



Salud y drogas

ISSN: 1578-5319

jagr@umh.es

Instituto de Investigación de  
Drogodependencias  
España

García García, Victoriana; Luque, Bárbara; Santos Ruiz, Minerva; Tabernero, Carmen  
LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN Y EL DETERIORO  
COGNITIVO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Salud y drogas, vol. 17, núm. 2, 2017, pp. 125-136

Instituto de Investigación de Drogodependencias  
Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83952052012>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# LA AUTORREGULACIÓN EMOCIONAL EN LA DEPRESIÓN Y EL DETERIORO COGNITIVO DE CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

## EMOTIONAL REGULATION ON DEPRESSION AND COGNITIVE DAMAGE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE CONSUMERS

Victoriana García García<sup>1,2</sup>, Bárbara Luque<sup>1,3</sup>, Minerva Santos Ruiz<sup>1</sup> y Carmen Tabernero<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Universidad de Córdoba, España

<sup>2</sup> Unidad de Drogodependencias y Adicciones, UDA, Córdoba, España

<sup>3</sup> Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España

<sup>4</sup> Universidad de Salamanca

### Abstract

**Introduction.** Drug abuse is a broadly studied topic within the psychology field because of the resulting effects at behavioral, emotional and cognitive levels. Given the bidirectionality in these relationships, it seems important to analyze the role of self-regulation of emotions in this cognitive impairment. **Objectives.** It is intended to explore the relationship of some psychological variables of self-regulation with the propensity to suffer depression and cognitive impairment in psychoactive substance users. **Methodology.** An intentional sample of 53 individuals participated in this study with ages ranging from 18 to 58 (84.9% men), recording years of consumption. All participants sought treatment for psychoactive substance use. A battery consisting of six tools that evaluated the level of cognitive impairment, depression, positivity, self-efficacy for emotional regulation, life satisfaction and helplessness as pessimism was administered. **Results.** Participants showed a high level of cognitive impairment. Depression, age of beginning and age of problematic consumption, and the lack of ability to regulate positive emotions explain an important percentage of variance in the development of cognitive impairment. **Conclusions.** Intervention programs were proposed based on generating in self-efficacy to regulate positive and negative emotions in order to rehabilitate cognitive functions as well as interpersonal relationships and life satisfaction.

**Keywords:** cognitive impairment, depression, emotional self-regulation, life satisfaction, substance use.

### Resumen

**Introducción.** El consumo de sustancias psicoactivas provoca efectos dañinos a nivel comportamental, emocional y cognitivo. Atendiendo a la bidireccionalidad en las relaciones, parece importante analizar el papel de la autorregulación de emociones en este deterioro cognitivo. **Objetivos.** Se pretende explorar la relación existente entre algunas variables psicológicas de autorregulación con la propensión a padecer depresión y deterioro cognitivo en consumidores de sustancias psicoactivas. **Metodología.** Se tomó una muestra intencional de 53 participantes con edades entre los 18 y 58 años (84,9% hombres) registrando los años de consumo previo. Todos demandaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. Se les administró una batería constituida por seis herramientas que evaluaban el nivel de deterioro cognitivo, depresión, positividad, autoeficacia para la regulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo. **Resultados.** Los participantes mostraron un nivel de daño cognitivo elevado. La depresión, la edad de inicio y de consumo problemático y la falta de capacidad para regular emociones positivas explican un porcentaje importante de varianza en el desarrollo de déficit cognitivo. **Conclusiones.** Se proponen programas de intervención basados en generar en los individuos autoeficacia para regular emociones positivas y negativas con objeto de rehabilitar tanto funciones cognitivas como relaciones interpersonales y satisfacción vital.

**Palabras clave:** autorregulación emocional, consumo de sustancias, depresión, deterioro cognitivo, satisfacción vital.

El consumo de drogas es un problema social y de salud que afecta a la mayoría de los países desde hace varias décadas (Hall, 2015; Hall et al, 2016). Así, numerosos estudios se encaminan a analizar la morfología y características del problema de cara a intervenir eficazmente tanto con aquellas personas consumidoras de drogas como con aquellos colectivos que puedan iniciarse en el consumo y prevenir el mismo (Tanner-Smith, Wilson y Lipsey, 2013). El Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías muestra que al menos el 21.7% de los europeos han consumido en alguna ocasión cannabis, el 4.2% cocaína y el 3.4% anfetaminas (Informe Europeo sobre Drogas, 2014).

El abuso de drogas conlleva entre otras consecuencias el deterioro cognitivo (Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz, Arrúe-Ruibloda, Coullaut-Valera y Bajo-Bretón, 2011; Curran, Freeman, Mokrysz, Lewis, Morgan y Parsons, 2016), la depresión (Edlund, Forman-Hoffman, Winder, Heller, Kroutil, Lipari, y Colpe, 2015; Torrens y Martínez-Sanvisens, 2009) y un menor nivel de satisfacción vital (Fischer, Najman, Plotnikova y Clavarino, 2015; Masferrer, Font-Mayolas y Gras, 2012).

Aún son pocos los estudios que relacionan el consumo de drogas con otras variables autorreguladoras y motivacionales de la conducta como la positividad y la autoeficacia para la regulación emocional. Entendiendo la positividad como una predisposición a afrontar las situaciones bajo una mirada positiva, recientemente Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) encuentran que la positividad actúa tanto como variable predictora como protectora del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. En este mismo sentido, Grassi et al (2014) encuentran una relación causal entre la positividad y el abandono del consumo de drogas. Estos autores afirman que cuanto mayor es la autoeficacia o capacidad personal para manejar emociones, mayor es la confianza personal para mirar el futuro con optimismo. En este sentido la autoeficacia para manejar las emociones negativas, como el estrés o la irritación, se relaciona con la positividad, la salud mental y la adopción de conductas de riesgo entre adolescentes (Valois y Zullig, 2013) y, consecuentemente, con el consumo de drogas (Zullig, Teoli y Valois, 2014). Si bien positividad, autoeficacia para la regulación de las emociones y satisfacción vital parecen estar relacionadas; el pesimismo también ha mostrado tener un papel predictor ante el consumo de drogas (Wray, Dvorak, Hsia, Arens y Schweinle, 2013). Así, mientras que el optimismo,

la regulación de las emociones y la satisfacción vital tendrían una relación negativa con el consumo de alcohol, la indefensión como pesimismo podría tener una relación positiva con el comportamiento adictivo.

El presente estudio pretende evaluar la relación existente entre el deterioro cognitivo, la depresión y las variables autorreguladoras del comportamiento (positividad, autoeficacia para regular las emociones, satisfacción vital e indefensión como pesimismo), con el objetivo de proponer una alternativa, basada en la intervención según el modelo biopsicosocial -donde se integran variables psicológicas y de contexto- para avanzar en la rehabilitación del daño cognitivo, la mejora del bienestar y las relaciones interpersonales en población consumidora/abusadora de sustancias (Peláez, y Romaní, 2016).

### **Deterioro cognitivo y adicción**

Una de las principales consecuencias que conlleva el consumo de drogas es la aparición de deterioro neuropsicológico. Se ven afectadas funciones como la memoria, el aprendizaje, la atención, la concentración o el razonamiento (Verdejo, López-Torrecillas, Orozco y Pérez, 2002). Es importante conocer qué funciones neuropsicológicas están afectadas para poder intervenir sobre ellas y paliar los efectos que causan las drogas.

En el estudio desarrollado por Rojo-Mota, Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez, Llanero-Luque y Puerta-García (2013), el 70% de la muestra, todos adictos a sustancias, presentan deterioro cognitivo leve. Es difícil encontrar investigaciones en las que se indique qué sustancia causa mayor deterioro cognitivo. No obstante, el cannabis parece ser el que más afecta a la corteza prefrontal, donde se alojan las principales funciones cognitivas (Tziraki, 2012). Si bien, Fernández-Artamendi, Fernández-Hermida, Secades-Villa y García-Portilla (2011) hacen referencia a que consumidores que se han iniciado precozmente mostrarán mayor deterioro cognitivo. Ambas variables, edad de inicio y tipo de sustancia de consumo, podrían estar interrelacionadas. Por ello, teniendo en cuenta los estudios mencionados anteriormente, un primer objetivo de esta investigación es explorar la relación entre el tipo de sustancia de consumo y la edad de inicio en el deterioro cognitivo ocasionado por el abuso de sustancias con el fin de establecer las líneas terapéuticas más adecuadas.

En base a la revisión realizada anteriormente, se plantean las siguientes hipótesis: el tipo de sustancia consumida incidirá sobre el deterioro cognitivo experimentado, aquellas personas consumidoras de cannabis presentarán menor puntuación en MoCA y por tanto mayor deterioro cognitivo (H1a); y aquellas personas que se han iniciado antes en el consumo presentarán menor puntuación en MoCA y por tanto mayor deterioro cognitivo (H2a).

### Depresión y adicción

El consumo de sustancias conlleva en muchas ocasiones a padecer trastornos mentales, es el caso de la depresión. Moral, Sirvent, Blanco, Rivas, Quintana y Campomanes (2011) afirman que la depresión puede ser un efecto colateral del consumo por lo que la mayoría de consumidores pueden presentar episodios depresivos, ya sea a consecuencia de la intoxicación de la sustancia o del síndrome de abstinencia. En este sentido, Chahua (2014) confirma que la prevalencia en depresión para los consumidores de cocaína y heroína es mayor que la de la población general. Igualmente, Tziraki (2012) concluye que el consumo de cannabis predice la aparición de sintomatología depresiva; mientras que Casas y Guardia (2002) indican que el consumo de alcohol cursa con algunos trastornos psiquiátricos, sobre todo con depresión.

En esta investigación se evaluará la presencia de depresión en los participantes a través del inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996). A diferencia de otras investigaciones, se pretenderá conocer qué tipo de sustancia cursa en mayor medida junto a la depresión. Se partirá de la idea de que los consumidores de alcohol presentarán una puntuación más alta en depresión que el resto de la muestra debido a la alta comorbilidad psiquiátrica que se observa (Emmelkamp y Vedel, 2012).

Además, creemos importante comprobar si el inicio precoz en el consumo de drogas se relaciona con la presencia de depresión. Moral et al. (2011) señalan que los años de consumo predicen la presencia de depresión, por tanto consumidores que se han iniciado precozmente, sobretodo en la adolescencia, padecerán más sintomatología depresiva que consumidores de inicio tardío. De esta forma se proponen las siguientes hipótesis: el tipo de sustancia consumida incidirá en la depresión, siendo las personas consumidoras de alcohol

las que presentarán puntuaciones más altas en depresión (H2a); y aquellas personas que se han iniciado antes en el consumo presentarán puntuaciones más altas en depresión (H2b).

### Variables autorreguladoras y adicción

La positividad es un constructo empleado por Caprara y sus colaboradores para explicar la salud psicológica (Caprara et al, 2012; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010) partiendo de los indicadores de autoestima, satisfacción con la vida y optimismo (Caprara y Steca, 2005). La positividad es la forma en la que los individuos valoran e interpretan su vida, sus experiencias y su futuro (Caprara, Alessandri, Trommsdorff, Heikamp, Yamaguchi y Suzuki, 2012). En el estudio de Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013), la positividad u orientación positiva a la vida está relacionada negativamente con el consumo de tabaco y alcohol en una muestra de adolescentes. Estos autores ven la positividad como un factor protector al consumo de sustancias en jóvenes. Más recientemente y en esta misma línea, Grassi et al (2014) encuentran en un estudio longitudinal que la positividad se relaciona con el cese de la adicción al tabaco.

Por otra parte, Lozano, Salinas y Carranza (2004) describen la autorregulación emocional como “el manejo de la emoción a favor de un mejor funcionamiento del individuo en una situación dada”. Cava, Murgui y Musitu (2008) indican que la falta de destreza en regulación emocional en algunos jóvenes, es una actitud desfavorable que propicia el consumo de drogas puesto que afecta a la autoestima, el bienestar, las interacciones sociales con los iguales, el desarrollo de conductas de riesgo o los procesos de tomas de decisiones, entre otros procesos.

Una de las variables más utilizadas para explicar la efectividad de los programas de salud es la satisfacción vital. Diener y Diener (1995) definen la satisfacción con la vida como “la evaluación consciente de toda la vida de una persona en la que los criterios de juicio son la propia persona”. Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012) indican que los no consumidores presentan una puntuación más elevada en satisfacción vital que los consumidores. En contraposición, según Tayfur (2012) “la indefensión aprendida es el estado pasivo o apático de las personas que consideran que nada se puede hacer ante situaciones adversas y no deseadas”. Aplicando este

concepto al terreno de las adicciones, Carbonero, Martín-Antón y Feijó (2010) señalan que la indefensión es una creencia irracional que se observa sobretodo en jóvenes y que lleva al consumo o al abuso de sustancias.

Teniendo presente la revisión teórica realizada anteriormente, en el presente estudio creemos importante conocer la interrelación entre estas cuatro variables autorreguladoras en una muestra de consumidores, así como su interrelación con el deterioro cognitivo y la depresión atendiendo al tipo de sustancia consumida y la edad de inicio en el consumo. De esta forma se propone la siguiente hipótesis: los participantes de la muestra, todos ellos consumidores de sustancias, tendrán puntuaciones bajas en positividad, autorregulación emocional y satisfacción con la vida y puntuaciones altas en indefensión como pesimismo (H3).

### **Deterioro cognitivo, depresión y variables autorreguladoras**

Como se ha reflejado anteriormente algunas de las consecuencias que conlleva el consumo de tóxicos son el deterioro cognitivo, la depresión, así como un desequilibrio global en muchas variables psicológicas. En este sentido, Roca, Monzón, Vives, López-Navarro, García-Campayo y Gili (2015) realizan un análisis de revisiones sistemáticas y meta-análisis donde concluyen que el deterioro cognitivo es una característica central y nuclear del trastorno depresivo. Por tanto, en esta investigación se plantea conocer si la depresión actúa como variable predictora del deterioro cognitivo sin discriminar sobre el consumo de sustancias. A su vez, se pretende analizar el peso que las variables autorreguladoras estudiadas junto a la edad de inicio en el consumo pueden tener en ese modelo predictivo. Se plantea la siguiente hipótesis: aquellas personas consumidoras de sustancias con mejor puntuación en las variables psicológicas tendrán menor puntuación en depresión y, por tanto, mejor rendimiento cognitivo (H4).

Conocer las variables predictoras del deterioro cognitivo en una muestra de consumidores de sustancias adictivas permitirá, desde el punto de vista de la intervención psicoterapéutica, abordar dichas variables con el objeto de conseguir una mejora en el estado de ánimo y la satisfacción vital de cara a mejorar rendimiento cognitivo.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

La muestra estuvo formada por un total de 53 participantes en tratamiento psicológico para abandonar el consumo de sustancias psicoactivas, que acudían a los centros ambulatorios de la red para la atención a las drogodependencias y adicciones de Córdoba. El 84.9% del total de la muestra eran hombres. El rango de edad de la muestra se distribuía desde los 18 a los 58 años ( $M = 39.9$ ,  $DT = 9.2$ ). La media de edad del primer consumo fue a los 17.25 años ( $DT = 5.06$ ; rango de 10 a 36 años), el 70.6% de la muestra se inició en el consumo antes de los 17 años. La media de edad del consumo problemático (cuando demandaron tratamiento en la Unidad) fue a los 22.39 años ( $DT = 7.84$ ; rango de 12 a 54 años), antes de los 24 años un 68.6% de la muestra refiere tener problemas de abuso de sustancias. Se clasificó a los participantes en función de la sustancia principal consumida, heroína (30.2%), alcohol (26.2%), cocaína (20.8%) y cannabis (18.9%); benzodiacepina (3.8%); siendo el 50.9% de la muestra policonsumidora. Para los análisis de las puntuaciones en depresión y en las variables psicológicas no existen datos de tres participantes, por lo que la muestra para esas variables será de 48 participantes.

### **Instrumentos**

*Edad de inicio en el consumo de sustancias y edad en la que el consumo comenzó a ser problemático.* Se recogen ambas medidas como variables continuas dentro del protocolo de recogida de datos socio-demográficos de cada centro de salud.

*Deterioro Cognitivo* evaluado a través de la escala *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA* (Nasreddine, Phillips, Bedirian, Charbonneau, Whitehead, Collin et al., 2005). La escala ha sido validada en una muestra española con pacientes con y sin deterioro cognitivo y con demencia (Lozano, Hernández, Turró, Pericot, López-Pousa y Vilalta, 2009). Es una prueba de cribado de deterioro cognitivo leve o demencia temprana. Contiene ocho apartados (viso-espacial/ejecutiva, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación) que evalúan los siguientes dominios cognitivos: memoria, capacidad viso-espacial, función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y orientación. Su puntuación oscila de 0 a 30. El

punto de corte se establece en la puntuación 26. Se considera que puntuaciones iguales o superiores a 26 indican un rendimiento cognitivo normal, mientras que puntuaciones inferiores a 26 indicarían un deterioro cognitivo leve o demencia temprana. Se añadirá un punto extra para participantes con menos de 12 años de escolarización. La duración de su aplicación es de unos 10-12 minutos.

*Depresión* ha sido evaluada a través del *Inventario de depresión de Beck, BDI-II* (Beck, Steer y Brown, 1996). Es un autoinforme que se utiliza para evaluar la presencia y la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes con más de 13 años. Está compuesto por 21 ítems, que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo y que se describen en el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, *American Psychiatric Association*, 2013). En cada uno de los ítems se tiene que elegir una de las cuatro opciones existentes que identifiquen el estado de ánimo de la persona en los últimos siete días. La puntuación total determinará el nivel de depresión. Puntuaciones de 0 a 9 indicarán ausencia de depresión; de 10 a 19 depresión leve; de 20 a 29 depresión moderada y puntuaciones superiores a 30 indicarán depresión grave.

*Positividad* evaluada a través de la escala desarrollada por *Caprara et al* (2010). La escala se compone de ocho ítems que proceden teóricamente de los constructos autoestima, optimismo y satisfacción vital. Cada uno de los participantes debían indicar en una escala de 1 a 7 el grado en el que se identificaba con cada uno de los ítems. La escala mostró un coeficiente de fiabilidad adecuado ( $\alpha = .83$ ). Un ejemplo de ítem en esta escala sería "Miro al futuro con esperanza y entusiasmo", éste es el ítem que más fiabilidad aporta a la escala.

*Autoeficacia para la regulación de las emociones* fue evaluada a través de la escala desarrollada por *Caprara y Gerbino en 2001* (*Regulatory Emotional Self-Efficacy scale, RESE*). La escala se compone de 10 ítems, los cuales fueron reducidos a dos dimensiones mediante la realización de un análisis factorial exploratorio con rotación Varimax. Aplicando el criterio de Nunnally según el cual se considera que un ítem corresponde a un factor cuando su carga es superior a 0.40, se encontró una estructura factorial en dos factores. Los ítems 1, 2, 3 y 4 cargaban en el factor 1 y su coeficiente de fiabilidad fue adecuado ( $\alpha = .87$ ), dicho factor corresponde

teóricamente a la autoeficacia para regular las emociones positivas; un ejemplo de ítem sería "me siento capaz de expresar satisfacción cuando consigo los objetivos que me he propuesto". El factor 2, autoeficacia para regular las emociones negativas, se configuró con los seis ítems restantes; un ejemplo de ítem sería "me siento capaz de superar la frustración de que los demás no me valoren", el coeficiente de fiabilidad de este factor resultó ser adecuado ( $\alpha = .76$ ).

*Satisfacción con la vida* (*Satisfaction With Life scale, SWLS*) evaluada con la escala desarrollada por *Diener, Emmons, Larsen y Griffin* (1985) que se configura con un total de cinco ítems. Los participantes mostraron sus respuestas utilizando una escala Likert de siete puntos, siendo 1 "completamente de acuerdo" y 7 "completamente desacuerdo". Puntuaciones por debajo de 14 indicaban que la persona se sentía insatisfecha, puntuaciones de 20 a 24 indicaban una puntuación media, y puntuaciones por encima de 25 indicaban satisfacción. El coeficiente de fiabilidad obtenido fue adecuado ( $\alpha = .72$ ). Un ejemplo de ítem de esta escala sería "Hasta ahora he obtenido las cosas importantes que quiero en la vida".

*Indefensión como pesimismo*, evaluada con la escala desarrollada por *Díaz-Aguado, Martínez, Martín, Alvarez-Monteserín, Rincón y Sardinero* (2004). La escala estaba formada por seis ítems que puntuaban de 1 "completamente de acuerdo" a 7 "completamente desacuerdo". El estudio de su fiabilidad mostró un ajuste adecuado ( $\alpha = .76$ ). Un ejemplo de ítem sería "Continuamente pienso que todo me sale mal", es el ítem que más fiabilidad aportaba a la escala.

## Procedimiento

Previamente a la recogida de datos, se envió un informe al comité ético del Servicio Andaluz de Salud atendiendo a la privacidad de la información de los pacientes. Se seleccionaron a los participantes por accesibilidad a tres de los centros de salud de Córdoba donde hay asistencia psicológica para las personas con consumo problemático de sustancias adictivas, por tanto el muestreo fue de forma incidental. Los participantes se encontraban en abstinencia desde las primeras semanas posteriores a la demanda de tratamiento. Los participantes leyeron y firmaron un consentimiento informado sobre la investigación que se iba a llevar a cabo y, de forma voluntaria, decidieron participar.



La recogida de datos se llevó a cabo en una consulta del centro de salud por dos psicólogas. El procedimiento consistía en administrar a los pacientes de forma individual una batería formada por tres instrumentos. El tiempo de duración era de unos 25 o 30 minutos. Las baterías se pasaron de junio a septiembre de 2015, en función de cuándo acudían los pacientes a sesión de tratamiento con la psicóloga de la Unidad de drogas y conductas adictivas.

### Diseño

La metodología de investigación llevada a cabo según Montero y León (2002) fue un diseño ex post facto prospectivo.

### Análisis de datos

En primer lugar se propone un análisis de correlación con el objetivo de explorar la relación existente entre las variables evaluadas. Así, se incorporan al análisis las puntuaciones obtenidas en MoCA, en depresión, en las cuatro variables autorreguladoras y la edad de inicio del consumo. A continuación se pretende realizar un análisis de pruebas no paramétricas (Kruskal Wallis) para poner a prueba las hipótesis H1a, y un análisis chi-cuadrado para probar la hipótesis H1b, con ambos análisis se realiza una comparación de medias de los grupos en función del tipo de sustancias que consumieran los participantes. Para explicar las hipótesis H2a y H2b, y ver el papel de una edad de inicio precoz se lleva a cabo un análisis ANOVA.

Por último, se realiza un análisis de regresión múltiple para poder explicar la variable dependiente "deterioro cognitivo" a través de las variables explicativas, depresión y variables psicológicas junto a la edad de inicio. De esta forma se pretende comprobar la hipótesis H3. Primero se introduce la "depresión" como única variable explicativa y a continuación se van sumando las cuatro variables autorreguladoras y la edad de inicio en el consumo, junto a la edad en la que el consumo comenzó a ser problemático para analizar su influencia sobre el deterioro cognitivo.

## RESULTADOS

### Relación entre las variables analizadas

A través de un análisis de correlaciones exploramos las relaciones entre las puntuaciones en deterioro cognitivo, en depresión, en las variables autorreguladoras y en la edad de inicio del consumo. En la tabla 1 se pueden comprobar los resultados de dichas correlaciones. Así, se observa que la puntuación obtenida en MoCA se relaciona positiva y significativamente con la positividad, la autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y la satisfacción vital. Y se relaciona negativa y significativamente con la puntuación en depresión, y en indefensión como pesimismo. En este sentido, los resultados muestran cómo a menor deterioro cognitivo (mayor puntuación en MoCA), mayor positividad. Cabría esperar una relación negativa y significativa con la variable edad de inicio; a menor edad de inicio en el consumo mayor deterioro cognitivo, pero no se obtiene una relación significativa aunque el sentido de dicha relación vaya en el sentido esperado. La puntuación en depresión se relaciona positiva y significativamente con la puntuación en indefensión como pesimismo. Y negativa y significativamente con deterioro cognitivo, positividad, autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y satisfacción vital.

En este sentido, se entiende, por ejemplo, que cuánto más deprimida esté la persona mayor indefensión sentirá. La puntuación en positividad se relaciona positiva y significativamente con autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas y con la satisfacción vital. Mientras que, por el contrario y como era de esperar, la positividad se asocia negativa y significativamente con indefensión como pesimismo.

La autoeficacia para regular las emociones positivas y negativas se relacionan positiva y significativamente entre sí, además de con la positividad. Y negativa y significativamente con indefensión como pesimismo. La edad de inicio de consumo se relaciona negativa y significativamente con la puntuación en depresión. Este dato parece indicar que cuánto antes se inicie una persona en el consumo, mayor probabilidad tendrá de padecer depresión.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y correlaciones entre las variables estudiadas

	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Puntuación MoCA	1							
2.Puntuación BDI	-.44**	1						
3.Positividad	.42**	-.75**	1					
4.Autorregulación emociones +	.37**	-.58**	.61**	1				
5.Autorregulación emociones -	.28*	-.37**	.41**	.29*	1			
6.Satisfacción vital	.34*	-.52**	.62**	.27	.13	1		
7.Indefensión	-.43**	.70**	-.70**	-.53**	-.44**	-.53**	1	
8.Edad inicio	.06	-.29*	.26	.17	-.06	.31*	-.31*	1
Media	22.58	20.94	3.90	5.78	2.82	1.56	4.10	17.25
Desviación típica	4.02	14.05	1.80	1.82	1.60	1.54	1.80	5.10

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$

### Relación entre deterioro cognitivo y adicción

Atendiendo a que una puntuación en el MoCA inferior a 26 indica deterioro cognitivo, nuestros datos muestran deterioro cognitivo en el conjunto de la muestra de consumidores ( $M = 22.73$ ;  $DT = 4.03$ ) siendo progresivamente mayor el deterioro para los consumidores de cannabis ( $M = 21.20$ ;  $DT = 5.93$ ), que de cocaína ( $M = 22.55$ ;  $DT = 4.18$ ), de alcohol ( $M = 23.07$ ;  $DT = 5.93$ ) y de heroína ( $M = 23.50$ ;  $DT = 2.76$ ). Tras realizar un análisis de comparación entre grupos no paramétricos (Kruskal-Wallis) entre la sustancia de consumo y el deterioro cognitivo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ( $\chi^2 (gl = 3) = 0.77$ ; n.s.).

En relación a la hipótesis H2a, se realizó un análisis ANOVA que mostró que no existían diferencias significativas entre el deterioro cognitivo y la edad de inicio ( $F(1,49) = 0.46$ ; n.s.;  $M_{\text{con deterioro}} = 16.97$ ,  $DT = 4.8$ ;  $M_{\text{sin deterioro}} = 18.08$ ,  $DT = 5.87$ ). No obstante, las puntuaciones medias indican que la edad de inicio en el consumo para las personas con deterioro es anterior que para las personas sin deterioro.

### Relación entre depresión y adicción

Los resultados muestran que, tras responder al BDI-II, un 23.5% no padece depresión, un 27.5% muestra depresión leve, un 15.7% muestra depresión moderada y un 27.5% muestra depresión grave. Para responder a la hipótesis H1b relativa a que se espera que los consumidores de alcohol sean quienes puntúen más alto en depresión que

el resto de la muestra se realizó un análisis chi-cuadrado entre la sustancia de consumo y la puntuación en depresión. Los resultados mostraron diferencias significativas entre grupos según la sustancia de consumo ( $\chi^2 (gl = 9) = 16.90$ ;  $p < .05$ ), encontrando las siguientes puntuaciones medias: en heroína 21.36 ( $DT = 9.72$ ), en alcohol 22.64 ( $DT = 17.43$ ), en cocaína 18.45 ( $DT = 14.86$ ) y en cannabis 18.22 ( $DT = 15.03$ ).

En cuanto a la hipótesis H2b, que indica que un consumo precoz de sustancias conlleva una mayor puntuación en depresión, se realizó un análisis ANOVA que mostró que no existían diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, aquellos que no tenían depresión o ésta era leve se iniciaron en el consumo después que los que padecían depresión grave ( $F(3,44) = 1.09$ ; n.s.;  $M_{\text{con depresión grave}} = 15.64$ ,  $DT = 3.73$ ;  $M_{\text{depresión moderada}} = 16.63$ ,  $DT = 2.61$ ;  $M_{\text{depresión leve}} = 18.93$ ,  $DT = 6.50$ ;  $M_{\text{sin depresión}} = 18.17$ ,  $DT = 5.98$ ).

### Relación entre variables autorreguladoras y adicción

En la Tabla 1 se han mostrado las puntuaciones medias de todas las variables estudiadas. Según la hipótesis H3, se espera que los participantes de este estudio, consumidores de sustancias, presenten puntuaciones bajas en positividad, autorregulación emocional y satisfacción vital y puntuaciones altas en indefensión como pesimismo. Como se observa en la Tabla 1, positividad, autorregulación para las emociones negativas y satisfacción con la vida, tienen una



puntuación baja, inferior a la puntuación media de la escala de respuesta; mientras que en las escalas de autorregulación para las emociones positivas e

indefensión como pesimismo los participantes presentan puntuaciones por encima de la media.

Tabla 2. Modelo de regresión por pasos para explicar las variables predictivas del deterioro cognitivo en una muestra de consumidores

Variables predictoras			
deterioro cognitivo	$R^2$ ajustada = .18	$R^2$ ajustada = .21	$R^2$ ajustada = .26
Puntuación depresión	$B = -.44^{**}$	$B = -.48^{**}$	$B = -.33^{**}$
Edad de inicio		$B = -.29^*$	$B = -.34^*$
Edad de consumo problemático		$B = .34^{**}$	$B = .40^*$
Autorregulación emocional positiva			$B = .29^*$
	$F(1,48) = 11.73$ $p < .001$	$F(3,44) = 5.07$ $p < .001$	$F(4,42) = 4.97$ $p < .001$

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

### Relación entre deterioro cognitivo, depresión y variables psicológicas

Para dar respuesta a la hipótesis H4 se realizó un análisis de regresión múltiple en el que se fueron incorporando progresivamente la depresión, la edad de inicio en el consumo, la edad en la que el consumo comenzó a ser problemático y las variables autorreguladoras como variables explicativas de la variable dependiente "deterioro cognitivo". En un primer paso incorporamos como variable independiente la depresión, encontrando que ésta mostraba un 18% de la varianza explicada ( $R^2$  ajustado = .18;  $F(1,48) = 11.73$ ;  $p < .001$ ). En un segundo paso se incorporaron como variables explicativas la edad de inicio del consumo y la edad a la que el consumo resultó ser problemático, ambas conseguían explicar un 21% de la varianza, mostrando un incremento en el  $R^2$  significativo ( $R^2$  ajustado = .21;  $F(3,44) = 5.07$ ;  $p < .001$ ). Por último, incorporamos al modelo explicativo las cuatro variables autorreguladoras estudiadas. El modelo mostró que la autorregulación de emociones positivas explicaba hasta el 26% de la varianza ( $R^2$  ajustado = .26;  $F(4,42) = 4.97$ ;  $p < .001$ ); nuevamente el incremento en el  $R^2$  resultó significativo al incorporar el papel de la autoeficacia para la autorregulación de las emociones negativas para explicar el nivel de deterioro cognitivo experimentado por los participantes del estudio. En la Tabla 2 se observan los pasos seguidos en el análisis de regresión al ir incorporando variables explicativas del deterioro

cognitivo y el peso de cada una de las variables en dicho modelo.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el estudio llevado a cabo se han comparado una serie de variables autorreguladoras y de salud psicológica que podrían verse afectadas en los consumidores de sustancias, con el objetivo de comprobar su influencia sobre el daño cognitivo y la depresión experimentada. En la primera hipótesis, siguiendo los resultados encontrados por Tziraki (2012), se propuso que los consumidores de cannabis tendrían un mayor deterioro cognitivo que el resto de la muestra, consumidores de alcohol, cocaína o heroína. Si bien, aquellas personas que consumían cannabis puntuaron más bajo en MoCA y, por tanto, presentaban un mayor deterioro cognitivo; las diferencias entre los grupos no resultaron significativas. En la línea del daño cognitivo y el consumo, la revisión recientemente publicada por Curran et al (2016) expone que el consumo de cannabis en la adolescencia tiene un efecto directo sobre el coeficiente de inteligencia y los resultados académicos logrados.

En cuanto a la hipótesis relativa a que la diferencia en el nivel de deterioro cognitivo observado según la edad de inició sería significativa, los resultados no mostraron tal efecto, no obstante las puntuaciones

apuntan en la línea de la investigación realizada por Fernández-Artemendi et al. (2011). La edad en la que iniciaron el consumo las personas con mayor deterioro cognitivo es inferior a la edad en la que iniciaron el consumo las personas que muestran un rendimiento cognitivo normal, 16.97 años frente a 18.08 años. Tal y como se presagiaba en la hipótesis y como indicaban los autores citados anteriormente, cuánto más precoz sea el inicio en el consumo de tóxicos, más deterioro cognitivo se sufrirá. A pesar de que la diferencia de edad no es muy grande es interesante corroborar cómo las funciones cognitivas en la adolescencia sufren más daño cognitivo que los cerebros adultos. En la revisión realizada por Tziraki (2012) se expone que el consumo prolongado de cannabis puede llevar incluso a una disminución del tamaño del cerebro afectando al hipocampo y la amígdala.

En relación a las puntuaciones en depresión de la muestra de consumidores, se observó que tan sólo el 23.5% de la muestra no tenía depresión según el inventario de depresión de Beck. Este dato confirma los resultados indicados por Moral et al. (2011), los cuales afirman que la salud mental de los consumidores es de mala calidad. Por otra parte, siguiendo la guía clínica basada en la evidencia propuesta por Emmelkamp y Vedel (2012) en la que se muestra que los consumidores de alcohol presentan más depresión que los consumidores de otras sustancias, nuestros resultados parecen dar apoyo a esta evidencia. El grupo (según la sustancia consumida) que seguía con mayor puntuación en depresión al de los consumidores de alcohol era el de los consumidores de heroína, quizás porque ambas sustancias funcionan como depresoras del sistema nervioso central.

Teniendo presentes el nivel de depresión percibido y la edad de inicio en el consumo, tal y como indicaban Moral et al. (2011), las personas con depresión grave comenzaron a consumir con una edad media de 15.64 años, mientras que las personas que no tienen depresión lo hicieron casi tres años después. Atendiendo al diseño de investigación y la recogida de datos cros-seccional, no podemos establecer causación en la relación encontrada: podríamos pensar que las personas deprimidas se inician en el consumo debido a su bajo estado de ánimo, o tal vez el consumo precoz y problemático de sustancias lleva a un nivel mayor de depresión. Por tanto, para avanzar en esta hipótesis sería necesario plantear un estudio de

corte longitudinal en el que se analizara el nivel de depresión desde edades muy tempranas, previas a la edad de inicio en el consumo. No obstante, los resultados del estudio longitudinal desarrollados por Edlund et al (2015) parecen indicar que el nivel de depresión en la adolescencia puede actuar como factor de riesgo para caer en el consumo de drogas. Algo semejante ocurre con los niveles de satisfacción vital en la adolescencia, algunos estudios longitudinales (Fischer, et al. 2015) también sugieren que la falta de satisfacción vital puede llevar al consumo de drogas entre adolescentes. Estos datos pueden resultar muy relevantes para revisar la urgencia en las intervenciones de los servicios de atención primaria en salud mental.

En cuanto a la siguiente hipótesis (H3), si bien se esperaba una baja puntuación en positividad, las puntuaciones obtenidas se sitúan en la media de la escala de respuesta. Este resultado se aleja del que Lara, Bermúdez y Pérez-García (2013) muestran en su investigación; quizá pueda deberse al origen de la muestra de estudio; estos autores estudiaron la positividad en una muestra de adolescentes. En relación a la regulación emocional, también se esperaba que la población consumidora de sustancias obtuviera una baja puntuación. Sin embargo, en los resultados se aprecia cómo la media de la muestra en la capacidad de regular emociones positivas es 5.77 y para las emociones negativas 2.82, lo que quiere decir que sí son capaces de regular las emociones cuando de algo positivo se trata, pero son incapaces de regular las emociones cuando ocurre algo negativo. Según Cava, Murgui y Musitu (2008) los jóvenes consumidores tienen dificultades a la hora de regular sus emociones en general, los resultados que aparecen en esta investigación diferencian la capacidad para regular emociones según sean positivas o negativas. Quizás los resultados se alejen de lo propuesto por estos autores porque de nuevo trabajan con una muestra adolescente.

La puntuación media en satisfacción vital de la muestra fue muy baja, tal y como indicaban Masferrer, Font-Mayolas y Gras (2012), los consumidores de sustancias puntúan muy bajo en esta variable, por tanto se confirma lo que se proponía en la hipótesis. En cuanto a la variable indefensión como pesimismo, ocurre lo mismo que con la positividad, la media se sitúa en el punto central de la escala de respuesta lo que supone que la población consumidora no se encuentra indefensa

ante determinadas situaciones. Carbonero, Martín-Antón y Feijó (2010) indicaban que la indefensión es una característica de los consumidores, pero de nuevo el estudio de estos autores toma como referencia una muestra de personas jóvenes y sus resultados se alejan a los que aparecen en esta investigación.

El objetivo final de este estudio es comprobar que el desequilibrio en las variables psicológicas de autorregulación conlleva a la depresión y ésta al deterioro cognitivo en una muestra de consumidores. El análisis de regresión confirmó que la depresión explica un porcentaje importante de la varianza del deterioro cognitivo (18%). Por otra parte, la edad de inicio y la edad problemática del consumo junto con la autorregulación de emociones positivas consiguieron explicar un 26% de la varianza. Estos datos sugieren que una persona con buena capacidad para regular sus emociones, tendrá menos posibilidades de padecer depresión y por tanto un mejor rendimiento cognitivo. Siguiendo a del Castillo (2015) este tipo de variables, que interviene en la construcción de la vulnerabilidad psicosocial, podrían convertirse en factores de protección para poder diseñar programas preventivos en el abordaje de las conductas adictivas. Además, como apuntan Grassi et al (2014) cuánta más autoeficacia adquieren las personas para regular sus emociones, mayor beneficio obtiene de las relaciones interpersonales que son capaces de establecer. Es probable que esta mayor confianza en sí mismos les posibilite establecer una mirada más positiva hacia el futuro y, en consonancia, mejorar sus hábitos de vida para hacerlos más saludables. Es por ello que en esta investigación se incide en la importancia de establecer programas de intervención basados en generar juicios de autoeficacia para la autorregulación de emociones. Los programas para generar autoeficacia se nutren de las cuatro fuentes descritas por Caprara y Steca (2005): la propia experiencia, la comparación social, la persuasión y los estados fisiológicos.

En cuanto a las *limitaciones* del estudio, el no haber encontrado diferencias significativas entre los grupos, tal vez podría deberse al tamaño muestral, pues ninguno de los grupos estaba formado por más de 20 pacientes. Sería interesante ampliar la muestra y realizar los análisis estadísticos con una población mayor. Otra de las limitaciones es la cantidad de variables extrañas incapaces de controlar de los participantes. Otra de las limitaciones ha sido la escasez de trabajos previos acerca

del papel de las variables psicológicas de autorregulación analizadas en relación con el consumo de sustancias, la documentación encontrada ha sido escasa y en población adolescente.

Es por ello que desde esta investigación exploratoria se propone realizar el estudio de las variables psicológicas propuestas en población drogodependiente tanto en edad adulta como en el inicio del consumo con una perspectiva longitudinal. Por otra parte, indicar que se han encontrado numerosos estudios de trastornos mentales en personas con problemas de consumo en una sustancia, pero existen pocas investigaciones que diferencien cómo predetermina una sustancia de consumo a un trastorno mental concreto (depresión, deterioro cognitivo, ansiedad, psicosis...), por lo que sería otro campo de investigación interesante.

Con este estudio se pretendía demostrar cómo el mal funcionamiento de las variables psicológicas puede ocasionar de forma indirecta un importante deterioro a nivel cognitivo. Se planteaba reducir los costes que supone la rehabilitación del deterioro cognitivo en la población drogodependiente a partir de la recuperación del funcionamiento de variables como positividad, autorregulación emocional, satisfacción vital e indefensión como pesimismo, que afectan al desarrollo de la depresión y ésta a su vez a la aparición de deterioro cognitivo. Sin embargo, los resultados que proporcionaba el análisis de regresión indicaba que aparte de la depresión, la variable autorregulación de las emociones positivas era la que podría trabajarse con el fin de evitar la depresión y por tanto el deterioro cognitivo.

Para concluir subrayar que casi dos tercios de los consumidores de sustancias presentan como consecuencia del consumo alteraciones a nivel cognitivo y en el estado de ánimo. La depresión conlleva en el consumidor un déficit cognitivo reversible cuando remite dicha depresión. A su vez, la depresión depende de variables como la autorregulación de las emociones. Por lo que si en la terapia psicológica se trata la remisión de la depresión o la capacidad para regular las emociones, el paciente puede que no desarrolle deterioro en sus funciones cognitivas. Se plantea pues una línea de intervención donde el psicólogo tendría las herramientas (menos costosas que técnicas neurológicas específicas) para prevenir cuadros de demencia precoz y/o deterioro cognitivo.

## REFERENCIAS

- Alarcon, R., Nalpas, B., Pelletier, S. y Perney, P. (2015). MoCA as a screening tool of neuropsychological deficits in alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 39(6), 1042-1048.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed.). Boston: Harcourt Brace.
- Casas, M. y Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14 (1), 195-219.
- Caprara, G.V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S. y Suzuki, F. (2012). Positive Orientation across Three Cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43, 77-83.
- Caprara, G.V. y Gerbino, M. (2001). Affective perceived self-efficacy: The capacity to regulate negative affect and to express positive affect. En G. V. Caprara (Ed.), *Self-efficacy assessment* (pp. 35-50). Trento, Italy. Edizioni Erickson.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., ... y Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological Assessment*, 24(3), 701.
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J.R. y McWhinnie, C.M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 19 (01), 63-71.
- Carbonero, M.A., Martín-Antón, L.J. y Feijó, M. (2010). Las creencias irracionales en relación con ciertas conductas de consumo en adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 287-298.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema* 20 (3), 389-395.
- Chahua, M. (2014). *Salud mental en jóvenes consumidores de cocaína y heroína: factores relacionados, diferencias de género e impacto sobre la calidad de vida*. Universidad Complutense de Madrid.
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Díaz, I., Arrúe-Ruibold, R., Coullaut-Valera J. y Bajo-Bretón, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas españolas de psiquiatría*, 39 (3), 168-173.
- Curran, H.V., Freeman, T. P., Mokrysz, C., Lewis, D.A., Morgan, C.J. y Parsons, L.H. (2016). Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 17(5), 293-306.
- del Castillo Rodríguez, J. A. G. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 15(1), 5-14.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., Martín, G., Alvarez-Monteserín, M.A., Rincón, C. y Sardinero, F. (2004). Indefensión Aprendida, escasa calidad de vida y dificultades en la educación familiar. *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia*, 3 (7), 123-162.
- Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (4), 653-663.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R.J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Edlund, M.J., Forman-Hoffman, V.L., Winder, C.R., Heller, D. C., Kroutil, L.A., Lipari, R.N. y Colpe, L.J. (2015). Opioid abuse and depression in adolescents: results from the National Survey on Drug Use and Health. *Drug and Alcohol Dependence*, 152, 131-138
- Emmelkamp, P. M., & Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatments for Alcohol and Drug Abuse: A Practitioner's Guide to Theory, Methods, and Practice*. Routledge.
- Fernández-Artamendi, S., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R. y García-Portilla, P. (2011). Cannabis y salud mental. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39 (3), 180-190.
- Fischer, J.A., Najman, J.M., Plotnikova, M. y Clavarino, A.M. (2015). Quality of life, age of onset of alcohol use and alcohol use disorders in adolescence and young adulthood: Findings from an Australian birth cohort. *Drug and Alcohol Review*, 34(4), 388-396.
- Grassi, M.C., Alessandri, G., Pasquariello, S., Milioni, M., Enea, D., Ceccanti, M., Nencini, P. y Caprara, G.V. (2014). Association between positivity and smoking cessation. *BioMed Research International*, 2014, 1-9.
- Emmelkamp, P. M., & Vedel, E. (2012). *Evidence-Based Treatments for Alcohol and Drug Abuse: A Practitioner's Guide to Theory, Methods, and Practice*. Routledge.
- Hall, W. (2015). What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addiction*, 110(1), 19-35.
- Hall, W.D., Patton, G., Stockings, E., Weier, M., Lynskey, M., Morley, K.I. y Degenhardt, L. (2016). Why young people's substance use matters for global health. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 265-279.
- Informe Europeo sobre Drogas (2014). Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.
- Lara, M.D., Bermúdez, J. y Pérez-García, A.M. (2013). Positividad, estilo de afrontamiento y consumo de tabaco y alcohol en la adolescencia. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11 (2), 345-366.
- Lozano, E.A., Salinas, C. y Carranza, J.A. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *Anales de Psicología*, 20 (1), 69-79.
- Lozano, M., Hernández, M., Turró, O., Pericot, I., López-Pousa, S. y Vilalta, J. (2009). Validación del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Datos preliminares. *Alzheimer*, 43, 4-11.

- Masferrer, L., Font-Mayolas, S. y Gras, M.A. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 102, 47-53.
- Moral, M.V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana L. y Campomanes, G. (2011). Depresión y adicción. *Revista de Psiquiatría*, 15, 27.
- Montero, I. y León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503-508.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Pedrero-Pérez, E., Roja-Mota, G., Ruiz-Sánchez, J.M., Llanero-Luque, M., y Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52 (3), 163-172.
- Peláez, I. A., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 16(2), 115-126.
- Roca, M., Monzón, S., Vives, M., López-Navarro, E., Garcia-Toro, M., Vicens, C., ... & Gili, M. (2015). Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: a 6 month follow-up study. *Journal of affective disorders*, 171, 85-92.
- Rojo-Mota, G., Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz-Sánchez, J.M., Llanero-Luque, M. y Puerta-García C. (2013). Cribado neurocognitivo en adictos a sustancias. La evaluación cognitiva de Montreal. *Revista de neurología*, 56 (3), 129-136.
- Tanner-Smith, E.E., Wilson, S.J. y Lipsey, M.W. (2013). The comparative effectiveness of outpatient treatment for adolescent substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(2), 145-158.
- Tayfur, O. (2012). The Antecedents and Consequences of Learned Helplessness in Work Life. *Information Management and Business Review*, 4 (7), 417-427.
- Torrens, M. y Martínez-Sanvisens, D. (2009). *Patología dual: Protocolos de intervención. Depresión*. Barcelona, España: Edikamed.
- Tziraki, S. (2012). Trastornos mentales y afectación neuropsicológica relacionados con el uso crónico de cannabis. *Revista de neurología*, 54 (12), 750-760.
- Valois, R.F. y Zullig, K.J. (2013). Psychometrics of a brief measure of emotional self-efficacy among adolescents from the United States. *Journal of School Health*, 83(10), 704-711.
- Verdejo, A., López, F., Orozco, C. y Pérez, G.M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Adicciones*, 14 (3), 1-26.
- Wray, T.B., Dvorak, R.D., Hsia, J.F., Arens, A.M. y Schweinle, W.E. (2013). Optimism and pessimism as predictors of alcohol use trajectories in adolescence. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(1), 58-68.
- Zullig, K.J., Teoli, D.A. y Valois, R.F. (2014). Emotional self-efficacy and alcohol and tobacco use in adolescents. *Journal of Drug Education*, 44(1-2), 51-66.