio se utilizaron dos subescalas: Ansiedad y Depresión. Presenta alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .95 en la escala total, y de .85 en la subescala de depresión y .84 en la subescala de ansiedad. Los análisis de validez convergente y discriminante fueron adecuados. En este estudio, el alfa de Cronbach fue de .83 en la subescala de depresión y de .84 en la subescala de ansiedad.

Procedimiento

Los participantes tomaron parte en este estudio de varias formas. La muestra de jugadores patológicos, que estaba en tratamiento en el momento de su participación (media de meses en tratamiento = 3.36) fue obtenida a través de centros y asociaciones de tratamiento de juego patológico, en los que se invitó a participar a personas que estuvieran en tratamiento. La muestra de no jugadores fue obtenida a través de centros universitarios (12.1%) y a través de redes sociales (87.9%). Los participantes tomaron parte en este estudio tanto a través de cuestionarios on-line como en papel. En ambos casos, el cuestionario venía acompañado de una carta explicativa sobre el estudio, objetivos, voluntariedad de participación, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, y datos de contacto del investigador de referencia. Este estudio ha recibido la autorización ética de la Universidad de Deusto.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo un diseño transversal correlacional. Todos los análisis se realizaron mediante el programa SPSS 22. En primer lugar, la t de Student fue utilizada para medir las diferencias entre jugadores y no jugadores en juego patológico, dificultades de regulación emocional, ansiedad, depresión, y abuso de alcohol y drogas. Los tamaños del efecto fueron medidos mediante la d de Cohen, cuyos parámetros establecen que un valor inferior a .20 indica un tamaño del efecto pequeño, cerca de .50 moderado y por encima de .80 grande (Cohen, 1992). En segundo lugar, se analizaron los coeficientes de correlación entre todas las variables utilizando la r de Pearson en el grupo de jugadores patológicos. En tercer lugar, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple por pasos sucesivos en este grupo para evaluar el rol predictivo de las dificultades de regulación emocional en relación al juego patológico, abuso de alcohol y drogas, y sintomatología ansiosa y depresiva.

En segundo lugar, tras verificar las relaciones bivariadas en el caso de la ansiedad pero no en el caso de la depresión, se llevaron a cabo análisis de mediación para analizar cómo la variable independiente X (ansiedad) afecta a la variable dependiente Y (juego patológico) a través de mediadores múltiples M (desatención emocional; rechazo emocional; confusión emocional; interferencia cotidiana; descontrol emocional) en el grupo de jugadores patológicos. El análisis se llevó a cabo mediante la macro INDIRECT para SPSS con técnicas de bootstrapping, que es una técnica adecuada para modelos de mediación múltiple y puede ser utilizado con muestras pequeñas y moderadas (Preacher y Hayes, 2008). Se probaron dos modelos por separado: uno de los modelos incluyó las subescalas de abuso de alcohol y drogas del MULTICAGE (Pedrero-Pérez et al., 2007) como covariantes para controlar su efecto

potencial en la relación, y un segundo modelo no las incluyó. La edad fue incluida como covariante en ambos modelos, para controlar su efecto en la relación. En primer lugar, se comprobó que la relación entre la variable independiente y las variables mediadoras (a-path) y las variables mediadoras y la variable dependiente (b-path) fueran significativas. A continuación, se comprobó el efecto total de X en Y junto a las variables mediadoras (c-path) y el efecto directo de X en Y controlando el efecto de las variables mediadoras (c'-path). En segundo lugar, se analizó el efecto indirecto de las variables mediadoras con bootstrapping con muestras de 5000 bootstraps, y se analizó el efecto indirecto de cada variable mediadora.

Resultados

En primer lugar, se analizaron las diferencias de medias entre jugadores patológicos y no jugadores en juego patológico, regulación emocional, ansiedad, depression, y abuso de alcohol y drogas (Tabla 2). Los resultados indicaron que las diferencias fueron significativas en todas las variables excepto alcohol. De acuerdo al criterio de Cohen (1992), los tamaños del efecto fueron medios para abuso de drogas, ansiedad, depression, desatención emocional, confusión emocional, e interferencia cotidiana mientras que fueron grandes para rechazo emocional, descontrol emocional, dificultades de regulación emocional totales, y juego patológico.

Tabla 2. Comparación entre jugadores patológicos y no jugadores en juego patológico, regulación emocional, abuso de alcohol y drogas, y sintomatología ansiosa y depresiva

	Jugadores patológicos (n = 167)		No jugadores (n = 107)		<i>t</i> (gl)	<i>d</i>
	M	DT	M	DT		
1. Juego patológico	10.77	3.36	.47	.76	38.12(191.38)*	4.23
2. Desatención	10.85	4.07	9.30	3.66	3.13(259)**	.40
3. Rechazo	20.14	7.99	12.89	6.27	8.00(242.15)*	1.00
4. Confusión	9.43	3.87	7.08	2.65	5.77(252.97)*	.71
5. Interferencia	10.77	4.39	9.31	3.73	2.85(242.88)**	.36
6. Descontrol	20.26	14.80	8.72	6.02	5.78(241.96)*	1.02
7. Total reg. emocional	71.44	21.86	52.06	15.62	7.6(213.65)*	1.02
8. Alcohol	1.07	1.42	1.24	1.20	-1.01(247.9)	-.13
9. Drogas	.83	1.36	.28	.76	4.01(232.8)*	.50
10. Ansiedad	5.25	4.32	3.60	3.70	3.27(239.9)**	.41
11. Depresión	6.65	5.11	3.94	3.33	5.15(255.93)*	.63

* $p < .001$, ** $p < .01$, *** $p < .05$. Total reg. emocional = Total regulación emocional

Las correlaciones entre juego patológico, regulación emocional, ansiedad, depression, y abuso de alcohol y drogas fueron analizadas en el grupo de jugadores (Tabla 3). Las dificultades de regulación emocional correlacionaron con todas las variables. El abuso de alcohol y drogas correlacionaron positiva y significativamente con las dificultades de regulación emocional y entre sí; el abuso de drogas también correlacionó con depresión, ansiedad, y juego patológico. La ansiedad y la depresión correlacionaron significativamente con todas las variables excepto desatención y abuso de alcohol, aunque la depresión no correlacionó con el juego patológico.

Tabla 3. Correlaciones entre dificultades de regulación emocional, juego patológico, ansiedad, depresión, alcohol, y drogas en jugadores

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Desatención	-									
2.Rechazo	-.07	-								
3.Confusión	.43**	.43**	-							
4.Interferencia	-.04	.59**	.36**	-						
5.Descontrol	.00	.68**	.49**	.78**	-					
6. Total disregulación emocional	.23**	.83**	.69**	.79**	.90**	-				
7.Juego patológico	-.08	.26**	.05	.15	.25**	.22**	-			
8.Depresión	.06	.52**	.48**	.50**	.52**	.60**	.10	-		
9. Ansiedad	-.03	.51**	.41**	.50**	.58**	.59**	.23**	.68**	-	
10.Alcohol	.05	.17*	.16	.19*	.29*	.26**	.09	.07	.14	-
11.Drogas	.02	.15	.13	.19*	.22*	.22**	.19*	.22*	.17*	.52**

**p<.01. *p<.01

También se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple por pasos sucesivos para evaluar el rol predictivo de las dificultades de regulación emocional en relación al juego patológico, abuso de alcohol, abuso de drogas, y sintomatología ansiosa y depresiva. Los resultados mostraron que las dificultades de regulación emocional fueron predictivas de todas estas variables (Tabla 4).

Tabla 4. Regresión lineal múltiple de dificultades de regulación emocional y depresión, ansiedad, juego patológico, drogas y alcohol

<i>Depresión</i>				
(R=.63, R ² =.39, R ² corregida= .38, p = .00)	B	β	t	Sig.
Rechazo	.18	.28	3.33	.00*
Confusión	.36	.27	3.66	.00*
Interferencia	.29	.24	3.02	.00*
<i>Ansiedad</i>				
(R=.60, R ² =.36, R ² corregida = .35, p = .00)	B	β	t	Sig.
Descontrol	.21	.43	4.75	.00*
Rechazo	.12	.22	2.46	.02**
<i>Pathological gambling</i>				
(R=.26, R ² =.07, R ² corregida = .06, p = .00)	B	β	t	Sig.
Rechazo	.11	.26	3.26	.00*
<i>Drogas</i>				
(R=.24, R ² =.06, R ² corregida = .05, p = .01)	B	β	t	Sig.
Descontrol	.04	.24	2.82	.01**
<i>Alcohol</i>				
(R=.28, R ² =.08, R ² corregida = .07, p = .00)	B	β	t	Sig.
Descontrol	.05	.28	3.49	.00*

*p<.01, **p<.05

En base a los análisis correlacionales, se examinó el rol mediador de las dificultades de regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico mediante un modelo de mediación múltiple, controlando y sin controlar el efecto del abuso de alcohol y drogas. Estos análisis no se llevaron a cabo en el caso de la depresión, puesto

que no correlacionó con el juego patológico. En ambos modelos, el a-path, b-path y c-path fueron significativos, y el c'-path no fue significativo, mostrando un efecto de mediación total de las dificultades de regulación emocional en la relación entre ansiedad y juego patológico, tanto controlando como sin controlar el efecto del abuso de alcohol y drogas (Figuras 1 y 2). El efecto parcial de las variables control en la variable dependiente fue no significativo en ninguno de los modelos, lo que supone que ninguna de las covariantes incluidas en ambos modelos tuvo un efecto significativo en la relación. Además, los efectos indirectos fueron medidos mediante bootstrap de 5000 muestras. Se encontró un efecto indirecto específico del descontrol en el modelo en el que se controló el efecto del abuso de alcohol y drogas [$b = .15$, 95% BC CI (.02–.31)] y en el modelo en el que no se controló el efecto [$b = .15$, 95% BC CI (.03–.31)].

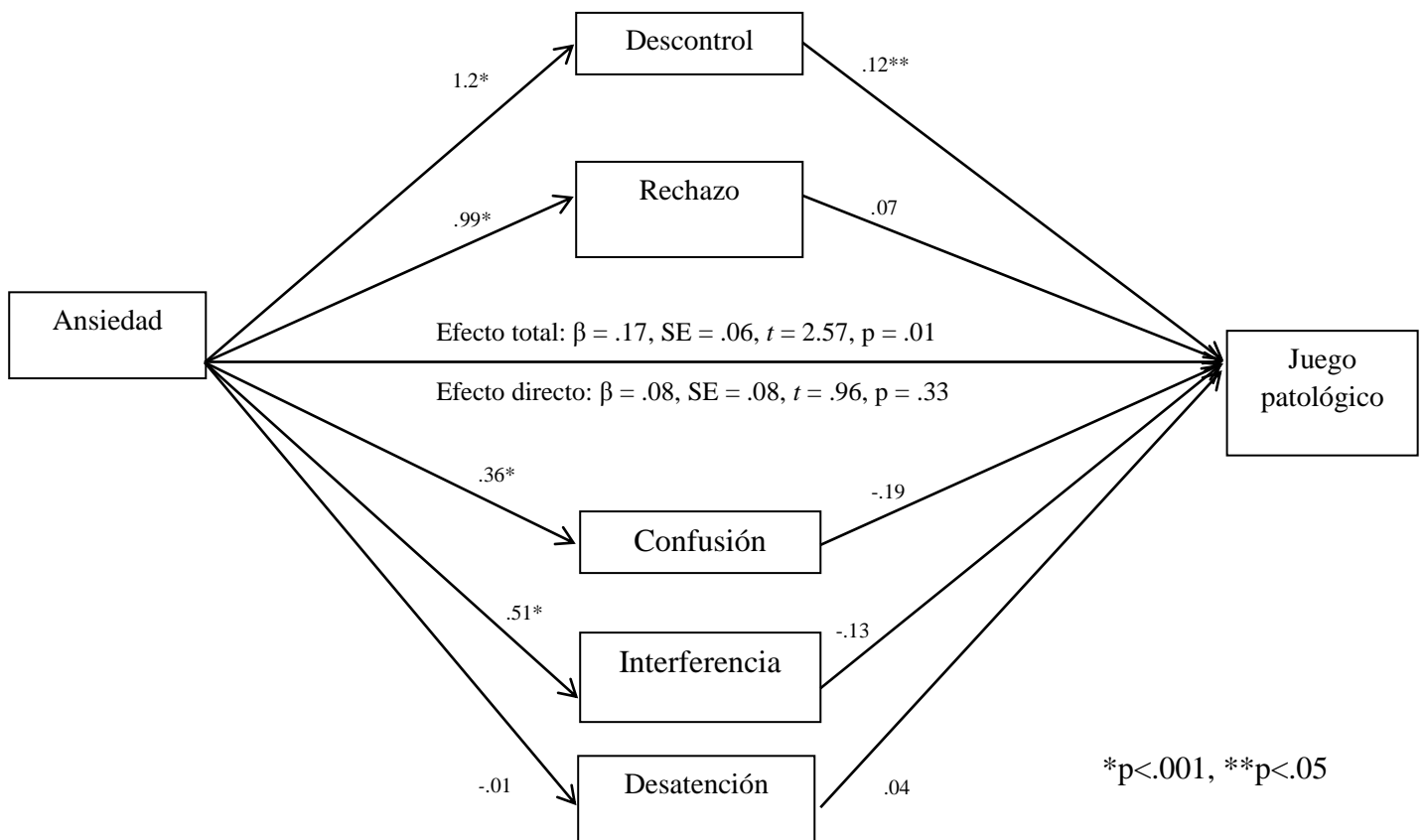


Figura 1. Efecto mediacional de la regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico

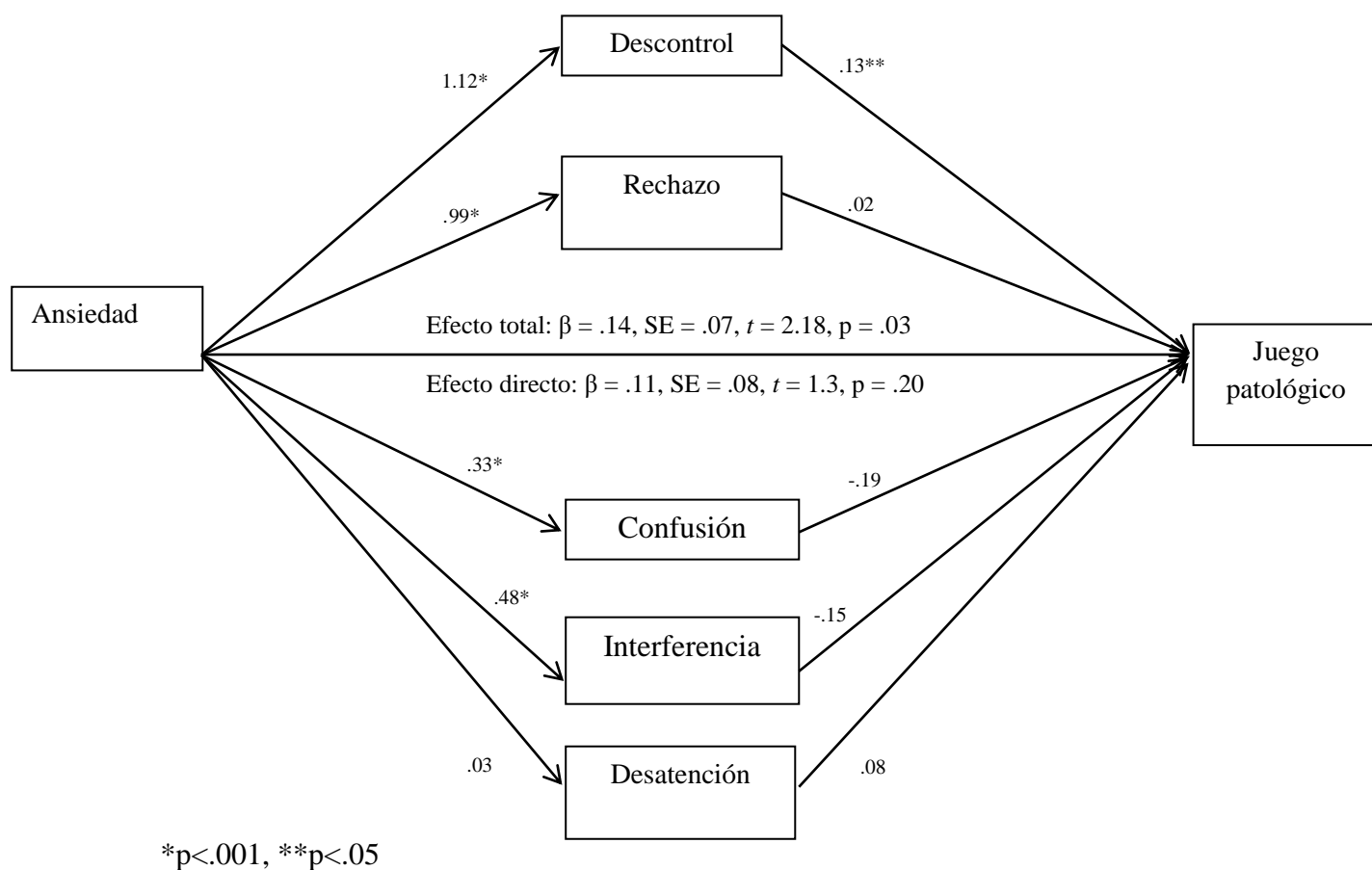


Figura 2. Efecto mediacional de la regulación emocional entre la ansiedad y el juego patológico, controlando el efecto de drogas y alcohol

Discusión

Los resultados han mostrado que habría diferencias significativas entre jugadores y no jugadores en regulación emocional, ansiedad y depresión, y abuso de drogas. En el caso de la regulación emocional, los resultados son acordes a los obtenidos por Williams et al. (2012), que también encontró puntuaciones más altas en dificultades de regulación emocional en jugadores patológicos. Sin embargo, en dicho estudio no encontraron diferencias significativas en Rechazo, mientras que en este estudio sí se encontraron diferencias con un tamaño del efecto grande en dicha variable. Los resultados de este estudio apoyan a estudios previos que muestran que las personas con adicciones podrían tener más dificultades para regular las emociones. Estudios en

drogodependencias también han encontrado resultados similares, como el estudio de Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper, y Sinha (2007), que encontró mayores niveles de dificultades de regulación emocional, excepto en Confusión. Como se menciona anteriormente, el juego patológico podría ser una forma de regular las emociones negativas y una consecuencia de fallos en el autocontrol (Tice et al., 2001). Sin embargo, pocos estudios han analizado las dificultades de regulación emocional en jugadores (Estévez et al., 2014; Williams et al., 2012), por lo que este estudio refuerza las escasas evidencias en este campo. El grupo de jugadores patológicos también puntuó más alto en ansiedad y depresión, lo cual concuerda con la literatura científica previa al respecto (Parhami, Mojtabai, Rosenthal, Afifi, y Fong, 2014). Asimismo, se encontraron diferencias significativas en abuso de drogas, de acuerdo a la literatura previa, que muestra la co-ocurrencia del consumo de drogas y el juego patológico (Rush, Bassani, Urbanoski, y Castel, 2008). Sin embargo, inesperadamente, no se encontraron diferencias significativas en abuso de alcohol, pese a los estudios previos que muestran la comorbilidad del abuso de alcohol en jugadores (Griffiths et al., 2011; Lorains et al., 2011). De acuerdo a estudios previos, el juego patológico y el abuso de alcohol podrían no ser concurrentes en muestras que buscan tratamiento (Ladd y Petry, 2003; Stinchfield y Winters, 2001), a pesar de su asociación epidemiológica. Esos resultados podrían aplicarse a la muestra de este estudio, ya que los jugadores patológicos fueron reclutados en centros de tratamiento de juego patológico. Además, jugadores patológicos con un alto nivel de abuso de alcohol podrían haber buscado tratamiento o ser derivados a centros de tratamiento de abuso de alcohol. Además, la existencia de diferencias en los datos sociodemográficos como ha ocurrido en el caso de la edad, nivel educativo o estado civil podría haber sesgado estos resultados. Futuros estudios

con muestras balanceadas e incluyendo jugadores patológicos de distintos tipos de centros clínicos podría proporcionar más información en este sentido.

Además, los análisis de correlación han mostrado que las dificultades de regulación emocional correlacionarían con todas las variables: juego patológico, abuso de alcohol y drogas, y sintomatología ansiosa y depresiva. Estos resultados son consistentes con los pocos estudios previos en este sentido (Estévez et al., 2014; Veilleux, Skinner, Reese, y Shaver, 2014; Williams et al., 2012), y remarcan que las dificultades de regulación emocional podrían estar asociadas al juego patológico y los trastornos asociados al mismo. Los análisis de regresión mostraron que las dificultades de regulación emocional serían predictoras del juego patológico, abuso de drogas, abuso de alcohol, y sintomatología ansiosa y depresiva en la muestra de jugadores. Estos resultados apoyan teorías previas, que apuntan a las dificultades de regulación emocional como factor transdiagnóstico que podría predecir múltiples trastornos psicológicos (Kring y Sloan, 2009; Trost et al., 2009), aunque las subescalas que han sido predictoras no han sido uniformes en todos los casos. Una de las variables que ha destacado en este sentido es el Rechazo, que sería predictor tanto del juego patológico como de la ansiedad y la depresión. La subescala de Rechazo evalúa la tendencia de la persona a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional y, como consecuencia, a reaccionar con vergüenza o con malestar ante sus propias emociones. La no aceptación de las experiencias emocionales es un elemento definitorio de factores como la evitación experiencial o la tolerancia al estrés, de tal manera que las personas podrían evitar experiencias internas desagradables mediante conductas como las adicciones (Luciano, Páez-Blarrina, y Valdivia-Salas, 2010). Se ha encontrado que el juego patológico estaría relacionado con la evitación experiencial (Riley, 2012), de manera similar a lo encontrado en otras adicciones, que han sido relacionadas con la

evitación experiencial (Levin, Lillis, Seeley, Hayes, Pistorello, y Biglan, 2012) o una menor tolerancia al distrés (Howell, Leyro, Hogan, Buckner, y Zvolensky, 2010; Hsu, Collins, y Marlatt, 2013). Por tanto, una mayor tendencia al rechazo de las emociones desagradables podría relacionarse con el uso del juego como forma de evitarlas. El juego podría ser utilizado por algunos jugadores como una forma de regular eventos internos no deseados (Riley, 2014). De hecho, la presencia de dificultades de regulación emocional podría tener un mayor origen en la evaluación de la experiencia interna que en niveles elevados de activación o distrés (Tull y Roemer, 2007). Estudios previos han apuntado al juego como una forma de aliviar la ansiedad y la depresión (Blaszczynski y Nower, 2002), pero este es el primero que ha encontrado que el rechazo sería un predictor común del juego patológico, la ansiedad y la depresión. El descontrol, a su vez, ha sido predictor de abuso de alcohol y drogas en jugadores patológicos. Estos resultados son novedosos también, y podrían ser acordes al pathways model postulado por Blaszczynski y Nower (2002). Este modelo propone que los jugadores con consumo de drogas asociado formarían parte del grupo de jugadores con un perfil llamado antisocial impulsivista, caracterizado por una mayor impulsividad. La subescala de descontrol incluye los ítems que en la versión original del DERS se incluían en la subescala de “Dificultad en el control de los impulsos”. Estos resultados, por tanto, están de acuerdo con los postulados del pathways model (Blaszczynski y Nower, 2002). Estos resultados podrían ser importantes en este campo, puesto que es el primer estudio en conocimiento de los autores en explorar las dificultades de regulación emocional como un predictor común del juego patológico y la sintomatología disfuncional asociada. Futuros estudios en esta línea podrían explorar si el tratamiento de las dificultades de regulación emocional podría ser beneficioso para reducir el juego patológico y los trastornos comórbidos al mismo.

Finalmente, se ha encontrado que las dificultades de regulación emocional mediarían de manera total la relación entre la ansiedad y el juego patológico. Estos resultados son similares a los obtenidos por Weiss et al. (2012), quienes también hallaron un efecto de mediación total en la relación entre el trastorno de estrés post-traumático y el abuso de drogas. No obstante, este es uno de los primeros estudios que señala a las dificultades de regulación emocional como mediadoras de la relación entre la ansiedad y el juego patológico. Estudios previos encontraron un efecto de mediación parcial entre el juego patológico y la ansiedad en adolescentes (Estévez et al., 2014), mientras que en este estudio, con jugadores adultos y controlando el efecto del abuso de alcohol y drogas y de la edad, se ha encontrado un efecto total. En ambos casos, el descontrol ha destacado como subescala mediadora de dicha relación. Esta escala mediría la sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y la sensación de persistencia de los estados emocionales negativos. Por tanto, las una mayor dificultad para regular las emociones podría tener como resultado una mayor aproximación al juego como forma de manejar la ansiedad y la depresión. Estos resultados son acordes a la literatura previa que postula que el juego podría ser una forma de regular las emociones y de manejar la ansiedad y la depresión (Blazczynski y Nower, 2002; Shead et al., 2008; Stewart y Zack, 2008).

Este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, al tener un diseño transversal, no puede determinarse la causalidad de los resultados, pudiendo ser bidireccionales. Futuros estudios longitudinales podrían ayudar a determinar la direccionalidad de los resultados hallados. Además, el consumo de drogas y alcohol, y la ansiedad y la depresión, fueron medidas con herramientas de screening. Las medidas utilizadas son además medidas de autoinforme, que podrían sesgar los resultados, y podrían estar afectadas por deseabilidad social en el caso de las adicciones. Además, la

muestra estuvo compuesta por jugadores en tratamiento. Sería conveniente de cara a futuros estudios replicar este estudio con muestras de jugadores que no estén en tratamiento, para poder generalizar los resultados obtenidos. Otra posible limitación es la falta de medidas de otros trastornos, como el trastorno límite de personalidad, que podría influir también en los resultados obtenidos ya que es un trastorno asociado a dificultades de regulación emocional y a las conductas adictivas (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, y Sinha, 2011). Este factor podría haber afectado a los resultados, por lo que debería ser incluido en futuros estudios para medir su efecto. Finalmente, la muestra se compuso únicamente de hombres. Futuros estudios deberían realizarse también con mujeres jugadoras, ya que se ha encontrado que las mujeres tendrían una mayor tendencia a jugar como una forma de escape (Zangeneh, Blaszczynski, y Turner, 2008).

Conclusiones

En conclusión, los jugadores patológicos presentarían mayores dificultades de regulación emocional, que podrían constituir también un predictor común del juego patológico y los trastornos comórbidos. Además, las dificultades de regulación emocional mediaron la relación entre la sintomatología ansiosa y el juego patológico, tanto al controlar como al no controlar el efecto del abuso de alcohol y drogas. Estos resultados son novedosos en juego patológico y proporcionan información relevante para la práctica clínica. El tratamiento de las dificultades de regulación emocional, incluido en abordajes como la terapia dialéctico-conductual (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kun, y Linehan, 2006) o la terapia cognitiva basada en mindfulness (Hayes y Feldman, 2004) podrían ser útiles para el tratamiento común del juego patológico y otras entidades patológicas asociadas con el mismo. Autores como Petry y Champine (2012) han sugerido la integración y unificación de los tratamientos orientados a tratar

el juego patológico y otros trastornos adictivos, y la regulación emocional podría ser un elemento útil en dicha integración. Por tanto, el tratamiento del juego patológico y los trastornos comórbidos podría verse beneficiado por la inclusión de la adquisición de habilidades de regulación emocional en el mismo.

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 37*(1), 37-42.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M. C. O., y Hoffman, J. H. (2015). Gambling and substance use: Co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *International Gambling Studies, 15*(1), 55-71.
- Blaszczynski, A., y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*(5), 487-499.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalized problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior, 26*(5), 1089-1097. doi:10.1016/j.chb.2010.03.012
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Colder, C. R. (2001). Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a self-medication model of alcohol use? *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 237-245

- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, *69*, 990–1105.
- Cox, W. M., y Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. En W. M. Cox (Ed.), *Why people drink* (pp. 291–311). Nueva York: Gardner Press.
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Beiber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, *4*, 259-276.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, *20*, 769-791.
- el-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., y Jian Li, W. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, *22*(3), 275-287. doi:10.1007/s10899-006-9016-6
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., y Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, *89*(2), 298-301.
- Fox, H. C., Hong, K. A., y Sinha, R. R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, *33*(2), 388-394.

- Gratz, K.L., y 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, 41-54.
- Griffiths, M., Wardle, H., Orford, J., Sproston, K., y Erens, B. (2011). Internet gambling, health, smoking and alcohol use: Findings from the 2007 British Gambling Prevalence Survey. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 9(1), 1-11.
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation*. Nueva York: Guilford.
- Hayes, A. M., y Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Estévez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., y Jauregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.
- Hervás, G., y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., y Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Howell, A. N., Leyro, T. M., Hogan, J., Buckner, J. D., y Zvolensky, M. J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144-1147.

- Hsu, S. H., Collins, S. E., y Marlatt, G. A. (2013). Examining psychometric properties of distress tolerance and its moderation of mindfulness-based relapse prevention effects on alcohol and other drug use outcomes. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852-1858.
- Jessor, R., y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic.
- 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.
- Kober, H., y Bolling, D. (2014). Emotion regulation in substance use disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation (2nd ed)* (pp. 428–446). Nueva York: Guilford.
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Ladd, G. T., y Petry, N. M. (2003). A comparison of pathological gamblers with and without substance abuse treatment histories. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 11, 202–209.
- Lesieur, H. R., y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188
- Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., y Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health*, 60(6), 443-448.

- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, *106*(3), 490-498.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical Health and Psychology*, *10*(1), 141-165.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., y Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 459-480.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., y DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse and Neglect*, *34*(12), 967-976.
- Parhami, I., Mojtabai, R., Rosenthal, R. J., Afifi, T. O., y Fong, T. W. (2014). Gambling and the onset of comorbid mental disorders: A longitudinal study evaluating severity and specific symptoms. *Journal of Psychiatric Practice*, *20*(3), 207-219.
- Pedrero Pérez, E. J., Rodríguez Monje, M. T., Gallardo Alonso, F., Fernández Girón, M., Pérez López, M., y Chicharro Romero, J. (2007). Validación de un instrumento para la detección de trastornos del control de impulsos y adicciones: El MULTICAGE CAD-4. *Trastornos Adictivos*, *9*(4), 269-278.
- Petry, N. M. (2007). Gambling and substance use disorders: Current status and future directions. *American Journal on Addictions*, *16*(1), 1-9.
- Petry, N. M., y Champine, R. (2012). Drug abuse and addiction in medical illness. En J. Verster, K. Brady, M. Galanter, y P. Conrod (Eds.), *Gambling and Drug Abuse* (pp. 489–496). Nueva York: Springer.

- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Riley, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 163-171.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., y Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 38-45.
- Rush, B. R., Bassani, D. G., Urbanoski, K. A., y Castel, S. (2008). Influence of co-occurring mental and substance use disorders on the prevalence of problem gambling in Canada. *Addiction*, 103(11), 1847-1856.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Schreiber, L. N., Grant, J. E., y Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651-658. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.02.005
- Shead, N., Callan, M. J., y Hodgins, D. C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 536-541.
- Silk, J. S., Steinberg, L., y Morris, A. S. (2003). Adolescents' emotion regulation in life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74, 1869-1880.

- Simons, J. S., Gaher, R. M., Correia, C. J., Hansen, C. I., y Christopher, M. S. (2005). An affective–motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 326–334.
- Stewart, S. H., y Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction, 103*(7), 1110–1117.
- Stewart, S. H., McWilliams, L. A., Blackburn, J. R., y Klein, R. (2002). A laboratory-based investigation of the influence of video lottery terminal (VLT) play on mood and alcohol consumption among regular VLT players. *Addictive Behaviors, 27*, 819–835.
- Stewart, S. H., y Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction, 103*(7), 1110–1117.
- Stewart, S. H., Zack, M., Collins, P., y Klein, R. M. (2008). Subtyping pathological gamblers on the basis of affective motivations for gambling: Relations to gambling problems, drinking problems, and affective motivations for drinking. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*(2), 257.
- Stinchfield, R., y Winters, K. C. (2001). Outcome of Minnesota’s gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies, 17*, 217–245.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., y Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*(1), 53–67.
- Trosper, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M., y Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: Implications for a united treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*, 234–254.

- Tull, M. T. y Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38, 378-391.
- Veilleux, J. C., Skinner, K. D., Reese, E. D., y Shaver, J. A. (2014). Negative affect intensity influences drinking to cope through facets of emotion dysregulation. *Personality and Individual Differences*, 59, 96-101.
- Wareham, J. D., y Potenza, M. N. (2010). Pathological gambling and substance use disorders. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 242-247.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Anestis, M. D., y Gratz, K. L. (2013). The relative and unique contributions of emotion dysregulation and impulsivity to posttraumatic stress disorder among substance dependent inpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, 128(1), 45-51.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., y Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 453-458.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. C. O., y Parker, J. C. (2004). Risk factors for pathological gambling. *Addictive Behaviors*, 29(2), 323-335.
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., y Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating behaviors*, 8(2), 162-169.

Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., y Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*(2), 223-238.

Zangeneh, M., Blaszczynski, A., y Turner, N. E. (2008). *In the pursuit of winning*. Nueva York: Springer.

4.3 ESTUDIO EMPÍRICO 3

Metacognition in pathological gambling and its relationship with anxious and depressive symptomatology

Metacognición en juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva

Paula Jauregui, Irache Urbiola y Ana Estévez

Journal of Gambling Studies (2016). Vol. 32(2), 675-689.

Resumen

El juego patológico presenta una elevada comorbilidad con los trastornos ansioso-depresivos. Una de las variables que podría explicar esta relación sería la metacognición. Por ello, el objetivo del estudio ha sido evaluar la relación del juego con la metacognición y su papel mediador en la relación entre el juego y la sintomatología ansioso-depresiva. Han participado 124 personas con juego patológico provenientes de centros para el tratamiento del juego patológico, y 204 personas de población general. Los resultados han mostrado que las personas con problemas de juego puntuarían significativamente más alto en Creencias Positivas, Creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y Necesidad de control de los pensamientos, que correlacionarían con la sintomatología ansioso-depresiva. Además, la metacognición tendría un efecto de mediación entre el juego y la sintomatología ansioso-depresiva. Estos resultados sugieren que la metacognición podría ser un factor explicativo del juego patológico, así como de la sintomatología psicológica asociada.

Palabras clave: juego patológico, metacognición, ansiedad, depresión.

Abstract

Gambling disorder is associated with elevated comorbidity with depressive and anxious disorders, and one variable that might help in the understanding of this association is metacognition. In the present study, the relationship between gambling and metacognition and the mediating role of metacognition in the relationship between gambling and depressive and anxious symptomatology were assessed. The sample comprised 124 pathological gamblers from centers that assist pathological gamblers and 204 participants from the general population. The results showed that pathological gamblers had higher levels of depressive and anxious symptomatology. Additionally,

pathological gamblers had higher scores for positive beliefs about worry, negative beliefs of uncontrollability and danger, and beliefs about the need to control thoughts; these factors were also positively correlated with depressive and anxious symptomatology. Metacognition also fully mediated the association between gambling and depressive and anxious symptomatology. These results suggest that metacognition could contribute to explaining gambling disorder and the symptomatology associated with it.

Key words: gambling disorder, metacognition, anxiety, depression

El juego patológico consiste en una conducta de juego problemática, persistente y recurrente, que conduce a un daño clínicamente significativo y que, recientemente, ha sido clasificado en la categoría de trastornos adictivos en el DSM-V (APA, 2013) tras haber sido considerado un trastorno del control de los impulsos en ediciones anteriores. Se trata de la primera adicción conductual que ha sido incluida y categorizada como tal en la clasificación DSM (Holden, 2010). Este trastorno tiene un impacto importante, ya que afecta aproximadamente al 2% de la población (Muñoz Molina, 2008), con estudios que apuntan a un aumento de su prevalencia (Domínguez, 2009; Nowak y Aloe, 2013). Además, afecta de manera significativa a la persona que lo padece en múltiples niveles, como el familiar (Shaw, Forbush, Schindler, Roseman, y Black, 2007), laboral (Downs y Woolrych, 2010), legal (Cook et al., 2014), o a la presencia de sintomatología psicológica disfuncional (Estévez, Herrero, Sarabia, y Jáuregui, 2013), entre otros.

Numerosos estudios apuntan a la alta comorbilidad entre los trastornos adictivos y afectivos (Boden y Ferguson, 2011; Wolitzky-Taylor, Operskalski, Ries, Craske, y Roy-Byrne, 2011). De acuerdo a un metaanálisis conducido por Lorains, Cowlshaw, y Thomas (2011), una media del 37.9% de los jugadores presentarían un trastorno del estado del ánimo, mientras que un 37.4% tendrían trastornos de ansiedad. En la misma línea, autores como Blaszczynski y McConaghy (1989) o Fernández-Montalvo y Echeburúa (2004) muestran que los jugadores tendrían puntuaciones más elevadas tanto en ansiedad-estado como en ansiedad-rasgo. Además, los trastornos de ansiedad y del estado del ánimo predecirían el inicio y la persistencia del juego patológico (Kessler et al., 2008). De hecho, el riesgo de desarrollar un trastorno de juego patológico de gravedad moderada/alta sería 1.7 veces mayor en personas con trastornos anímicos o de ansiedad en comparación a personas sin trastornos, cifra que se incrementa en personas

que junto con estos trastornos presentan problemas relacionados con el alcohol y el consumo de sustancias, en los que sería 5 veces mayor (el-Guebaly et al., 2006). Como se observa, ambos tipos de trastorno podrían influenciarse y mantenerse entre sí (Smith y Randall, 2012). Una de las explicaciones que se han dado para explicar la relación de estos trastornos con el juego patológico se ha basado en el afrontamiento. El Modelo de Afrontamiento al Estrés de Wills y Hirky (1996) plantea que las adicciones se desarrollarían como consecuencia de la ansiedad y la depresión. En esa misma línea, autores como Blaszczynski y Nower (2002) han sugerido que las personas con problemas de juego podrían afrontar de manera desadaptativa la ansiedad y la depresión, y que buscarían su alivio a través del juego. Existen pocos estudios al respecto con juego patológico y autores como Matheson, Wohl, y Anisman (2009) señalan la necesidad de más estudios que expliquen de qué manera se relacionaría el juego patológico con este tipo de trastornos.

Uno de los modelos que ha sido desarrollado para explicar los trastornos psicológicos es el Modelo de Auto-regulación de las Funciones Ejecutivas (S-REF; Wells y Mathews, 1994; 1996). Este modelo se basa en la metacognición, es decir, en las creencias y teorías que las personas tienen acerca de sus propias cogniciones y estados emocionales (Wells, 2000). El modelo S-REF propone que la metacognición favorece el desarrollo y persistencia de los trastornos psicológicos (Wells, 2000). Según Wells (2000), las creencias metacognitivas consisten en las creencias sobre los pensamientos y otros fenómenos cognitivos, como la memoria o los juicios, que crean planes o programas. Estos planes conducen la cognición y la acción de las personas con el objetivo de afrontar sus estados cognitivos y emocionales. Las metacogniciones adaptativas permitirían la autorregulación de los estados emocionales, mientras que un funcionamiento desadaptativo podría originar fallos en la autorregulación. Por tanto, las

metacogniciones desadaptativas podrían conducir a la aparición y persistencia de fallos en el procesamiento emocional y contribuirían a la presencia de formas desadaptativas de afrontamiento de forma persistente (Wells, 2013). Diversos estudios han mostrado relación entre la metacognición y la sintomatología ansiosa y depresiva (Dragan, Dragan, Kononowicz, y Wells, 2012; Hjemdal, Stiles, y Wells, 2013; Valiente, Prados, Gómez, y Fuentenebro, 2012; Wells, et al. 2012), además de otras condiciones como el trastorno de ansiedad generalizada (Wells, 2005; Nieto, Delgado, Mateos, y Bueno, 2010), trastorno obsesivo-compulsivo (Hermans, Martens, De Cort, Pieters, y Eelen, 2003; Irak y Tosun, 2008), estrés posttraumático (Roussis y Wells, 2008) o el trastorno de pánico (Cucchi et al., 2007).

El modelo S-REF, además, ha sido aplicado en trastornos adictivos como el alcohol, el consumo de sustancias o el tabaco (Lee, Pohlman, Baker, Ferris, y Kay-Lambkin, 2010; Nikčević y Spada, 2008; Spada, Proctor, Caselli, y Strodl, 2012; Spada y Wells, 2009). Diversos autores han propuesto que la metacognición podría relacionarse con la presencia de respuestas de afrontamiento desadaptativas ante estados internos y que la metacognición podría predisponer a las conductas adictivas como medio de afrontar las emociones negativas (Toneatto, 1999; Wells y Matthews, 1994). Entre estas aplicaciones, destaca el modelo desarrollado por Spada y Wells (2009), que han desarrollado un modelo metacognitivo en relación al consumo problemático de alcohol. Según este modelo, las creencias metacognitivas sobre los efectos del alcohol conducirían al uso del alcohol como medio de regulación afectiva (Spada y Wells, 2008). En la misma línea, se ha encontrado que las metacogniciones mediarían la relación entre la emoción medida a través de la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmund y Snaith, 1983) y la dependencia al tabaco (Spada, Nikčević, Moneta, y Wells, 2007). En el caso del juego, se ha encontrado que la metacognición se

relacionaría con el juego (Millar, 2003), y que podría ser predictora de la conducta de juego y de sus consecuencias (Lindberg, Fernie, y Spada, 2010). Brevers et al. (2014) señalan por su parte que las intervenciones clínicas que mejoraran la metacognición podrían ser beneficiosas en el tratamiento del juego. Sin embargo, los estudios al respecto también son escasos.

Por tanto, los objetivos de este estudio son, en primer lugar, estudiar la relación entre el juego patológico y la metacognición y, en segundo lugar, analizar el papel mediador de la metacognición entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

Método

Participantes

La muestra total de este estudio está compuesta por 328 participantes provenientes de centros y asociaciones de tratamiento de juego patológico, mayoritariamente asociados a la FEJAR (Federación Española de Jugadores de Azar Rehabilitados), así como en centros universitarios y en redes sociales. El criterio de inclusión en el estudio ha sido tener más de 18 años. La muestra se ha dividido en dos grupos. Los participantes que puntuaron como jugadores patológicos en el SOGS (Lesieur y Blume, 1987) y que provenían de centros de tratamiento de juego patológico fueron incluidos en el grupo de jugadores patológicos (n=124). El otro grupo que incluyó participantes que puntuaron como no jugadores y que provenían de universidades y redes sociales (n=204). Los datos sociodemográficos para ambos grupos se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Comparación de datos sociodemográficos entre jugadores/as patológicos y no jugadores/as.

	Edad	Género (%)		Situación laboral						
	<i>M(DT)</i>	Hombre	Mujer	Trabajador en activo	Desempleado/a	Jubilado/a	Estudiantes	Estudiantes y trabajadores	Estudiantes desempleados	
Jugadores patológicos (n=124)	40.18(13.30)	97.6%	2.4%	51.7%	24.1%	8.6%	11.2%	3.4%	0.9%	
No jugadores (n=204)	25.67(6.91)	26%	74%	28.9%	6.9%	0%	44.6%	17.6%	2%	
	Nivel educativo				Estado civil					
	Sin estudios	Estudios primarios	Estudios secundarios	Formación profesional	Estudios universitarios	Soltero/a	Casado/a	Separado/a-Divorciado/a	Pareja de hecho	Viudo/a
Jugadores patológicos (n=124)	8.9%	16.9%	28.2%	33.1%	12.9%	46.8%	30.6%	11.3%	11.3%	0.8%
No jugadores (n=204)	0%	0.5%	8.3%	17.2%	74%	78.4%	13.7%	2.5%	5.4%	0%

Instrumentos

Juego patológico. Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS; Lesieur y Blume, 1987). Adaptado al español por Echeburua, Báez, Fernández-Montalvo, y Páez (1994). Es una herramienta de screening de juego patológico desarrollada para poblaciones clínicas. Consta de 20 ítems, cuyo contenido se relaciona con las conductas de juego, las fuentes de obtención de dinero para jugar o pagar deudas, y las emociones implicadas. Una puntuación superior a 4 puntos indica una probable presencia de juego patológico. En cuanto a su fiabilidad, presenta una elevada consistencia interna, con valor del alfa de Cronbach de .94. Su coeficiente de fiabilidad test-retest es de .98 ($p < .001$) con un intervalo de 4 semanas. La validez convergente con los criterios del DSM-IV es de .94. En este estudio, obtuvo un alfa de Cronbach de .93.

Metacognición. Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004) Adaptado al español por Ramos-Cejudo, Salguero, y Cano-Vindel (2013). Es una escala de 30 ítems que mide diferencias individuales en creencias metacognitivas, juicios y tendencias de monitoreo. Consta de 5 subescalas: (1) Creencias positivas sobre pensamientos de preocupación (e.g.: “Estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro”); (2) Creencias negativas de incontrolabilidad y peligro (e.g.: “No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan”); (3) Confianza cognitiva (e.g.: “No confío en mi memoria”); (4) Necesidad de control de los pensamientos (e.g.: “Debería controlar mis pensamientos todo el tiempo”); y (5) Conciencia cognitiva (e.g.: “Presto mucha atención a la manera en que mi mente funciona”). Se responde en una escala de tipo Likert entre 1 (“Nada de acuerdo”) y 4 (“Muy de acuerdo”), de modo que a mayor puntuación habría mayor actividad metacognitiva patológica. Presenta un alfa de Cronbach de .89, mientras que en las

subescalas oscila entre .69 y .89. En cuanto a su fiabilidad test-retest, tanto la escala general como sus subescalas fueron estables en general en un periodo de 3 meses. En este estudio, obtuvo un alfa de .91 en la escala total, y de entre .77 y .88 en el resto de subescalas.

Sintomatología ansiosa y depresiva. Subescalas de Ansiedad y Depresión del Cuestionario de Síntomas Psicopatológicos-45 (SA-45; Davison et al., 1997). Adaptado al español por Sandín, Valiente, Chorot, Santed, y Lostao (2008). Versión abreviada del SCL-90-R (Derogatis, 2002), que aporta las siguientes ventajas: (a) reducción de la extensión del cuestionario, (b) igualar las escalas a un mismo número de ítems, de modo que poseen similar fiabilidad y validez, (c) evitar el solapamiento de las distintas escalas, (d) minimizar la correlación entre las escalas, y (e) favorecer la utilidad y uso del cuestionario. Es una herramienta de evaluación de síntomas psicopatológicos. El sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 4 (“Mucho o extremadamente”). Mide 9 factores: depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, hostilidad, sensibilidad interpersonal, somatización, psicoticismo, ideación paranoide, y obsesión-compulsión. En este estudio se utilizaron dos subescalas: Ansiedad y Depresión. Presenta alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .95 en la escala total, y de .85 en la subescala de depresión y .84 en la subescala de ansiedad. Los análisis de validez convergente y discriminante fueron adecuados, mostrando correlaciones bajas y negativas con el afecto positivo, y elevadas o moderadas con el afecto negativo. Distintos estudios han comprobado su fiabilidad y validez en muestras clínicas y no clínicas, con participantes adultos y adolescentes (Alvarado, Sandín, Valdez-Medina, González-Arratia, y Rivera, 2012; Davison et al., 1997; Maruish, Bershsky, y Goldstein, 1998). Además, la estructura de 9 factores fue ratificada mediante análisis

factorial confirmatorio (Sandín et al., 2008). En este estudio, la subescala de depresión presentó un alfa de .83, y la subescala de ansiedad presentó un alfa de .79.

Procedimiento

Los participantes tomaron parte en este estudio de varias formas. La muestra de jugadores fue obtenida a través de centros y asociaciones de tratamiento de juego patológico, en los que se invitó a participar a personas que estuvieran en tratamiento. La muestra de no jugadores fue obtenida a través de centros universitarios y a través de redes sociales. Los participantes tomaron parte en este estudio tanto a través de cuestionarios on-line como en papel. En ambos casos, el cuestionario venía acompañado de una carta explicativa sobre el estudio, objetivos, voluntariedad de participación, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, y datos de contacto del investigador de referencia. Este estudio ha recibido la autorización ética de la Universidad de Deusto.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un estudio correlacional transversal. Todos los análisis se realizaron en SPSS 22. En primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación entre todas las variables mediante la r de Pearson. A continuación, se calcularon las diferencias de medias entre grupos utilizando el análisis de la varianza (ANOVA). Se calcularon los tamaños del efecto de las diferencias identificadas mediante la d de Cohen, cuyos parámetros establecen que un valor inferior a .20 se correspondería a un tamaño del efecto pequeño, un valor cercano a .50 indicaría un tamaño del efecto moderado, y valores superiores a .80 indicarían un tamaño del efecto grande (Cohen,

1992). Así, se identificaron las variables que obtuvieron diferencias o relaciones significantivas y relevantes.

Después, tras comprobar las relaciones bivariadas entre las variables, se llevó a cabo un análisis mediacional para comprobar cómo la variable independiente X (juego patológico) afecta a la variable dependiente Y (ansiedad y depresión) a través de mediadores múltiples M (Creencias positivas sobre pensamientos de preocupación; Creencias negativas de incontrolabilidad y peligro; Confianza cognitiva; Necesidad de control de los pensamientos; y Conciencia cognitiva). El análisis se llevó a cabo mediante la macro INDIRECT para SPSS con técnicas de bootstrapping, que es una técnica adecuada para modelos de mediación múltiple y puede ser utilizado con muestras pequeñas y moderadas (Preacher y Hayes, 2008). Se probaron dos modelos utilizando la macro INDIRECT para SPSS (Preacher y Hayes, 2008). Uno de los modelos incluyó la sintomatología ansiosa como variable dependiente, mientras que el otro modelo incluyó la sintomatología depresiva como variable dependiente. El género y la edad se incluyeron como covariantes para controlar su efecto en los resultados. En el caso del género, se creó una variable *dummy*, en la que el 0 equivalió a “hombre” y 1 a “mujer”.

En primer lugar, se comprobó que la relación entre la variable independiente y las variables mediadoras (a-path) y las variables mediadoras y la variable dependiente (b-path) fueran significantivas. A continuación, se comprobó el efecto total de X en Y junto a las variables mediadoras (c-path) y el efecto directo de X en Y controlando el efecto de las variables mediadoras (c'-path). Cuando el efecto total es significativo pero el efecto directo no lo es, se considera que existe un efecto de mediación total. En segundo lugar, se analizó el efecto indirecto de las variables mediadoras con bootstrapping con muestras de 5000 bootstraps. El efecto indirecto de cada variable

mediadora en la relación entre X e Y fue analizado. El efecto indirecto se considera significativo si el 95% de los intervalos de confianza (CI) no incluyen el cero, es decir, si tanto el intervalo de confianza tanto inferior como superior son ambos mayores o menores que cero.

Resultados

En primer lugar, se analizó la correlación entre juego patológico, metacognición, y sintomatología ansioso-depresiva (Tabla 2). Como puede verse, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre todas las variables, a excepción de la confianza cognitiva y la conciencia cognitiva con el juego patológico.

Tabla 2. Correlaciones entre juego patológico, metacognición, y sintomatología ansioso-depresiva

	1	2	3	4	5	6	7
1. Juego patológico	-						
2. Confianza cognitiva	.08	-					
3. Conciencia cognitiva	.11	.14*	-				
4. Creencias positivas	.19**	.15*	.45**	-			
5. Incontrolabilidad	.24**	.38**	.43**	.39**	-		
6. Necesidad de control	.37**	.33**	.49**	.57**	.65**	-	
7. Ansiedad	.21**	.30**	.34**	.28**	.63**	.52**	-
8. Depresión	.27**	.22**	.19**	.20**	.52**	.48**	.65**

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

En segundo lugar, se midieron las diferencias de medias entre la muestra de jugadores y la muestra de no jugadores en las variables de estudio mediante el análisis de la varianza (ANOVA). En la tabla 3 se observan las diferencias de medias entre ambas muestras en juego patológico, metacognición, y en sintomatología ansioso-depresiva. Los resultados muestran que habría diferencias significativas en juego

patológico, creencias positivas sobre pensamientos de preocupación, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, necesidad de control de los pensamientos, ansiedad, y depresión.

Se calculó también el tamaño del efecto mediante la d de Cohen. Los resultados mostraron que habría un tamaño del efecto grande en juego patológico y necesidad de control de los pensamientos, medio en creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, depresión, ansiedad, y creencias positivas sobre pensamientos de preocupación, y pequeño en conciencia cognitiva.

Tabla 3. Comparación entre jugadores y no jugadores en juego patológico, metacognición y sintomatología ansioso-depresiva

	Jugadores patológicos (n = 124)		No jugadores (n = 204)		$F(gl)$	d
	M	DT	M	DT		
1. Juego patológico	10.60	3.60	.22	.57	1634.89*(1,326)	4.02
2. Confianza cognitive	11.04	4.92	10.66	4.30	.48(1,297)	.08
3. Creencias positivas	11.65	4.63	9.96	3.50	12.75*(1,297)	.41
4. Conciencia cognitiva	14.93	3.83	14.06	3.77	3.76(1,305)	.22
5. Incontrolabilidad	12.68	3.95	10.89	3.61	16.12*(1,301)	.47
6. Necesidad de control	12.55	4.09	9.63	3.13	47.38*(1,294)	.80
7. Ansiedad	4.89	4.04	3.71	3.34	7.56*(1,299)	.32
8. Depresión	6.45	5.09	3.90	3.61	25.44*(1,298)	.58

* $p < .01$

En tercer lugar, se analizó el papel mediador de la metacognición entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva mediante un modelo de mediación múltiple utilizando la macro INDIRECT para SPSS (Preacher y Hayes, 2008). Se midieron como variables mediadoras la confianza cognitiva, conciencia cognitiva, creencias positivas sobre pensamientos de preocupación, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y necesidad de control de los pensamientos. Asimismo, se incluyeron como covariantes las variables de género y edad para controlar su efecto en el análisis realizado. En primer lugar, se calculó si la relación entre el juego patológico y las variables mediadoras (a-path), y la sintomatología ansiosa y depresiva y las variables mediadoras (b-path), es significativa (Figuras 1 y 2). Se halló que la relación era significativa en ambos casos en la relación entre juego patológico, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y ansiedad; juego patológico, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y depresión; y juego patológico, necesidad de control de los pensamientos, y depresión. Después, se calculó el efecto total del juego patológico sobre la sintomatología ansiosa y depresiva (c-path), y el efecto directo del juego patológico sobre la sintomatología ansiosa y depresiva (c'-path). Se ha encontrado que la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva estaría mediada por la metacognición. En el caso de la ansiedad, el efecto total sería significativo mientras que el efecto directo no lo sería, indicando un efecto de mediación total de la metacognición. También se ha hallado un efecto de mediación total de la metacognición en la relación entre juego patológico y depresión.

Los efectos indirectos fueron también medidos mediante bootstrapping. Se ha encontrado un efecto indirecto específico de las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro en el caso de la ansiedad ($b=.10$, 95% BC CI [.05 a .18]), y un efecto indirecto específico de las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro ($b=.10$, 95% BC CI

[.05 a .18]) y de la necesidad de control de los pensamientos ($b=.06$, 95% BC CI [.02 a .13]) en el caso de la depresión.

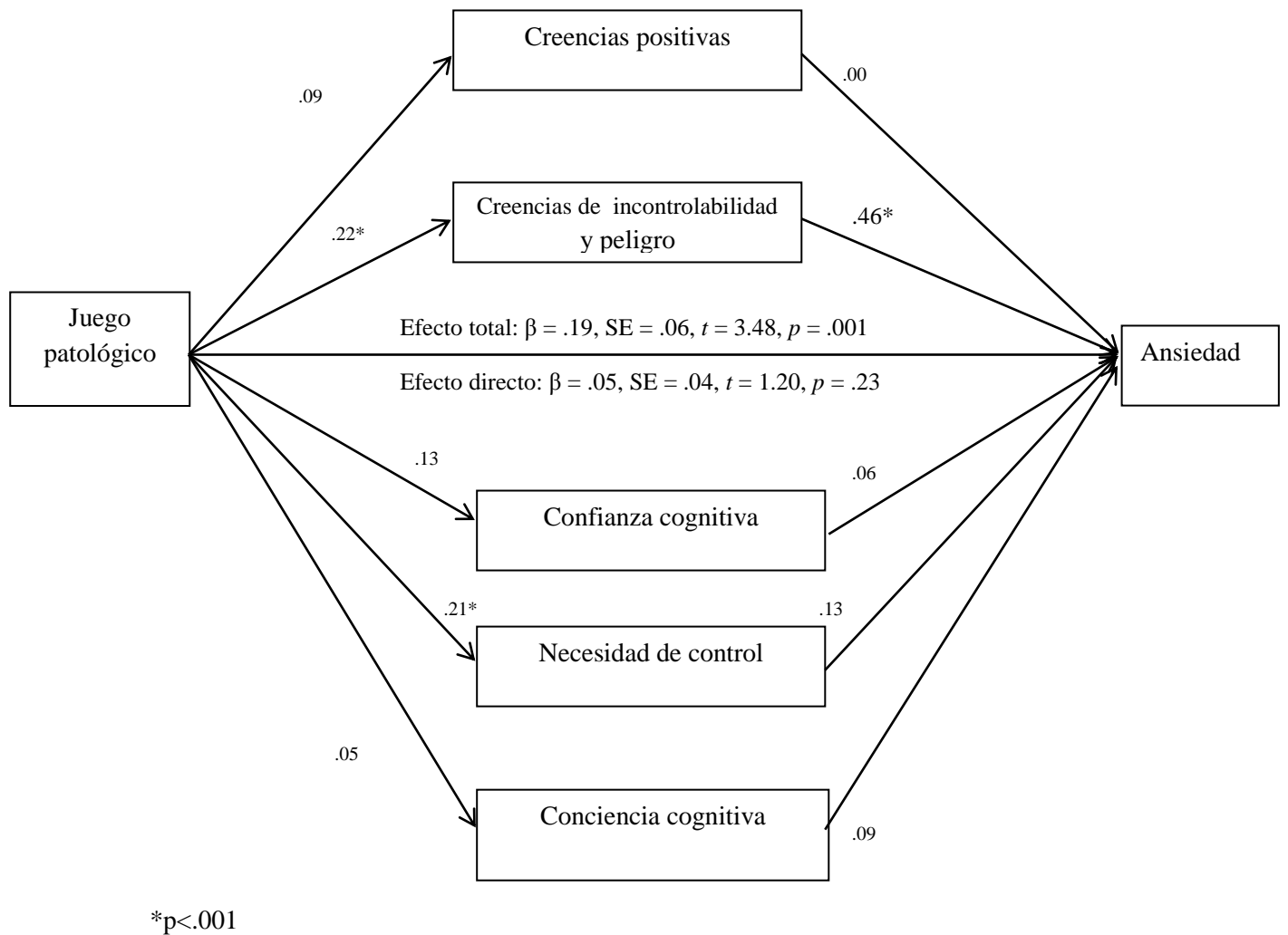
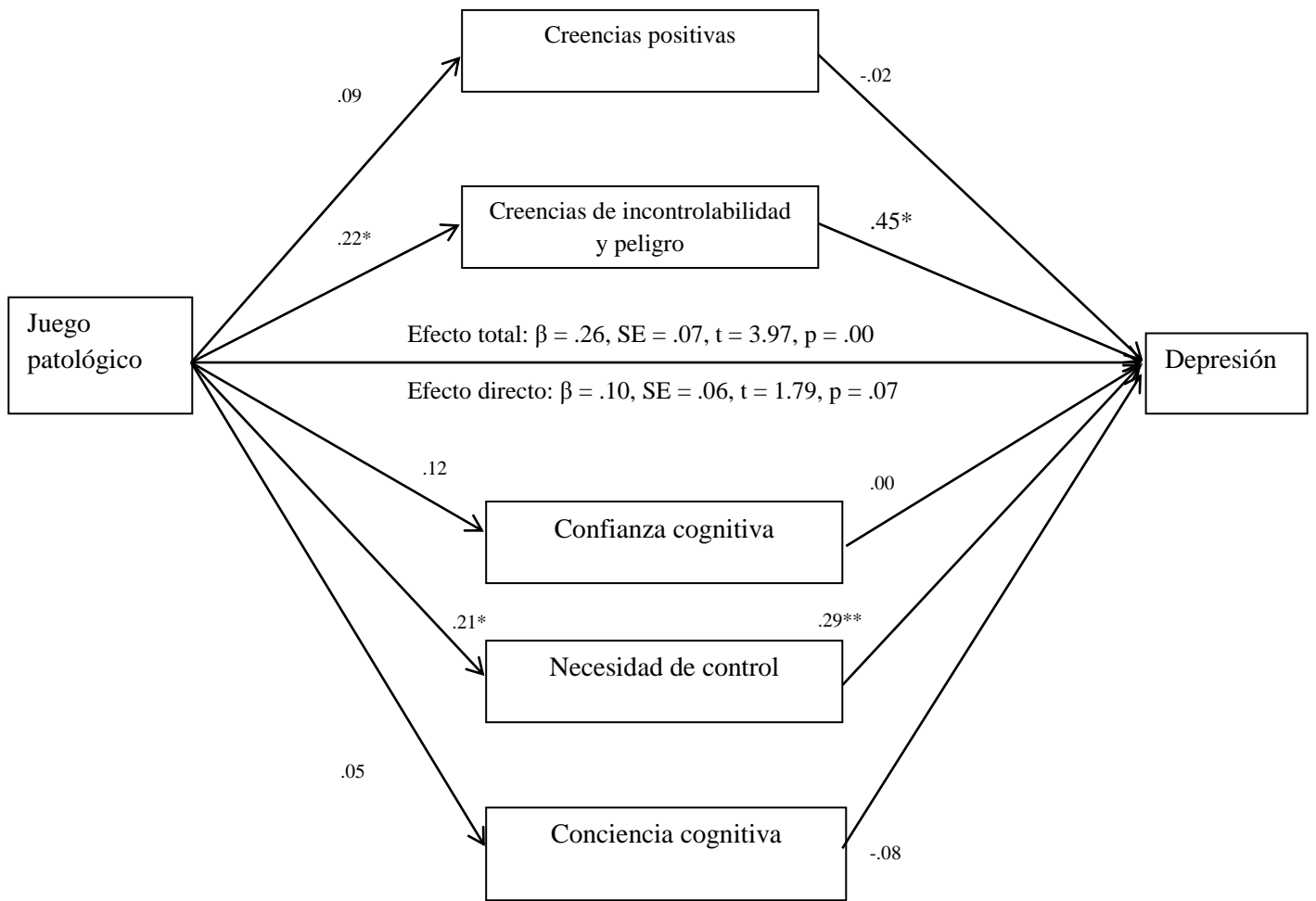


Figura 1. Efecto mediacional de la metacognición entre el juego patológico y la ansiedad



*p<.001, **p<.01

Figura 2. Efecto mediacional de la metacognición entre el juego patológico y la depresión

Discusión

El objetivo de este estudio ha sido evaluar la relación entre el juego patológico, la metacognición, y la sintomatología ansiosa y depresiva, así como el papel mediador de la metacognición en la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva. En primer lugar, se ha encontrado que las personas con juego patológico obtendrían puntuaciones más altas en sintomatología ansiosa y depresiva, y que el juego y la metacognición correlacionan positiva y significativamente con la sintomatología ansiosa y depresiva. En el caso de la relación entre juego y sintomatología, estos

resultados constatan la existencia de asociación entre ambos de manera acorde a la literatura científica previa (Chou y Afifi, 2011; Petry, Stinson, y Grant, 2005; Shead, Derevensky, y Gupta, 2011). En cuanto a la relación entre metacognición y sintomatología ansiosa y depresiva, los resultados también coinciden con estudios previos, que apuntan a que la metacognición sería predictora de ambas (Hjemdal, Stiles, y Wells, 2013). En concreto, en este estudio han destacado las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y de necesidad de control de los pensamientos, que muestran las correlaciones más elevadas con ansiedad y depresión. Valiente et al. (2012) también han señalado la importancia de las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro y de necesidad de control de los pensamientos en la presencia de síntomas depresivos. En el caso de la ansiedad, aunque autores como Dragan et al. (2012) encontraron correlación entre ansiedad y los cinco factores del MCQ, Spada, Georgiou, y Wells (2010) mostraron que el factor predictor de la ansiedad serían las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro. En este sentido, Irak y Tosun (2008) apuntan también a que las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro sería el factor que se relacionaría en mayor medida con la ansiedad, y sugieren que podría ser un predictor común de otros trastornos, como el trastorno obsesivo compulsivo.

Por otra parte, en segundo lugar, se ha encontrado que el grupo con juego patológico puntuaría más alto en metacognición y que habría correlación positiva y significativa entre metacognición y juego patológico, en concreto, en creencias positivas sobre pensamientos de preocupación, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y necesidad de control de los pensamientos. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos por Lindberg et al. (2010), que encontraron que las metacogniciones estarían significativa y positivamente relacionadas con la conducta de

juego y con sus consecuencias, y que las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro y de necesidad de control de los pensamientos predecirían la conducta de juego independientemente de la ansiedad y la depresión. Además, en este estudio se ha encontrado que también las creencias positivas sobre pensamientos de preocupación estarían relacionadas con el juego patológico. Este hallazgo es relevante, ya que según Wells (2013), estas creencias fomentarían la formación posterior de creencias negativas de incontrolabilidad y peligro. También se ha hipotetizado que las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro podrían reflejar una actitud hacia pensamientos intrusivos relacionados con el craving (Spada et al., 2007). En el caso del juego patológico, uno de sus criterios diagnósticos consistiría en “Preocupación frecuente por jugar”, de tal manera que la persona con este trastorno tendría pensamientos persistentes en relación al juego (APA, 2013). Asimismo, concuerda con lo encontrado en otras adicciones, que también estarían relacionadas con la metacognición (Saed, Yaghubi, y Roshan, 2010; Spada y Wells, 2005; Spada, Zandvoort, y Wells, 2007). En concreto, la necesidad de control de los pensamientos ha sido una de las variables que ha sido relacionada de manera más consistente con las conductas adictivas (Spada, Caselli, y Wells, 2009), lo que está de acuerdo con los resultados hallados, ya que en esta variable se ha encontrado uno de los mayores tamaños del efecto.

Por otro lado, no habría diferencias significativas en confianza cognitiva ni conciencia cognitiva, ni mostrarían correlación con el juego patológico. La conducta de juego es una actividad en la que intervienen procesos cognitivos de memoria y de toma de decisiones, entre otros (Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs, y van den Brink, 2005; Scoboria y Wilson, 2011), y en la que influyen los sesgos cognitivos a la hora de jugar y de llevar a cabo cálculos probabilísticos (Fortune y Goodie, 2012; Harrigan, 2009; Linnet et al., 2012). Los resultados hallados podrían ayudar a explicar por qué los

jugadores persisten en su conducta de juego a pesar de las pérdidas. Autores como Brevers et al. (2014) han señalado que los jugadores podrían presentar desconexión entre su rendimiento a la hora de hacer juicios y la confianza en dichos juicios. Por tanto, los jugadores podrían estar jugando en base a sesgos cognitivos y, pese a tener pérdidas, seguir mostrando confianza en sus juicios. La falta de conciencia cognitiva, además, se ha vinculado con una mayor conducta de juego (Amsel, Close, Sadler, y Klaczynski, 2009).

Por último, en cuanto al análisis de mediación, los resultados han mostrado que la metacognición mediaría de manera total la relación entre juego patológico y la ansiedad, con efecto indirecto específico de las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, así como entre juego patológico y depresión, con efecto indirecto específico de las creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y la necesidad de control de los pensamientos. Estos resultados son novedosos, ya que no existen estudios previos al respecto en juego patológico. Además, son acordes a los hallazgos encontrados en estudios llevados a cabo con otras adicciones, que han encontrado que la metacognición mediaría entre la emoción y las conductas adictivas (Spada et al., 2007; Toneatto, 1999). Esto podría ser explicado por el modelo S-REF (Wells y Matthews, 1994), que como se ha explicado anteriormente, postula que la metacognición promovería un afrontamiento desadaptativo también respecto a estados internos, como las emociones negativas, y que las conductas adictivas constituirían uno de esos medios de afrontamiento. Según se ha encontrado en el caso del alcohol, ante la presencia de emociones negativas, las personas con mayores niveles de metacogniciones desadaptativas tendrían un mayor uso de alcohol, mientras que las personas con metacogniciones adaptativas tendrían un menor nivel de uso (Monetta, 2011). Spada et al. (2009), por su parte, explican que, ante la presencia de pensamientos o estados

emocionales negativos, las personas con creencias de necesidad de control de los pensamientos podrían intentar suprimirlos en mayor medida, lo que podría conducir a una exacerbación de dichos estados.

Este estudio no está exento de limitaciones. Por un lado, se trata de un estudio de tipo transversal, lo que supone que no se puede establecer una relación causal en los resultados hallados. La realización de futuros estudios longitudinales podría ayudar a esclarecer la direccionalidad de las relaciones expuestas. Además, existen diferencias en las variables sociodemográficas entre la muestra de jugadores y la de no jugadores por lo que, aunque el género y la edad han sido incluidos como covariantes para controlar su efecto, sería conveniente equiparar ambas muestras como línea de futuro de cara a prevenir posibles sesgos. Por otra parte, las medidas utilizadas en este estudio son medidas de autoinforme. Puesto que el estudio se centra en procesos cognitivos complejos, esto podría influir en los resultados hallados.

En resumen, los resultados hallados respecto a la relación entre juego y metacognición, y juego y sintomatología ansioso-depresiva, coinciden con estudios previos en esta temática. Además, se han encontrado efectos de mediación de la metacognición entre juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva, lo que concuerda con estudios previos realizados con otras adicciones. A pesar de eso, son novedosos en el estudio del juego patológico, por lo que aportan nuevas claves a la hora de comprender este trastorno y su relación con la sintomatología ansioso-depresiva, y sugieren que el tratamiento de las personas con problemas de juego podría beneficiarse de la inclusión de técnicas que aborden elementos metacognitivos, como son por ejemplo la Terapia Metacognitiva o la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness.

Referencias

- Alvarado, B. G., Sandín, B., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N., y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del Cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología*, 28(2), 426-433.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amsel, E., Close, J., Sadler, E., y Klaczynski, P. A. (2009). College students' awareness of irrational judgments on gambling tasks: A dual-process account. *Journal of Psychology*, 143(3), 293-317.
- Blaszczynski, A., y McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Substance Use and Misuse*, 24(4), 337-350.
- Blaszczynski, A., y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499.
- Boden, J. M., y Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914.
- Brevers, D., Cleeremans, A., Bechara, A., Greisen, M., Kornreich, C., Verbanck, P., y Noël, X. (2014). Impaired metacognitive capacities in individuals with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 141-152.
- Chou, K. L., y Afifi, T. O. (2011). Disordered (pathologic or problem) gambling and axis I psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1289-1297.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cook, S., Turner, N. E., Ballon, B., Paglia-Boak, A., Murray, R., Adlaf, E. M., ... y Mann, R. E. (2014). Problem gambling among Ontario students: Associations

with substance abuse, mental health problems, suicide attempts, and delinquent behaviours. *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10899-014-9483-0

- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P., y Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 546-553.
- Davison, M. K., Bershadsky, B., Beiber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Madrid: TEA Ediciones.
- Dragan, M., Dragan, W. Ł., Kononowicz, T., y Wells, A. (2012). On the relationship between temperament, metacognition, and anxiety: Independent and mediated effects. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(6), 697-709.
- Domínguez, A. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de psicología*, 27(1), 3-20.
- Downs, C., y Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work and Family*, 13(3), 311-328.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J., y Páez, D. (1994). El Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS): Validación española. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 769-791.
- el-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., y Jian Li, W. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275-287.

- Estevez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., y Jauregui, P. (2015). The impulsivity and sensation-seeking mediators of the psychological consequences of pathological gambling in adolescence. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 91-103.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 500-505.
- Fortune, E. E., y Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 298-310.
- Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., y van den Brink, W. (2005). Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Cognitive Brain Research*, 23(1), 137-151.
- Harrigan, K. A. (2009). Slot machines: Pursuing responsible gaming practices for virtual reels and near misses. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 68-83.
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., y Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(4), 383-401.
- Hjemdal, O., Stiles, T., y Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(2), 59-65.

- Holden, C. (2010). Behavioral addictions debut in proposed DSM-V. *Science*, 327(5968), 935-935.
- Irak, M., y Tosun, A. (2008). Exploring the role of metacognition in obsessive-compulsive and anxiety symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1316-1325.
- Kessler, R. C., Hwang, I. I., LaBrie, R. R., Petukhova, M. M., Sampson, N. A., Winters, K. C., y Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(9), 1351-1360.
- Lee, N. K., Pohlman, S., Baker, A., Ferris, J., y Kay-Lambkin, F. (2010). It's the thought that counts: Craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 245-250.
- Lesieur, H. R., y Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9).
- Lindberg, A., Fernie, B. A., y Spada, M. M. (2011). Metacognitions in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 27(1), 73-81.
- Linnet, J., Frøslev, M., Ramsgaard, S., Gebauer, L., Mouridsen, K., y Wohlert, V. (2012). Impaired probability estimation and decision-making in pathological gambling poker players. *Journal of Gambling Studies*, 28(1), 113-122.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x
- Maruish, M. E., Bershadsky, B., y Goldstein, L. (1998). Reliability and validity of the SA-45: Further evidence from a primary care setting. *Assessment*, 5(4), 407-419.

- Matheson, K., Wohl, M. A., y Anisman, H. (2009). The interplay of appraisals, specific coping styles, and depressive symptoms among young male and female gamblers. *Social Psychology, 40*(4), 212-221. doi:10.1027/1864-9335.40.4.212
- Millar, G. (2003). Toward the development and validation of a metacognitive scale for gambling behavior (Tesis doctoral). Recuperado de ProQuest Dissertations and Theses (UMI No. NQ78283).
- Moneta, G. B. (2011). Metacognition, emotion, and alcohol dependence in college students: A moderated mediation model. *Addictive Behaviors, 36*(7), 781-784.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico. *Revista de Salud Pública, 10*(1), 150-159.
- Nikčević, A. V., y Spada, M. M. (2008). Metacognitions across the continuum of smoking dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(03), 333-339.
- Nieto, M. Á. P., Delgado, M. M. R., Mateos, L. L., y Bueno, N. (2010). Cognitive control and anxiety disorders: Metacognitive beliefs and strategies of control thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud, 21*(2), 159-166.
- Nowak, D. E., y Aloe, A. M. (2013). The prevalence of pathological gambling among college students: A meta-analytic synthesis, 2005–2013. *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10899-013-9399-0
- Petry, N. M., Stinson, F. S., y Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(5), 564-574.

- Preacher, K. J., y Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891.
- Ramos-Cejudo, J., Salguero, J. M., y Cano-Vindel, A. (2013). Spanish version of the Meta-Cognitions Questionnaire 30 (MCQ-30). *The Spanish Journal of Psychology*, 16, E95.
- Roussis, P., y Wells, A. (2008). Psychological factors predicting stress symptoms: Metacognition, thought control, and varieties of worry. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(3), 213-225
- Saed, O., Yaghubi, H., y Roshan, R. (2010). The role of meta-cognitive beliefs on substance dependency. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 1676-1680.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., y Lostao, L. (2008). SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Scoboria, A., y Wilson, T. (2011). Memory for future gambling wins. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(3), 565-572.
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., y Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS spectrums*, 12(8), 615-622.
- Shead, N., Derevensky, J. L., y Gupta, R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 22(1), 39-58.
- Smith, J. P., y Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: Comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research: Current reviews*, 34(4), 414.

- Spada, M. M., Caselli, G., y Wells, A. (2009). Metacognitions as a predictor of drinking status and level of alcohol use following CBT in problem drinkers: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(10), 882-886.
- Spada, M. M., Georgiou, G. A., y Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 64-71.
- Spada, M. M., Nikčević, A. V., Moneta, G. B., y Wells, A. (2007). Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2120-2129.
- Spada, M. M., Proctor, D., Caselli, G., y Strodl, E. (2012). Metacognitions in substance misuse. En P. Miller (Ed.), *Encyclopaedia of Addictive Behaviour*. Oxford, UK: Elsevier.
- Spada, M. M., y Wells, A. (2005). Metacognitions, emotion and alcohol use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(2), 150-155.
- Spada, M. M., y Wells, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, 33(4), 515-527.
- Spada, M. M., y Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 16(5), 383-393.
- Spada, M. M., Zandvoort, M., y Wells, A. (2007). Metacognitions in problem drinkers. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 709-716.
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors*, 24(2), 167-174.

- Valiente, C., Prados, J. M., Gómez, D., y Fuentenebro, F. (2012). Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(6), 527-543.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Wells, A., y Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., y Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Wills, T. A., y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and review of the evidence. En M. Zeidner (Ed.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 279-302). Nueva York: John Wiley & Sons.

Wolitzky-Taylor, K., Operskalski, J. T., Ries, R., Craske, M. G., y Roy-Byrne, P.

(2011). Understanding and treating comorbid anxiety disorders in substance users:

Review and future directions. *Journal of Addiction Medicine*, 5(4), 233-247.

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361–370.

4.4 Resumen global de los resultados

A continuación, se muestran el resumen de algunos de los resultados principales hallados en los tres estudios empíricos desarrollados en los apartados previos:

En primer lugar, en el artículo “Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión” se ha encontrado que la versión española del CSI (Tobin et al., 1989) estaría compuesta por ocho factores primarios (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, y autocrítica), cuatro secundarios (manejo adecuado centrado en el problema, manejo adecuado centrado en la emoción, manejo inadecuado centrado en el problema y manejo inadecuado centrado en la emoción) y dos terciarios (manejo adecuado y manejo inadecuado), de acuerdo a la estructura factorial original del CSI (Tobin et al., 1989), y se ha comprobado su bondad psicométrica. Por otra parte, se ha hallado que el afrontamiento y la regulación emocional serían predictores de la sintomatología depresiva, mientras que en el caso de la ansiedad la variable predictora principal ha sido la depresión. Más específicamente, las dificultades de regulación emocional abarcarían de manera más completa la sintomatología depresiva que el afrontamiento, ya que se obtuvieron valores más elevados a la hora de predecir dicha sintomatología.

En segundo lugar, en el artículo “Juego patológico y abuso de alcohol y drogas, regulación emocional y sintomatología ansioso-depresiva asociados” se ha encontrado que los jugadores patológicos tendrían puntuaciones más altas en juego patológico, dificultades de regulación emocional, abuso de drogas, ansiedad y depresión. Unido a estas diferencias, estas variables estarían relacionadas entre sí en una muestra de

jugadores patológicos adultos. Además, se ha encontrado que las dificultades de regulación emocional fueron predictoras tanto del juego patológico como de la sintomatología ansioso-depresiva y el abuso de drogas y alcohol en jugadores patológicos, constituyendo un predictor común de las mismas. Finalmente, las dificultades de regulación emocional mediaron de manera total la relación entre la ansiedad y el juego patológico, sin que el efecto del abuso de alcohol y drogas ni de la edad fuera significativo en dicha relación.

En tercer lugar, en el artículo “Metacognición en juego patológico y su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva”, se muestra que los jugadores patológicos tendrían mayores niveles de creencias metacognitivas positivas, creencias negativas de incontrolabilidad y peligro, y creencias sobre la necesidad de controlar el pensamiento, así como de sintomatología ansioso-depresiva, correlacionando todas estas variables entre sí. Además, la metacognición medió la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

En resumen, los resultados han mostrado, por un lado, la validez de la estructura factorial del CSI (Tobin et al., 1989) y que el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional predicen la sintomatología depresiva, siendo las dificultades de regulación emocional las que obtuvieron un mayor peso; y por otro lado, se ha encontrado que el juego patológico se relacionaría con la regulación emocional y la metacognición, que serían mecanismos mediadores entre el juego patológico y la sintomatología ansiosa y/o depresiva.

5. DISCUSIÓN

Discusión

Como se muestra en el apartado anterior, los resultados hallados en los estudios empíricos avalan, por un lado, la importancia de la regulación emocional junto al afrontamiento a la hora de comprender los trastornos emocionales; y por otro lado, apoyan que los procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento, como son la metacognición y las dificultades de regulación emocional, pueden explicar la relación entre el juego patológico y los trastornos emocionales. Se trata de resultados novedosos, ya que como se mencionaba previamente, la mayor parte de los estudios no han analizado de qué manera se interrelacionan el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional, sino que se han centrado en uno de los dos procesos, o incluso han sido considerados constructos equivalentes (Monteiro et al., 2014). Sin embargo, como se ha mostrado, no son constructos solapados, puesto que las dificultades de regulación emocional podrían explicar en mayor medida que el afrontamiento la presencia de la sintomatología depresiva.

En el caso del juego patológico, la teoría establece que el juego sería una forma de afrontamiento desadaptativa y una forma de escape ante estados internos aversivos (Blaszczynski y Nower, 2002; Jacobs, 1986; Wills y Shiffman, 1985); sin embargo, la mayor parte de los estudios en este sentido se han centrado en las formas de afrontamiento desadaptativas, habiendo escasez de estudios que se centren más específicamente en los procesos de regulación emocional y metacognitivos (Williams, 2012; Williams, Grisham, Erskine, y Cassedy, 2012). A la luz de los resultados hallados, se pone de relieve que las dificultades de regulación emocional juegan un papel importante a la hora de explicar la problemática de juego patológico y la sintomatología comórbida asociada. De acuerdo a los resultados obtenidos en el primer

estudio, podría tratarse de un mecanismo explicativo más sólido que el afrontamiento en el caso de la sintomatología depresiva. Por tanto, sería conveniente realizar futuros estudios en este sentido en la problemática de juego patológico, que comparen el peso específico del afrontamiento y de la regulación emocional, en lugar de utilizarlos como un mismo concepto. Las dificultades de regulación emocional podrían tener una mayor relación con el incremento de la afectividad negativa, la necesidad de evitarla y el empleo del juego patológico como forma de modificar estados emocionales aversivos, e incluso con la dificultad para regular la afectividad positiva resultante de las ganancias, en la línea de lo sugerido por autores como Compas et al. (2014), Jacobs (1986) y Blaszczynski y Nower (2002) mientras que el afrontamiento podría estar más relacionado con precipitantes y consecuencias más concretas del juego patológico, en la línea de la propuesta de Gross (1998). El aumento de la frecuencia de juego originaría un mayor número de problemas en torno a los jugadores, como deudas económicas y conflictos interpersonales, ante lo que surgiría la necesidad de distanciarse y se desencadenarían distintas respuestas de afrontamiento (Wood y Griffiths, 2007). De acuerdo a Farrelly, Ffrench, Ogeil, y Phillips (2007), el uso de estrategias evitativas de afrontamiento en jugadores podría ser indicativa de un intento de distanciarse de situaciones estresantes, como las que generaría el juego, y que podrían estar acrecentadas por las dificultades de regulación emocional. Se ha señalado también que aunque el uso de estrategias evitativas aumentaba a medida que la gravedad del juego patológico se incrementaba, también lo hacía el de estrategias no evitativas (Yi y Kanetkar, 2011). Por ejemplo, los jugadores con más estrategias de resolución de problemas y búsqueda de apoyo social tendrían actitudes más favorables a acudir a tratamiento, lo que podría ser una respuesta de afrontamiento en sí misma (Matheson et al., 2009). Como puede verse, las consecuencias del juego generarían la necesidad de

desarrollar distintas conductas de afrontamiento. Las dificultades para gestionar las emociones, por su parte, podrían estar incidiendo en una experiencia emocional más aversiva, lo que podría favorecer la aparición de conductas evitativas como forma de evitación experiencial (Kashdan, Barrios, Forsyth, y Steger, 2005). Por tanto, el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional constituirían dos factores estrechamente relacionados con el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva, y que podrían estar interaccionando entre sí. La presencia de sintomatología depresiva comórbida al juego, por ejemplo, aumentaría el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento y disminuiría el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Getty, Watson, y Frisch, 2000).

Por otra parte, tanto la metacognición como la regulación emocional han mostrado ser mecanismos mediadores de la relación entre el juego patológico y los trastornos emocionales. Estos resultados avalan la importancia de ambos procesos en la comprensión del juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva comórbida (Estévez et al., 2014; Lindberg et al., 2011; Williams et al., 2012). Tanto las creencias metacognitivas desadaptativas como las dificultades de regulación emocional se relacionarían con experiencias internas consideradas como aversivas, así como con una mayor sintomatología ansiosa y depresiva (Estévez et al., 2015; Gratz y Roemer, 2004; Wells, 2000). Por tanto, ambos mecanismos podrían generar tanto una mayor sintomatología comórbida como una mayor necesidad de evitación que podría satisfacerse mediante el juego (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Mitmansgruber, Beck, Höfer, y Schüßler, 2009; Riley, 2014; Wells, 2000). Estos resultados sugieren que una intervención dirigida a una mayor aceptación de las experiencias internas, tanto a nivel cognitivo como a nivel emocional, podría ser beneficiosa de cara a la intervención en el juego patológico. En este contexto, han surgido modelos transdiagnósticos, que resaltan

que existirían una serie de procesos comunes que subyacerían a múltiples trastornos psicológicos, usualmente comórbidos, con características clínicas solapadas o mecanismos mantenedores comunes, y que podrían actuar como variables predictoras y/o mantenedoras de los mismos (Estévez et al., 2015; McHugh, Murray, y Barlow, 2009; Nolen-Hoeksema y Watkins, 2011). Dentro de estos modelos, se han sugerido distintas variables, como es el caso del afrontamiento, y en relación al mismo, la regulación emocional o la metacognición, que podrían constituir variables transdiagnósticas para explicar los distintos trastornos psicológicos (Compas, Watson, Reising y Dunbar, 2013; Estevez et al., 2015; Kring y Sloan, 2009; Gumley, 2011). La perspectiva transdiagnóstica destaca que los procesos cognitivos y emocionales que subyacen a los trastornos psicológicos serían claves en su aparición y/o mantenimiento, más que el contenido concreto de los mismos (Estévez et al., 2015).

Desde estos modelos, se ha señalado que la aproximación centrada en diagnósticos específicos no tiene en cuenta la alta comorbilidad entre los trastornos psicológicos (Craske, 2012). Por tanto, se ha sugerido que el desarrollo de tratamientos que tengan como objetivo estos procesos comunes, en lugar de variaciones específicas de cada tipo de sintomatología o trastorno, permitiría una aproximación más parsimoniosa a los tratamientos psicológicos, así como plantear un tratamiento unificado en aquellos casos en los que existe sintomatología comórbida, o aplicar un mismo modelo en personas con un amplio rango de diagnósticos (Farchione et al., 2012; Mansell, Harvey, Watkins, y Shafran, 2009). En este sentido, podrían ser útiles las terapias de tercera generación, entre las que se engloban la terapia metacognitiva (Wells, 2013), la terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), la terapia dialéctico-conductual (TDC; Linehan, 1993) o la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT; Segal, Teasdale, y Williams, 2004), y que se

caracterizan por estar orientadas a los mecanismos centrales mantenedores de los trastornos psicológicos en lugar de a contenidos concretos, en la línea de lo sugerido por los modelos transdiagnósticos (Hayes, 2004; Kahl, Winter, y Schweiger, 2012). Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual clásica trabajaría con la forma o frecuencia de cogniciones problemáticas específicas, mientras que en las terapias de tercera generación se trabajaría con las formas de afrontar el pensamiento en el caso de la terapia metacognitiva o con la modificación de la función del pensamiento sin alterar su forma original en el caso de las terapias centradas en mindfulness. En esta línea, abordajes terapéuticos como la ACT (Hayes et al., 1999) o el MBCT (Segal et al., 2004) trabajan sobre la aceptación de experiencias privadas emocionales y cognitivas que resultan aversivas o no deseadas para la persona, y cuya evitación repercute negativamente en el bienestar psicológico de la persona. Además, terapias como la TDC (Linehan, 1993) o la ACT (Hayes et al., 1999) o la MBCT (Segal et al., 2004) incluyen componentes de regulación emocional. La metacognición y la regulación emocional, por ejemplo, son dos elementos clave sobre los que intervendrían las intervenciones basadas en mindfulness, ya que mejorarían la habilidad para monitorizar y autorregular los estados mentales y emocionales (Chambers, Gullone, y Allen, 2009; Chambers, Lo, y Allen, 2008; Wells, 2002).

El hallazgo de que estos mecanismos del afrontamiento son comunes tanto al juego patológico como a la sintomatología ansioso-depresiva podría facilitar, por tanto, el desarrollo de intervenciones con dianas terapéuticas comunes. Como se recoge anteriormente, los mecanismos transdiagnósticos no sólo son compartidos por los trastornos psicológicos, sino que también contribuyen a su aparición, mantenimiento, recurrencia o recuperación (Harvey, Watkins, Mansell, y Shafran, 2004). Blaszczynski y Nower (2002) resaltaron por su parte la necesidad de tratar tanto el juego como las

vulnerabilidades afectivas subyacentes que puedan estar influyendo en el mismo, por lo que la perspectiva transdiagnóstica y las terapias de tercera generación mencionadas previamente podrían ser idóneas en este caso, ya que se dirigen a mecanismos centrales en los trastornos en lugar de a clústers de síntomas y permiten tratar conjuntamente los trastornos comórbidos entre sí (Mansell, Harvey, Watkins, y Shafran, 2008). Se ha sugerido también que la perspectiva transdiagnóstica, por ejemplo, puede facilitar la prevención de recaídas y de problemas emocionales que puedan tener lugar en el caso de los trastornos adictivos (McEvoy, Nathan, y Norton, 2009). Por ejemplo, existen programas específicos de mindfulness dirigidos a evitar las recaídas en conductas adictivas (Bowen, Chawla, y Marlatt, 2011), que combinan elementos de los programas de reducción de estrés basados en mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), la MBCT (Segal et al., 2004) y los programas de prevención de recaídas (Marlatt, 1985). Este abordaje se centra en la aceptación y tolerancia de estados físicos, emocionales y cognitivos disminuyendo la necesidad de aliviarlos o evitarlos recurriendo a la conducta adictiva. Se desarrollaría así el descentramiento y defusión con los pensamientos y emociones, y aumentaría la conciencia, regulación y tolerancia de precipitantes potenciales de las recaídas, interrumpiendo el ciclo previo de conducta adictiva automática (Bowen et al., 2009). En el caso del juego patológico, algunos estudios han encontrado resultados satisfactorios al utilizar técnicas de mindfulness (Toneatto, Pillai, y Courtice, 2014). Además, por otra parte, se han utilizado videojuegos, como por ejemplo Playmancer, para el entrenamiento de regulación emocional en jugadores patológicos con una gravedad del trastorno de moderada a grave, con buenos resultados a nivel no sólo de juego, sino también de la sintomatología psicopatológica (Tárrega et al., 2015), mostrando que este tipo de abordajes serían efectivos para el tratamiento del juego patológico, así como la reducción de sintomatología psicológica asociada. Por tanto, la

investigación de los procesos cognitivos y emocionales del afrontamiento aporta una perspectiva que podría ser útil para la intervención clínica en juego patológico.

6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Limitaciones

Este estudio presenta una serie de limitaciones, que se presentan a continuación.

En primer lugar, se trata de estudios transversales, por lo que no se pueden establecer relaciones causales, especialmente teniendo en cuenta que las relaciones halladas podrían ser bidireccionales.

En segundo lugar, las muestras de población general han sido recogidas mediante un muestreo de conveniencia, a través tanto de Internet como de muestras universitarias, a través de dos métodos distintos (lápiz y papel vs. Internet). No obstante, de acuerdo a Herrero-Fernández (2015) habría equivalencia entre los cuestionarios obtenidos tanto por un método como por el otro.

Por otra parte, la muestra de jugadores patológicos obtenida provenía de un centro de tratamiento. El perfil de jugadores en tratamiento frente a los que no lo están podría ser diferente. Además, estos centros eran asociaciones de autoayuda específicamente destinadas al juego patológico, por lo que también el perfil de jugador que ha participado en este estudio podría ser distinto al de jugadores que acuden a tratamiento a otro tipo de entornos clínicos como hospitales o centros de salud. Unido a esto, las características sociodemográficas han sido diferentes entre las muestras clínicas de juego patológico y las muestras no clínicas.

Finalmente, es importante añadir que el segundo estudio se realizó sólo en hombres y el tercero incluyó un porcentaje muy reducido de mujeres en la muestra clínica, mientras en el primer estudio había un mayor porcentaje de mujeres que de hombres. Sería conveniente la realización de estos estudios con muestras balanceadas en este aspecto, para comprobar si estos resultados estarían o no afectados por el género.

7. CONCLUSIONES Y LÍNEAS FUTURAS

Conclusiones

En este apartado se presentan las conclusiones de este estudio. Dado que previamente se han detallado los principales hallazgos de esta tesis en el apartado 4.4, se muestran aquí las conclusiones principales de manera resumida:

-La estructura factorial del CSI (Tobin et al., 1989) compuesta por ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios ha sido validada en población española.

-Se ha encontrado que el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional predecirían la sintomatología depresiva, pero las dificultades de regulación emocional podrían tener un mayor efecto que el afrontamiento. Por tanto, la depresión estaría relacionada con las dificultades de afrontamiento de la vida cotidiana y, especialmente, con la dificultad para regular las emociones.

-Por otra parte, la existencia de dificultades para regular las emociones y los procesos metacognitivos se asociarían con el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva. Estos resultados avalan la literatura previa, y aportan nuevas claves en el campo del juego patológico.

-Además, las dificultades de regulación emocional y la metacognición mediaron la relación entre ambos tipos de trastorno, sugiriendo que estos procesos del afrontamiento podrían constituir mecanismos explicativos comunes entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva comórbida.

-Estos resultados aportan nueva información sobre los procesos cognitivos y emocionales en el afrontamiento y su relación con el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva. Los hallazgos encontrados podrían ser de utilidad clínica, ya que enfatizan la importancia de los procesos subyacentes al afrontamiento, en

la línea de los planteamientos sugeridos por los modelos transdiagnósticos y las terapias de tercera generación.

Lineas futuras

Entre las posibles líneas futuras de este estudio, se podría incluir la replicación de los estudios 2 y 3 con otros tipos de muestra, como por ejemplo, muestras de mujeres, de adolescentes o muestras de consumidores de sustancias, para comparar el efecto del género, la edad o la universalidad de estas características en otro tipo de adicciones. Además, el estudio de las diferencias en las variables medidas en función de la modalidad de juego (online vs. offline) o del tipo de juego (como apuestas deportivas, máquinas tragaperras o póker) podría aportar nuevos datos de interés científico y clínico.

Asimismo, el estudio de la relación entre la regulación emocional y el afrontamiento a la hora de predecir el juego patológico en la línea planteada por el estudio 1 podría proporcionar nuevas claves en este campo de estudio, así como el estudio de la interrelación entre variables como el afrontamiento, la regulación emocional, la metacognición o la evitación experiencial a la hora de explicar la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva. Futuros estudios podrían tener como objetivo estudiar la interacción entre el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional, y su relación con la evitación experiencial, es decir, el rechazo a estar en contacto con experiencias internas no deseadas (como emociones, pensamientos o sensaciones) y a los intentos consecuentes de alterar su forma y frecuencia, y el contexto que los ocasiona (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, y Strosahl, 1996). Estos factores podrían estar influyendo tanto en la aparición del juego patológico como forma de evitación del malestar emocional, como en el mantenimiento del juego patológico. Como se ha mencionado anteriormente, las dificultades de regulación emocional y el afrontamiento desadaptativo aumentarían la sintomatología ansiosa y depresiva, que constituyen mantenedores y precipitantes de recaídas en las

conductas adictivas (Bradizza, Stasiewicz, y Paas, 2006; Hasin et al., 2002). En los estudios 2 y 3, por ejemplo, se han estudiado la regulación emocional y la metacognición por separado, pero se trata de mecanismos que también podrían estar interrelacionados e influyéndose entre sí (Mazloom, Yaghubi, y Mohammadkhani, 2016), como se muestra en el estudio 1 con el afrontamiento y la regulación emocional. Futuros estudios podrían estudiar los posibles efectos interactivos y el peso específico de cada una de estas variables a la hora de explicar la relación entre el juego patológico y la sintomatología ansioso-depresiva.

Asimismo, una de las principales líneas futuras en relación a esta tesis doctoral consiste en la validación en español del cuestionario “Gambling Motives Questionnaire” (Stewart y Zack, 2008), actualmente en curso. Dicho cuestionario mide tres motivos para jugar: motivos de búsqueda de emociones positivas, motivos sociales, y motivos de afrontamiento. El análisis de la relación de los motivos de juego y la sintomatología ansioso-depresiva en relación a los procesos del afrontamiento aquí medidos podría ayudar a establecer si los resultados hallados son universales entre los jugadores patológicos o, por el contrario, son debidos a la sintomatología ansioso-depresiva, en línea con el pathway model (Blaszczynski y Nower, 2002).

8. REFERENCIAS

Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
- Alonso-Fernández, F. (2003). *Las nuevas adicciones*. Madrid: TEA Ediciones.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Austenfeld, J. L., y Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of Personality, 72*(6), 1335-1364.
- Baker, J. P., y Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion, 21*(1), 95-118.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorder*. Nueva York: International Universities Press.
- Blaszczynski, A., y McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *Substance Use and Misuse, 24*(4), 337-350.
- Blaszczynski, A., y Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction, 97*(5), 487-499.
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Nueva York: Guilford Press.

- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... y Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., y Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 162-178.
- Bradley, S. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. Nueva York: Guilford Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Campbell-Sills, L., y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). Nueva York: Guildford Press.
- Cano, F. J., Rodríguez Franco, L., y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Cano-Vindel, Salguero, M., Mae-Wood, C., Dongil, E., y Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: Prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Chambers, R., Gullone, E., y Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572.

- Chambers, R., Lo, B. C. Y., y Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 303-322.
- Chóliz, M. (2015). The challenge of online gambling: The effect of legalization on the increase in online gambling addiction. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 749-756.
- Clark, D. M. (1988). A cognitive approach to panic attacks. En S. Rachman and J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological Perspectives*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Clarke, D. (2006). Impulsivity as a mediator in the relationship between depression and problem gambling. *Personality and Individual Differences*, 40(1), 5-15.
- Colder, C. R. (2001). Life stress, physiological and subjective indexes of negative emotionality, and coping reasons for drinking: Is there evidence for a self-medication model of alcohol use?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 237-245
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A., y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A., y Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 71-81.

- Compas, B. E., y Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience: Linking contexts and individuals. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescence* (3ª ed., pp. 561–588). Nueva York: Wiley.
- Compas, B. E., Watson, K. H., Reising, M. M., y Dunbar, J. P. (2013). Stress and coping: Transdiagnostic processes in child and adolescent psychopathology. En J. Ehrenrich-May y B. Chu (Eds.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment approaches of youth psychopathology* (pp. 35–58). Nueva York: Guilford.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990–1105.
- Cox, W. M., y Klinger, E. (1990). Incentive motivation, affective change, and alcohol use: A model. En W. M. Cox (Ed.), *Why people drink* (pp. 291–311). Nueva York: Gardner Press.
- Coyne, J. C., y Gottlieb, B. H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64(4), 959-991.
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753.
- DeSteno, D., Gross, J. J., y Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474-486.
- Diamond, L. M., y Aspinwall, L. G. (2003). Integrating diverse developmental perspectives on emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 27(1), 1-6.
- Dragan, M., Dragan, W. Ł., Kononowicz, T., y Wells, A. (2012). On the relationship between temperament, metacognition, and anxiety: Independent and mediated effects. *Anxiety, Stress and Coping*, 25(6), 697-709.

- Echeburua, E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, 37(4), 435-447.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., y Guthrie, I. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. En J. N. Sandier y S. A. Wolchik (Eds.), *Handbook of children's coping with common stressors: Linking theory, research, and intervention* (pp. 41-70). Nueva York: Plenum
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., Maszk, P., Holmgren, R., y Suh, K. (1996). The relations of regulation and emotionality to problem behavior in elementary school children. *Development and Psychopathology*, 8(01), 141-162.
- el-Guebaly, N., Patten, S. B., Currie, S., Williams, J. A., Beck, C. A., Maxwell, C. J., y Jian Li, W. (2006). Epidemiological associations between gambling behavior, substance use and mood and anxiety disorders. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 275-287.
- Estévez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., y Jauregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional entre el juego patológico, uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología disfuncional en jóvenes y adolescentes. *Adicciones*, 26(4), 282-290.
- Estévez, A. (2016). El papel de las emociones en el uso abusivo del juego de azar y de internet. En E. Echeburua (coord.), *Abuso de Internet: ¿antesala para la adicción al juego on-line?*. Madrid: Pirámide.
- Estévez, A., Ramos-Cejudo, J., y Salguero, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnostico de los desórdenes emocionales*. Madrid: Síntesis.

- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ... y Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*(3), 666-678.
- Farrelly, S., Ffrench, C., Ogeil, R. P., y Phillips, J. G. (2007). Coping strategies and problem gambling. *Behaviour Change, 24*(1), 14-24.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (2004). Pathological gambling and personality disorders: An exploratory study with the IPDE. *Journal of Personality Disorders, 18*(5), 500-505.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906-911.
- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774.
- Ford, B. Q., Mauss, I. B., Troy, A. S., Smolen, A., y Hankin, B. (2014). Emotion regulation moderates the risk associated with the 5-HTT gene and stress in children. *Emotion, 14*(5), 930-939.
- García-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., y López, V. (2012). Prevalencia y síntomas del trastorno de ansiedad generalizada recién diagnosticado en los servicios de atención primaria: El estudio GADAP. *Actas Españolas de Psiquiatria, 40*(3), 105-113.
- Getty, H. A., Watson, J., y Frisch, G. (2000). A comparison of depression and styles of coping in male and female GA members and controls. *Journal of Gambling Studies, 16*(4), 377-391.
- Gratz, K. L., y 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.
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191-197.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13(3), 359-365.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- Gross, J. J., y Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401.
- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J. J., y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (2007), *Handkbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York: Guilford Press.

- Gross, J. J., Richards, J. M., y John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. En D. K. Snyder, J. A. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington: APA.
- Gruber, J., Mauss, I. B., y Tamir, M. (2011). A dark side of happiness? How, when, and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6(3), 222-233.
- Gumley, A. (2011). Metacognition, affect regulation and symptom expression: A transdiagnostic perspective. *Psychiatry Research*, 190(1), 72-78.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ..., y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: Resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451
- Harvey, A.G., Watkins, E., Mansell, W., y Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: OUP.
- Hasin, D., Liu, X., Nunes, E., McCloud, S., Samet, S., y Endicott, J. (2002). Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59(4), 375-380.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada, 20*(1), 1-15.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual, 19*(2), 347-372.
- Hjemdal, O., Stiles, T., y Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(2), 59-65.
- Jacobs, D. F. (1986). A general theory of addictions: A new theoretical model. *Journal of Gambling Behavior, 2*(1), 15-31.
- Jauregui, P., Herrero-Fernández, D., y Estévez, A. (2016). Estructura factorial del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) y su relación con la regulación emocional, ansiedad y depresión. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual, 24*(2), 319-340.
- Jauregui, P., Urbiola, I., y Estévez, A. (2016). Metacognition in pathological gambling and its relationship with anxious and depressive symptomatology. *Journal of Gambling Studies, 32*(2), 675-679.
- Jauregui, P., Estevez, A., y Urbiola, I. (2016). Pathological gambling and associated drug and alcohol abuse, emotion regulation, and anxious-depressive symptomatology. *Journal of Behavioral Addictions, 5*(2), 251-260.

- Jazaieri, H. M., Urry, H. L., y Gross, J. J. (2012). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychology*, 4(5), 584-599.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 351-372). Nueva York: Guildford Press.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte.
- Kahl, K. G., Winter, L., y Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective?. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528.
- Kalokerinos, E. K., Greenaway, K. H., Pedder, D. J., y Margetts, E. A. (2014). Don't grin when you win: The social costs of positive emotion expression in performance situations. *Emotion*, 14(1), 180-186.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301-1320.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., y Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(09), 1351-1360.
- 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.

- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4-41.
- Kring, A. M., y Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11(3), 129-141.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.
- Lee, N. K., Pohlman, S., Baker, A., Ferris, J., y Kay-Lambkin, F. (2010). It's the thought that counts: Craving metacognitions and their role in abstinence from methamphetamine use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 245-250.
- Lindberg, A., Fernie, B. A., y Spada, M. M. (2011). Metacognitions in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 27(1), 73-81.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., y Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 181-192.

- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., y Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 6-19.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G. A. Marlatt y J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Mathers, C. D., y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, e442, 3.
- Matheson, K., Wohl, M. A., y Anisman, H. (2009). The interplay of appraisals, specific coping styles, and depressive symptoms among young male and female gamblers. *Social Psychology*, 40(4), 212-221.
- Mazefsky, C. A., Pelphrey, K. A., y Dahl, R. E. (2012). The need for a broader approach to emotion regulation research in autism. *Child Development Perspectives*, 6(1), 92-97.
- Mazloom, M., Yaghubi, H., y Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema, and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 88, 94-98.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., y Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., y Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 946-953.

- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., y Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Millar, G. (2003). *Toward the development and validation of a metacognitive scale for gambling behavior* (Tesis doctoral). Recuperado de la base de datos ProQuest Dissertations and Theses (UMI No. NQ78283).
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., y Schüßler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
- Miu, A. C., Vulturar, R., Chiş, A., Ungureanu, L., y Gross, J. J. (2013). Reappraisal as a mediator in the link between 5-HTTLPR and social anxiety symptoms. *Emotion*, 13(6), 1012-1022.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K., y Oratile, K. N. (2014). Managing stress: The influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 153-173.
- Muñoz-Molina, Y. (2008). Meta-análisis sobre juego patológico 1997-2007. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 150-159.
- Nava-Quiróz, C., Ollua-Méndez, P., Vega-Valero, C. Z., y Soria-Trujano, R. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: Una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213-220.
- Nezlek, J. B., y Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, 76(3), 561-580.

- Nigg, J. T. (2000). On inhibition/disinhibition in developmental psychopathology: Views from cognitive and personality psychology and a working inhibition taxonomy. *Psychological Bulletin*, 126(2), 220.
- Nikčević, A. V., y Spada, M. M. (2008). Metacognitions across the continuum of smoking dependence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(03), 333-339.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814
- Nolen-Hoeksema, S., y Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Nowak, D. E., y Aloe, A. M. (2014). The prevalence of pathological gambling among college students: A meta-analytic synthesis, 2005-2013. *Journal of Gambling Studies*, 30(4), 819-843.
- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., y Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6(160), 1-27.
- Petry, N. M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling?. *Addiction*, 101(s1), 152-160.

- Riley, B. (2014). Experiential avoidance mediates the association between thought suppression and mindfulness with problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 30(1), 163-171.
- Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., y Bolton, J. (2009). Self-medication of anxiety disorders with alcohol and drugs: Results from a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 38-45.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L., y Bringas-Molleda, C. (2014). Adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de Mexico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(3), 415-423.
- Salkovskis, P. (1996). The cognitive approach to anxiety. En P. Salkovskis (Eds.), *The frontiers of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., y Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. En S. C. Hayes, V. M. Follette, y M. M. Linehan (Eds), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 45-65). Nueva York: Guilford Press.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257- 1264
- Sharpe, L., y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 407-412.
- Shead, N., Callan, M. J., y Hodgins, D. C. (2008). Probability discounting among gamblers: Differences across problem gambling severity and affect-regulation

- expectancies. *Personality and Individual Differences*, 45(6), 536-541.
doi:10.1016/j.paid.2008.06.008
- Simons, J. S., Gaher, R. M., Correia, C. J., Hansen, C. I., y Christopher, M. S. (2005). An affective–motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 326–334.
- Skinner, E. A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks: Sage.
- Skinner, E. A., y Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. En D. L. Featherman, R. M. Lerner, y M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (pp.91-133). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269.
- Smith, J. P., y Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: Comorbidity and treatment considerations. *Alcohol Research: Current Reviews*, 34(4), 414.
- Spada, M. M., Caselli, G., Nikčević, A. V., y Wells, A. (2015). Metacognition in addictive behaviors. *Addictive behaviors*, 44, 9-15.
- Spada, M. M., Proctor, D., Caselli, G., y Strodl, E. (2012). Metacognitions in substance misuse. En P. Miller (Ed.), *Encyclopaedia of Addictive Behaviour*. Oxford, UK: Elsevier.
- Spada, M. M., y Wells, A. (2008). Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales. *Addictive Behaviors*, 33(4), 515-527.

- Spada, M. M., y Wells, A. (2009). A metacognitive model of problem drinking. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(5), 383-393.
- Stewart, S. H., y Zack, M. (2008). Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire. *Addiction*, 103(7), 1110-1117.
- Sutton, R. I. (1991). Maintaining norms about expressed emotions: The case of bill collectors. *Administrative Science Quarterly*, 2, 245-268.
- Takamatsu, S. K., Martens, M. P., y Arterberry, B. J. (2015). Depressive symptoms and gambling behavior: Mediating role of coping motivation and gambling refusal self-efficacy. *Journal of Gambling Studies*. Publicación avanzada en línea. doi: 10.1007/s10899-015-9562-x
- Tamir, M. (2009). What do people want to feel and why? Pleasure and utility in emotion regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 101-105.
- Tang, C. S. K., y Wu, A. M. (2010). Direct and indirect influences of fate control belief, gambling expectancy bias, and self-efficacy on problem gambling and negative mood among Chinese college students: A multiple mediation analysis. *Journal of Gambling Studies*, 26(4), 533-543.
- Tárrega, S., Castro-Carreras, L., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Giner-Bartolomé, C., Aymamí, N., ... y Menchón, J. M. (2015). A serious videogame as an additional therapy tool for training emotional regulation and impulsivity control in severe gambling disorder. *Frontiers in Psychology*, 6, 1721.
- Thompson, R. A. (1990). Emotion and self-regulation. En R. A. Thompson (Ed.), *Socioemotional development. Nebraska symposium on motivation* (pp. 367-467). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Thomsen, R. K., Callesen, M. B., Linnet, J., Kringelbach, M. L., y Moller, A. (2009). Severity of gambling is associated with severity of depressive symptoms in pathological gamblers. *Behavioural Pharmacology*, 20(5-6), 527-536.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., y Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it!. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67. doi:10.1037/0022-3514.80.1.53
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361.
- Toneatto, T. (1999). Metacognition and substance use. *Addictive Behaviors*, 24(2), 167-174.
- Toneatto, T., Pillai, S., y Courtice, E. L. (2014). Mindfulness-enhanced cognitive behavior therapy for problem gambling: A controlled pilot study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12(2), 197-205.
- Valiente, C., Prados, J. M., Gómez, D., y Fuentenebro, F. (2012). Metacognitive beliefs and psychological well-being in paranoia and depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17(6), 527-543.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Wells, A. (2002). GAD, Meta-cognition, and Mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 95-100.
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. West Sussex, England: John Wiley and Sons.

- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., y Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. West Sussex, England: John Wiley and Sons.
- Wells, A., y Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A., y Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C. O., y Hoffman, J. H. (2009). The association of form of gambling with problem gambling among American youth. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(1), 105-112.
- Williams, A. D. (2012). Comparison of emotion regulation deficits and impulsivity in pathological gamblers and compulsive buyers. *Gambling Research*, 23(2), 3-16.
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., y Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 223-238.
- Wills, T. A., y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y Wills T.A. (Eds.), *Coping and substance use* (pp.3-24). San Diego: Academic Press.
- Wood, R. A., y Griffiths, M. D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 107-125.

Yi, S., y Kanetkar, V. (2011). Coping with guilt and shame after gambling loss. *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 371-387.

Zimmer-Gembeck. M. J., Dunbar, M. D., Ferguson, S., Rowe, S. L., Webb, H., y Skinner, E. A. (2014). Developmental and clinical approaches to developmental and clinical approaches to coping and emotion regulation. *Australian Journal of Psychology*, 66(2), 65-70.

9. ANEXOS

9.1 Consentimiento ético de la Universidad de Deusto



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE DEUSTO

Ref: ETK-13/14-15

Tras la valoración del proyecto *Estrategias cognitivas y emocionales en el afrontamiento en juego patológico*, que presenta la Dra. Dña. **Ana Estevez Gutiérrez**, el Comité de Ética en la investigación de la Universidad de Deusto, tal y como se hace constar en el acta de la reunión del 6 de octubre de 2014 en la que se tomó el acuerdo, no encuentra objeción alguna, y califica el proyecto de **APTO**, al considerar que el proyecto cumple con los criterios éticos exigidos para el desarrollo de la investigación y, tal y como se propone en la Memoria Técnica del proyecto, conoce y cumplirá la legislación vigente y otras normas reguladoras, pertinentes al proyecto, en materia de ética recogidas en la Carta Europea del Investigador y el Código de Conducta.

El proyecto se centra en la investigación del afrontamiento en el juego patológico, y algunos de los procesos cognitivo-emocionales que podrían intervenir en el mismo. Además, este proyecto incluye la adaptación al español de un cuestionario en castellano. Para validar el instrumento, se tomara una muestra compuesta por 150 personas diagnosticadas de juego patológico mayores de 18 años. Serán seleccionados por un muestreo intencionado, en centros y asociaciones de tratamiento a jugadores patológicos pertenecientes, en los cuales se invitará a participar a personas en tratamiento mediante la cumplimentación del cuestionario traducido.

En el desarrollo del proyecto, se tendrán en cuenta las prácticas éticas reconocidas, los principios éticos fundamentales correspondientes al área de la investigación que propone el proyecto. Los sujetos que participen en este estudio tendrán que firmar un consentimiento informado escrito, facilitándoles previamente una explicación detallada de los objetivos y los aspectos relativos a la investigación y siendo informados de que podían abandonar el estudio en cualquier momento así como la seguridad de cumplimiento la confidencialidad y el anonimato de los datos.

El consentimiento voluntario del participante, dado por escrito (se adjunta en anexo a la memoria del proyecto) gestionado por el equipo de investigación según las normas de confidencialidad aplicables (Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) por lo que la persona no será identificada con su nombre o apellidos. Asimismo, los resultados de la investigación podrán ser difundidos y publicados en revistas o actos científicos pero siempre de manera que se mantenga la confidencialidad e intimidad del participante. Las personas participantes en el proyecto podrán en todo momento revocar el consentimiento otorgado con tan sólo ponerlo en conocimiento del equipo investigador.

El Comité de Ética para la investigación de la Universidad de Deusto velará por que tanto el proceso de investigación como los procedimientos que exige su desarrollo se ajusten y desarrollen de acuerdo a las consideraciones éticas señaladas en el proyecto, que garantizan la idoneidad ética de la metodología propuesta.

Y para que así conste,

Cristina de la Cruz Ayuso



Dra. Cristina de la Cruz Ayuso
Responsable de la Comisión de Ética en la investigación de la UD

En Bilbao a 7 de octubre de 2014

9.2 Cuestionarios empleados en el estudio

1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI; Tobin et al., 1989)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piensa durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para ti en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Responde a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejaste tú esta situación. Lee cada frase y determine el grado en que hiciste lo que cada frase indica en la situación que antes elegiste marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto	1 = Un poco	2 = Bastante	3 = Mucho	4 = Totalmente
------------------------	--------------------	---------------------	------------------	-----------------------

Estate seguro de que respondes a todas las frases y de que marcas sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que hiciste, pensaste o sentiste en ese momento.

1. Luché para resolver el problema	0	1	2	3	4
2. Me culpé a mí mismo/a	0	1	2	3	4
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0	1	2	3	4
4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0	1	2	3	4
5. Encontré a alguien que escuchó mi problema	0	1	2	3	4
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0	1	2	3	4
7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0	1	2	3	4
8. Pasé algún tiempo solo/a	0	1	2	3	4
9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0	1	2	3	4
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0	1	2	3	4
11. Expresé mis emociones, lo que sentía	0	1	2	3	4
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0	1	2	3	4
13. Hablé con una persona de confianza	0	1	2	3	4
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0	1	2	3	4
15. Traté de olvidar por completo el asunto	0	1	2	3	4
16. Evité estar con gente	0	1	2	3	4
17. Hice frente al problema	0	1	2	3	4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0	1	2	3	4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0	1	2	3	4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0	1	2	3	4
21. Dejé que mis amigos/as me echaran una mano	0	1	2	3	4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0	1	2	3	4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0	1	2	3	4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0	1	2	3	4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0	1	2	3	4

0: En absoluto 1: Un poco 2: Bastante 3: Mucho 4: Totalmente
--

26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0	1	2	3	4
27. Dejé desahogar mis emociones	0	1	2	3	4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0	1	2	3	4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos/as	0	1	2	3	4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0	1	2	3	4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0	1	2	3	4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0	1	2	3	4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0	1	2	3	4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0	1	2	3	4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0	1	2	3	4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0	1	2	3	4
37. Pedí consejo a un/una amigo/a o familiar que respeto	0	1	2	3	4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0	1	2	3	4
39. Evité pensar o hacer nada	0	1	2	3	4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0	1	2	3	4
41. Me consideré capaz de afrontar la situación	0	1	2	3	4

2. Escala de Dificultades de Regulación emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004)

Por favor, indica con qué frecuencia se te pueden aplicar las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1	2	3	4	5
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)

1. Percibo con claridad mis sentimientos.	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
6. Estoy atento/a a mis sentimientos.	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.	1	2	3	4	5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.	1	2	3	4	5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3	4	5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3	4	5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3	4	5

18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3	4	5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3	4	5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3	4	5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3	4	5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3	4	5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.	1	2	3	4	5

3. Cuestionario de Metacogniciones (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004)

Este cuestionario hace referencia a las creencias que las personas tienen sobre la forma en que funcionan sus propios pensamientos. Los enunciados que encontrarás a continuación enumeran diferentes creencias expresadas comúnmente por las personas. Por favor, lee los enunciados y señala **en qué medida estás de acuerdo generalmente** con cada uno de ellos.

1 = Nada de acuerdo	2 = Algo de acuerdo	3 = Moderadamente de acuerdo	4 = Muy de acuerdo
---------------------	---------------------	------------------------------	--------------------

1. Estar preocupado me ayuda a evitar problemas en el futuro	1	2	3	4
2. Considero que preocuparme es peligroso para mí	1	2	3	4
3. Pienso mucho acerca de mis pensamientos	1	2	3	4
4. Podría llegar a enfermarse de preocupación	1	2	3	4
5. Me doy cuenta de cómo funciona mi mente mientras estoy pensando en cómo solucionar un problema	1	2	3	4
6. Si yo no controlara un pensamiento preocupante y luego ocurriese, sería por mi culpa	1	2	3	4
7. Necesito preocuparme para seguir organizado	1	2	3	4
8. Tengo poca confianza en mi memoria sobre palabras y nombres	1	2	3	4
9. Mis pensamientos preocupantes persisten, independientemente de cómo intente detenerlos	1	2	3	4
10. Estar preocupado me ayuda a organizar mi mente	1	2	3	4
11. No puedo ignorar los pensamientos que me preocupan	1	2	3	4
12. Observo constantemente mis pensamientos	1	2	3	4
13. Debería controlar mis pensamientos todo el tiempo	1	2	3	4
14. Mi memoria me puede engañar a veces	1	2	3	4
15. Mi preocupación podría volverme loco	1	2	3	4
16. Soy consciente constantemente de lo que pienso	1	2	3	4
17. Tengo mala memoria	1	2	3	4
18. Presto mucha atención a la manera en que funciona mi mente	1	2	3	4
19. Estar preocupado me ayuda a afrontar las cosas	1	2	3	4
20. No poder controlar mis pensamientos es una señal de debilidad	1	2	3	4
21. Cuando empiezo a preocuparme no puedo parar	1	2	3	4

22. Recibiré un castigo por no controlar ciertos pensamientos	1	2	3	4
23. Estar preocupado me ayuda a solucionar los problemas	1	2	3	4
24. Tengo poca confianza en mi memoria sobre lugares	1	2	3	4
25. Es malo tener ciertos pensamientos	1	2	3	4
26. No confío en mi memoria	1	2	3	4
27. Si no pudiera controlar mis pensamientos, yo no podría funcionar	1	2	3	4
28. Necesito preocuparme para funcionar bien	1	2	3	4
29. Tengo poca confianza en mi memoria sobre cómo han ocurrido los hechos	1	2	3	4
30. Examino constantemente mis pensamientos	1	2	3	4

4. *Cuestionarios de Síntomas Psicopatológicos- 45 (SA-45; Davison et al., 1997)*

Lee atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indica cuánto has experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.** Para ello ten en cuenta la siguiente valoración:

0 = Nada	1 = Un poco presente	2 = Moderadamente	3 = Bastante	4 = Mucho o extremadamente
-----------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------------------

1. La idea de que otra persona puede controlar tus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de tus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logras controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de tus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no te comprenden o no te hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que tú no les gustas	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las haces bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas te miran o hablan de ti	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que haces	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque te dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se te quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4

27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente te mira o habla acerca de ti	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son tuyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no te reconozcan adecuadamente tus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ti si los dejaras	0	1	2	3	4
45. La idea de que deberías ser castigado/a por tus pecados	0	1	2	3	4

6. *Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS; Lesieur y Blume, 1987)*

Indica, por favor, cuál de los siguientes juegos has practicado en tu vida. Señala para cada tipo una contestación:

1 = Nunca 2 = Menos de una vez por semana 3 = Una vez por semana o más			
a) Jugar a cartas con dinero de por medio	1	2	3
b) Apostar en las carreras de caballos	1	2	3
c) Apostar en el frontón o en los deportes rurales	1	2	3
d) jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos	1	2	3
e) Jugar en el casino	1	2	3
f) Jugar al bingo	1	2	3
g) Especular en la bolsa de valores	1	2	3
h) Jugar en las máquinas tragaperras	1	2	3
i) Practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta	1	2	3

2. **¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que has gastado en jugar en un solo día?**

Nunca he jugado dinero

Entre 6 y 30 euros

Entre 60 y 300 euros

Menos de 6 euros

Entre 30 y 60 euros

Más de 300 euros

3. Señala quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego.

Mi padre Mi madre Un hermano Un abuelo/a
 Mi cónyuge o pareja Alguno de mis hijos/as Otro familiar
 Un amigo o alguien importante para mí

4. Cuando juegas con dinero, ¿con qué frecuencia vuelves otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

Nunca Algunas veces, pero menos de la mitad
 La mayoría de las veces que pierdo Siempre que pierdo

5. ¿Has afirmado alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad habías perdido?

Nunca Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido
 La mayoría de las veces

6. ¿Crees que tienes o has tenido alguna vez problemas con el juego?

No Ahora no, pero en el pasado sí Ahora sí

7. ¿Has jugado alguna vez más dinero de lo que tenías pensado?	Sí	No
8. ¿Te ha criticado la gente por jugar con dinero o te ha dicho alguien que tenías un problema de juego, a pesar de que crees que no es cierto?	Sí	No
9. ¿Te has sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que te ocurre cuando juegas?	Sí	No
10. ¿Has intentado alguna vez dejar de jugar y no has sido capaz de ello?	Sí	No
11. ¿Has ocultado alguna vez a tu pareja, a tus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?	Sí	No
12. ¿Has discutido alguna vez con las personas con que convives sobre la forma de administrar el dinero?	Sí	No
13. (Si has respondido Sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?	Sí	No
14. ¿Has pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo has devuelto a causa del juego?	Sí	No
15. ¿Has perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?	Sí	No

16. Si has pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo has pedido o de dónde lo has obtenido? (pon una X en las respuestas que sean ciertas en tu caso).

Del dinero de casa De mi pareja A otros familiares
 De bancos y cajas de ahorro De tarjetas de crédito De prestamistas
 De la venta de propiedades personales o familiares
 De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos
 De una cuenta de crédito en el mismo casino

7. *MULTICAGE CAD-4 (Pedrero-Pérez et al., 2007). Subescalas de Alcohol y Drogas.*

Responde sí o no a las siguientes afirmaciones:

1. ¿Has pensado alguna vez que deberías beber menos?	Sí	No
2. ¿Te has sentido molesto/a cuando alguna persona te ha criticado tu manera o forma de beber?	Sí	No
3. ¿Te has sentido culpable alguna vez por tu manera o forma de beber?	Sí	No
4. ¿Alguna vez lo primero que has hecho por la mañana es beber alguna bebida alcohólica para relajarte o para eliminar la resaca?	Sí	No
5. ¿Has pensado alguna vez que deberías consumir menos drogas?	Sí	No
6. ¿Niegas tu consumo de drogas a familiares, amigos o compañeros para evitar que te critiquen?	Sí	No
7. ¿Has tenido problemas psicológicos, económicos, laborales o familiares a causa de tu consumo de drogas?	Sí	No
8. ¿Te sientes a veces impulsado/a a consumir drogas aunque hayas decidido no hacerlo?	Sí	No