



Eventos vitales estresantes, malestar emocional y
comportamientos adictivos: relaciones con la
conciencia interoceptiva y la regulación emocional

Autora: Laura Macau Ruiz de Conejo

Tutor: José Manuel Caperos

Máster en Psicología General Sanitaria
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Madrid

Junio de 2025

Resumen

Este estudio explora la relación entre los eventos vitales estresantes, interocepción, regulación emocional y comportamientos adictivos desde un enfoque biopsicosocial y neurofuncional. Se destaca el papel clave de la interocepción en la regulación emocional y su impacto en la aparición de estrategias de afrontamiento desadaptativas como las adicciones comportamentales. La muestra estuvo compuesta por 228 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años, quienes completaron un formulario online que recogía datos sociodemográficos y escalas validadas para la medición de las variables de interés: LEC-5 (Lista de Verificación de Eventos Vitales), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), BAQ (Body Awareness Questionnaire), ERC (Escala de Respuesta Corporal), CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation), y una versión adaptada del CAD-4 (Cuestionario de Adicciones Comportamentales). Se realizaron análisis correlacionales con el objetivo de explorar los factores que explican el malestar psicológico y su relación con desajustes en los procesos interoceptivos y emocionales. Los resultados permiten avanzar en la comprensión del papel mediador de la interocepción y la regulación emocional en la aparición de comportamientos adictivos y en la vivencia del estrés.

Palabras clave: Eventos vitales estresantes, trauma, interocepción, regulación emocional, comportamientos adictivos

Abstract

This study explores the relationship between stressful life events, interoception, emotion regulation, and addictive behaviors from a biopsychosocial and neurofunctional perspective. It highlights the key role of interoception in emotional regulation and its impact on the emergence of maladaptive coping strategies, such as behavioral addictions. The sample consisted of 228 participants, aged between 18 and 80 years, who completed an online questionnaire that collected sociodemographic data and included validated scales to measure the variables of interest: LEC-5 (Life Events Checklist), DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale), BAQ (Body Awareness Questionnaire), ERC (Body Responsiveness Connection Scale), CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation), and an adapted version of the CAD-4 (Behavioral Addiction Questionnaire). Correlational analyses were conducted to explore the factors that explain psychological distress and its relationship with dysregulation in interoceptive and emotional processes. The findings contribute to a deeper understanding of the mediating role of interoception and emotional regulation in the development of addictive behaviors and in the experience of stress.

Key words: Stressful life events, trauma, interoception, emotion regulation, addictive behaviors

Índice

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MÉTODO.....	7
2.1. Diseño.....	7
2.2. Participantes.....	8
2.3. Variables y medidas.....	10
2.4. Procedimiento de recogida de datos.....	12
2.5. Análisis de datos.....	13
3. RESULTADOS.....	13
3.1. Descripción de la muestra.....	13
4. DISCUSIÓN.....	20
5. REFERENCIAS.....	23

1. INTRODUCCIÓN

Los acontecimientos vitales estresantes (AVEs) se definen como sucesos inesperados y disruptivos que pueden amenazar el estatus social o económico de una persona, su bienestar físico o psicológico, su identidad o su autoestima (Cohen et al., 2019). Su impacto puede variar desde efectos moderados hasta consecuencias severas, dependiendo de la naturaleza y del contexto en el que ocurren. Diversos estudios han señalado que estos eventos influyen significativamente en la aparición y mantenimiento de trastornos físicos y mentales (Salaberria et al., 2025), a través de su efecto sobre la emoción, el comportamiento y la fisiología (Cohen et al., 2019). En muchas ocasiones, cuando el individuo no dispone de recursos suficientes para procesar cognitivamente o manejar emocionalmente estos eventos, pueden desencadenar consecuencias traumáticas (Robles et al., 2009), afectando profundamente la percepción del yo, de los demás y del entorno (López-Soler, 2008). Desde una perspectiva dimensional, el estrés y el trauma no se entienden como categorías separadas, sino como puntos dentro de un mismo continuo, donde el trauma representa una forma extrema de estrés (Kira, 2001).

El grado de afectación que estos eventos pueden producir depende de múltiples variables: su intensidad, frecuencia, duración, el momento vital en que ocurren, su carácter predecible o no, y su origen, ya sea humano (violencia interpersonal, abuso, negligencia, etc.) o natural (desastres naturales, accidentes, enfermedades) (López-Soler, 2008). La literatura reciente ha resaltado los efectos acumulativos que tiene la exposición prolongada a este tipo de estresores, especialmente cuando se combinan con experiencias de trauma temprano o situaciones de vulnerabilidad estructural (Kira, 2022). Este impacto acumulado afecta al funcionamiento físico, psicológico y cognitivo del individuo, alcanzando distintas dimensiones de la experiencia personal, como la percepción corporal, la memoria autobiográfica, la regulación afectiva, la atención, las relaciones interpersonales o la construcción de sentido (López-Soler, 2008; Monroe, 2008; Nieto y López, 2016;) a través de los sistemas nervioso, endocrino e inmune (Moscoso, 2009). Además, se ha observado que estos eventos pueden producir cambios neurofisiológicos significativos, especialmente cuando ocurren durante el neurodesarrollo, afectando el funcionamiento de sistemas implicados en la regulación del estrés, la emoción y la integración cuerpo-mente (Kira, 2001; López-Soler, 2008). En este sentido, se ha propuesto que una activación excesiva o prolongada de estos circuitos, por ejemplo, ante estrés agudo, crónico o eventos vitales adversos, puede provocar disfunciones en el

procesamiento interoceptivo, favoreciendo la aparición de síntomas físicos inespecíficos y alteraciones psicofisiológicas propias de diversos trastornos relacionados con el estrés (Schulz y Vögele, 2015).

En este contexto, la conciencia interoceptiva ha emergido como un proceso clave en la comprensión del impacto del estrés y el trauma sobre la salud mental (Kim y Kim, 2023). La interocepción hace referencia a la capacidad para percibir, interpretar y responder adecuadamente a las señales internas del cuerpo, incluyendo sensaciones relacionadas con el ritmo cardíaco, la respiración, el hambre o el dolor, entre otras (Adolfi et al., 2017; Critchley y Garfinkel, 2017). Este constructo se descompone en distintas dimensiones, entre las que destacan la precisión interoceptiva (capacidad objetiva para identificar señales internas) y la sensibilidad interoceptiva (percepción subjetiva de dichas señales), siendo su congruencia un indicador importante de un procesamiento interoceptivo saludable denominada como conciencia interoceptiva (Garfinkel y Critchley, 2013; Zamariola et al., 2018). La interocepción cumple un rol fundamental en procesos automáticos y conscientes vinculados al equilibrio fisiológico (homeostasis), a la toma de decisiones y a la experiencia emocional (Khalsa et al., 2018). De hecho, investigaciones recientes sugieren que ciertos cambios corporales, como las variaciones del ritmo cardíaco, pueden influir directamente en estados afectivos específicos como el miedo (Critchley y Garfinkel, 2017; Fuentes-Sánchez et al., 2017). Un funcionamiento adecuado de este sistema permite al individuo anticipar necesidades internas y adaptar su comportamiento de forma flexible; por el contrario, alteraciones en la conciencia interoceptiva pueden obstaculizar la autorregulación emocional, dificultando la gestión adaptativa del estrés (Khalsa et al., 2018; Nicholson et al., 2019).

La regulación emocional, se define como la capacidad de modular la intensidad, duración y expresión de sus emociones (Gross, 1999), es un factor crucial tanto para el desarrollo emocional saludable como para la prevención de psicopatología (Antuña, et al., 2023; Estévez, et al., 2014). Dificultades en este ámbito se asocian con múltiples condiciones clínicas, como la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria y las adicciones (Fuentes-Sánchez et al., 2017; Latorre, 2024). En este sentido, diversos estudios han puesto en evidencia una estrecha relación entre la interocepción y la regulación emocional: una percepción precisa de las señales corporales favorece el reconocimiento, la comprensión y la modulación de los estados emocionales (Harsaw, 2014). Asimismo, investigaciones en neurociencia han demostrado que ambos

procesos comparten sustratos cerebrales, tales como la ínsula y la corteza cingulada anterior, implicados en la integración de señales somáticas, la valoración emocional y la toma de decisiones sociales (Adolfi et al., 2017; Khalsa et al., 2018). Esto refuerza la idea de que el cuerpo no solo es un receptor pasivo del malestar psicológico, sino un agente activo en su detección y procesamiento (Pizarro y Ceric, 2023).

Cuando estos sistemas (interoceptivo y emocional) se ven comprometidos, pueden surgir estrategias de afrontamiento desadaptativas. Una de ellas es el uso de comportamientos adictivos como mecanismos compensatorios para aliviar o modular el malestar interno (Hernández-Pacheco, 2020). Desde esta perspectiva, las adicciones no solo se entienden como trastornos del control de impulsos, sino también como intentos fallidos de autorregulación emocional, que buscan restaurar un equilibrio afectivo perturbado (Mora, 2009; Villarreal-Mata et al., 2020). Esta función de las adicciones como reguladores emocionales externos ha sido ampliamente respaldada por la literatura, tanto en el ámbito de las adicciones con sustancias como en las comportamentales (Bobes-Bascarán, 2015; Compas et al., 2017; Sancho et al., 2018; Latorre, 2024). Aunque aún es un área emergente, algunos estudios han comenzado a explorar el papel de la interocepción en la vulnerabilidad a las adicciones, sugiriendo que una pobre percepción de los estados internos puede interferir en la capacidad de detectar señales de saciedad, estrés o malestar, aumentando la probabilidad de recurrir a comportamientos compulsivos como forma de alivio (Verdejo-García et al., 2012).

Este estudio tiene como objetivo principal analizar el papel mediador de la interocepción y la regulación emocional en la relación entre la vivencia de AVEs y el desarrollo de adicciones comportamentales. Se busca explorar cómo el impacto de estos eventos sobre el funcionamiento emocional y corporal pueden contribuir al malestar psicológico y, en última instancia, a la adopción de estrategias desadaptativas de afrontamiento tales como los comportamientos adictivos. Además, se pretende examinar si existen diferencias significativas en estas variables según el sexo.

2. MÉTODO

2.1. Diseño

Se realizó un *ex post facto* retrospectivo que permitió explorar relaciones entre variables psicológicas y conductuales sin manipulación directa de los factores implicados. La recolección de datos se llevó a cabo en un único momento temporal, utilizando un

muestreo no probabilístico por el método de bola de nieve. Para ello, se difundió un formulario online a través de redes sociales como WhatsApp e Instagram, facilitando la participación voluntaria y ampliando el alcance de la muestra.

El cuestionario incluyó variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y socioeconómico), así como indicadores relacionados con la percepción del impacto de eventos vitales estresantes, la interocepción (incluyendo conciencia corporal y desconexión corporal), la regulación emocional, la presencia de comportamientos adictivos y la vivencia de experiencias traumáticas. Todos los datos se recogieron de forma completamente anónima y se garantizó la confidencialidad de las respuestas, de modo que ningún integrante del equipo investigador pudo acceder a información identificadora de los participantes.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad. Previo a su participación, los individuos fueron informados sobre los objetivos del estudio y dieron su consentimiento informado de manera explícita a través del propio formulario digital.

2.2. Participantes

La muestra total utilizada en el presente trabajo estuvo compuesta por 228 participantes, con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años ($M = 39.4$; $SD = 13.6$). Del total, 133 eran mujeres (58.3%), 92 hombres (40.4%) y 3 personas se identificaron con el género no binario (1.3%). La población diana del presente estudio estuvo constituida por personas mayores de edad, siendo este rango etario uno de los criterios de inclusión, junto con la condición de residir en España. Estos criterios se establecieron con el objetivo de facilitar la homogeneidad cultural y contextual de los datos, lo que permite controlar posibles variables extrañas que pudieran influir en los resultados. Por otro lado, se excluyó a las personas que se identificaron con el género no binario, debido al escaso número de casos registrados, lo que imposibilitaba realizar análisis por separado para este grupo poblacional.

En cuanto al nivel de estudios finalizado, la mayoría contaba con estudios universitarios de grado (49,33%, $n = 111$), seguidos por quienes tenían estudios de Máster (29,78%, $n = 67$). En menor proporción, un 8,44% contaba con Formación Profesional ($n = 19$), un 6,22% con Bachillerato ($n = 14$), un 4,44% con estudios de doctorado ($n = 10$), un 1,33% con educación secundaria obligatoria ($n = 3$) y un 0,44% con estudios primarios ($n = 1$) (Tabla 1).

En relación con la situación laboral, el grupo más numeroso estaba constituido por personas con empleo a jornada completa (50,43%, n = 115). Además, el 10,52% eran autónomos (n = 24), el 9,21% trabajaba a jornada parcial (n = 21), y otro 9,21% se encontraba desempleado (n = 21). Un 10,09% (n = 23) eran jubilados, el 1,31% (n = 3) se identificaron como amas de casa y el 18,86% (n = 43) eran estudiantes (Tabla 1).

Respecto al estado civil, el 45,78% (n = 103) eran solteros, el 23,56% (n = 53) estaban casados, y el 22,22% (n = 50) tenían pareja. Un 6,67% (n = 15) se encontraba divorciado y un 1,78% (n = 4) era viudo (Tabla 1).

En cuanto al nivel socioeconómico percibido, el 4% (n = 9) se situaba muy por encima de la media, el 36,44% (n = 82) se consideraba por encima de la media, el 48,89% (n = 110) en la media, el 9,33% (n = 21) por debajo de la media, y el 1,33% (n = 3) muy por debajo (Tabla 1).

Por último, de las 133 personas que manifestaron haber sentido o pensado en la necesidad de reducir o controlar alguna conducta debido al malestar generado, 46 indicaron consumir alcohol habitualmente, y 11 de ellas señalaron haber intentado moderar su consumo. En relación con el uso habitual de drogas o medicamentos, 22 personas lo reconocieron, de las cuales 14 intentaron reducir su uso sin éxito. En cuanto al juego, ya sea online o presencial, 11 personas reportaron practicarlo habitualmente, y 2 de ellas indicaron haber tenido problemas asociados para controlar dicho comportamiento. Respecto al uso del teléfono móvil, 125 personas señalaron un uso habitual, y 71 de ellas reconocieron no poder controlar el impulso de utilizarlo. En el caso de los videojuegos, 24 personas reportaron jugar con frecuencia, y 9 intentaron moderar su uso sin lograrlo. En cuanto a las compras, 48 personas indicaron realizarlas de forma habitual, y 15 afirmaron haber intentado reducir la frecuencia sin éxito. Finalmente, 88 personas señalaron mantener relaciones sexuales habitualmente, de las cuales 15 habían intentado moderarlas.

Tabla 1*Características sociodemográficas de la muestra*

Estudios	Frecuencia	% del total
Ed. primaria	1	0.44
Ed. secundaria	3	1.33
Bachillerato	14	6.22
F.P.	19	8.44
Universidad	111	49.33
Postgrado	67	29.78
Doctorado	10	4.44
Empleo		
a tiempo completo	115	50.43
a tiempo parcial	21	9.21
autónomo	24	10.53
jubilación	23	10.09
desempleo	21	9.21
ama de casa	3	1.32
estudiante	43	18.86
Estado civil		
soltera	103	45.78
casada	53	23.56
en pareja	50	22.22
separada / divorciada	15	6.67
viuda	4	1.78
Estado socioeconómico		
Muy por debajo de la media	3	1.33
Por debajo de la media	21	9.33
En la media	110	48.89
Por encima de la media	82	36.44
Muy por encima de la media	9	4.00

2.3. Variables y medidas

En primer lugar, se recogieron variables sociodemográficas, en concreto: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y nivel socioeconómico, sin incidir en ningún dato identificativo.

En segundo lugar, se aplicó el Checklist de Eventos Vitales Estresantes LEC-5 traducido (Weathers et al., 2018), con el propósito de evaluar la exposición a acontecimientos vitales estresantes (AVEs), tanto de carácter traumático agudo como prolongado tales como: accidentes graves, agresiones físicas o sexuales, enfermedades

que amenazan la vida, catástrofes naturales y muertes repentinas de seres queridos. Este instrumento constó de 17 ítems, cuyas opciones de respuesta fueron: (a) me ocurrió personalmente, (b) fui testigo de que le ocurrió a otra persona, (c) me enteré de que le ocurrió a un familiar o amigo cercano, (d) estuve expuesto/a a ello como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar u otro personal de primera respuesta), (e) no estoy seguro/a si encaja, o (f) no aplica a mi caso. La lista mostró propiedades psicométricas sólidas, incluyendo alta fiabilidad interna (α entre 0.61 y 0.94), así como adecuada validez convergente y divergente. En el presente estudio, la fiabilidad obtenida para la muestra analizada fue $\alpha = 0.65$. Su estructura factorial replicó constructos clave del diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2013), tales como intrusión, evitación, hiperactivación y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Además, demostró ser útil en diferentes contextos culturales, mostrando alta bondad de ajuste y consistencia interna ($\alpha = 0.94$) (Quezada-Berumen y González-Ramírez, 2020; Pérez Lezama et al., 2024).

Para la recogida de datos sobre conciencia interoceptiva, se empleó el *Cuestionario de Conciencia Corporal (BAQ)* (Shields et al., 1989), compuesto por 18 ítems autoinformados que evaluaron la atención a procesos corporales normales no emocionales. Este instrumento utilizó una escala tipo Likert de siete puntos, donde 1 significaba "no es cierto" y 7 "muy cierto". Las propiedades psicométricas ofrecieron evidencia preliminar de validez convergente y discriminante, demostrando ser una herramienta válida. En este estudio, la fiabilidad obtenida fue $\alpha = 0.86$.

La *Escala de Respuesta Corporal o ERC* (Daubenmier, 2005) validada al español (Alba Maldonado et al., 2021) se ha utilizado para valorar el grado de conexión corporal y responsividad corporal, definida por la autora de la escala como la tendencia que tiene una persona de integrar las sensaciones corporales, sin suprimirlas ni reaccionar impulsivamente a ellas, en una percepción consciente que guíe su toma de decisiones y su conducta. Esta escala se compone de dos subescalas (la consciencia interoceptiva y la desconexión corporal percibida) con 7 ítems tipo Likert de siete puntos (donde 0 es "no es cierto" y 7 es "muy cierto"). Se evidenciaron buenas propiedades psicométricas (Alba Maldonado et al., 2021).

Para evaluar la regulación emocional, se aplicó la adaptación al castellano de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)* (Hervás y Jódar, 2008). Este instrumento constó de 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos,

que indicaba la frecuencia de cada comportamiento. Estuvo estructurado en cinco factores: descontrol emocional, rechazo emocional, interferencia cotidiana, desatención y confusión emocional. En su versión original, el instrumento mostró excelentes propiedades psicométricas, con coeficientes de consistencia interna elevados: descontrol emocional ($\alpha = 0.91$), rechazo emocional ($\alpha = 0.93$), interferencia cotidiana ($\alpha = 0.91$), desatención emocional ($\alpha = 0.86$) y confusión emocional ($\alpha = 0.81$). En nuestra muestra, los niveles de consistencia interna también fueron adecuados: descontrol emocional ($\alpha = 0.88$), rechazo emocional ($\alpha = 0.91$), interferencia cotidiana ($\alpha = 0.88$), desatención emocional ($\alpha = 0.85$) y confusión emocional ($\alpha = 0.81$).

Para identificar patrones de comportamientos adictivos, se realizó una *adaptación ad hoc del Cuestionario MULTICAGE CAD-4* (Pedrero et al., 2007). El instrumento original estuvo diseñado para la detección de trastornos del control de impulsos y comportamientos adictivos. Constó de 32 ítems organizados en ocho escalas: consumo de alcohol, consumo de drogas, juego patológico, uso problemático de Internet, videojuegos, gasto compulsivo, trastornos alimentarios y trastornos sexuales. Mostró alta fiabilidad, con consistencia interna ($\alpha \geq 0.70$) y estabilidad temporal ($r = 0.89$). Tanto la validez de constructo como la de criterio, se presentaron como robustas.

Por último, se utilizó la *versión breve CORE-10* para evaluar el malestar psicológico general. Este cuestionario, compuesto por 10 ítems, empleó una escala tipo Likert de cinco puntos para medir la frecuencia de síntomas emocionales y conductuales en la última semana. Presentó buenas propiedades psicométricas y, en esta muestra, mostró una fiabilidad interna adecuada ($\alpha = 0.82$).

2.4. Procedimiento de recogida de datos

La encuesta estuvo disponible a través de un enlace y un código QR, facilitando el acceso desde distintos dispositivos. Se estimó un tiempo de respuesta de entre 10 y 15 minutos. El formulario incluía una breve introducción con los objetivos del estudio y una vía de contacto (correo electrónico) con el investigador principal para resolver posibles dudas. La participación no conllevó ningún tipo de compensación por su colaboración en el estudio.

2.5 Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para caracterizar la muestra y las variables principales del estudio. Para explorar las relaciones entre las variables centrales, se emplearon correlaciones de Pearson, especialmente en el caso de variables continuas como la conciencia interoceptiva, los síntomas emocionales y la intensidad de las conductas problemáticas.

Para evaluar la relación entre el número de AVEs experimentados y el riesgo de desarrollar adicciones comportamentales se utilizaron distintos modelos de regresión en función del tipo de variable dependiente:

- Regresión logística binaria para analizar la presencia o ausencia de conductas adictivas como variable dicotómica.
- Regresión de Poisson en el caso del número de comportamientos adictivos reportadas, dado que se trata de una variable de recuento.
- Regresión lineal para examinar variables continuas como el grado de descontrol percibido sobre los comportamientos adictivos y los síntomas emocionales (CORE).

Todos los análisis se realizaron utilizando el programa Jamovi (The jamovi Project, 2024). Se trabajó con un nivel de confianza del 95%.

3. RESULTADOS

3.1. Descripción de la muestra

En relación con los comportamientos adictivos, el 42% de los participantes ($n = 95$) reportó presentar alguna conducta con características adictivas. Entre quienes reportaron comportamientos adictivos, el número promedio de comportamientos identificados fue $M = 2.73$; $DE = 1.11$. Además, el 58% de este subgrupo afirmó haber intentado en algún momento reducir o controlar dichas conductas, como el uso excesivo del teléfono móvil, el consumo de sustancias u otras prácticas de carácter compulsivo. Los comportamientos adictivos más prevalentes fueron el consumo de alcohol, reportado por el 20,17 % de los participantes, y el uso habitual del teléfono móvil, referido por el 54,82 %.

En cuanto a la vivencia de acontecimientos vitales estresantes, el 69% de la muestra ($n = 157$) refirió haber experimentado alguna vez situaciones con alto impacto emocional, tales como accidentes, agresiones, pérdidas significativas o exposición al sufrimiento

humano. Respecto al nivel general de malestar psicológico, medido a través del cuestionario CORE, se obtuvo $M = 2.27$; $DE = 0.64$.

Relación entre el sexo y la vivencia de eventos vitales estresantes sobre el comportamiento adictivo

Las personas que han experimentado eventos vitales estresantes presentan conductas problemáticas con mayor frecuencia que quienes no lo han hecho. Haber vivido eventos vitales estresantes duplica el riesgo de presentar conductas problemáticas, $OR = 2.1$; $Z = 2.16$; $p = .031$. En concreto, el 53.1% de quienes han sufrido eventos vitales estresantes reportan estas conductas. No se hallaron diferencias en función del sexo, $Z = 1.41$; $p = .159$, ni se identificó una interacción significativa entre eventos vitales estresantes y sexo en la ocurrencia de estas conductas, $Z = -0.73$; $p = .462$, lo que sugiere que el efecto de eventos vitales estresantes en la presencia de conductas problemáticas es independiente del sexo (Tabla 2).

Tabla 2

Regresión logística del efecto de sexo y AVEs sobre el comportamiento adictivo.

	<i>Estimate</i>	<i>SE</i>	<i>OR</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Intersección	-0.18	0.25	0.83	-0.74	.46
Sexo	0.53	0.37	1.69	1.41	.16
AVEs	0.77	0.36	2.15	2.16	.03
Sexo * AVEs	-0.42	0.56	0.66	-0.74	.46

Nota. AVEs = eventos vitales estresantes

La vivencia de AVEs también mostró un efecto significativo sobre el número de comportamientos adictivos, $Z = 2.33$; $p = .02$, lo que implica que las personas que han experimentado eventos vitales estresantes reportan una mayor cantidad de comportamientos adictivos en comparación con aquellas que no han reconocido atravesar estos eventos. Con respecto a la variable sexo se observa un efecto positivo y significativo sobre el número de conductas adictiva, $Z = 2.80$; $p < .001$, indicando que los hombres ($M = 1.9$; $DT = 0.14$) tienden a reportar más conductas de este tipo que las mujeres ($M = 1.35$; $DT = 0.10$). Por último, la interacción entre sexo y AVEs no fue significativa, $Z = -0.90$; $p = .37$, lo que indica que el efecto de los eventos vitales estresantes sobre la cantidad de conductas problemáticas se mantiene independientemente del sexo (Tabla 3).

Tabla 3*Regresión de Poisson del efecto de sexo y AVEs sobre el comportamiento adictivo*

	<i>Estimate</i>	<i>SE</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
(Intercept)	0.13	0.11	1.11	.27
Sexo	0.43	0.15	2.80	< .001
AVEs	0.35	0.15	2.33	.02
Sexo * AVEs	-0.19	0.21	-0.90	.37

Nota. AVEs = eventos vitales estresantes

El análisis de regresión lineal muestra que las personas que afirman haber vivido experiencias vitales estresantes presentan puntuaciones del grado de descontrol percibido ($M = 0.10$; $SD = 0.11$) significativamente más altas ($M = 0.11$), en comparación con quienes no los han experimentado $M = 0.08$; $t = 2.04$; $p = .04$. En este caso, las mujeres muestran un mayor grado de descontrol percibido ($M = 0.12$) que los hombres ($M = 0.08$; $t = 2.73$; $p = .007$). No se hallaron interacciones significativas entre AVEs y sexo ($t = -0.69$; $p = .49$), lo que sugiere que el efecto de los AVEs sobre el descontrol percibido se mantiene independiente del sexo (Tabla 4).

Tabla 4*Modelo de regresión lineal: efectos de eventos vitales estresantes, el sexo y su interacción sobre el descontrol percibido de los comportamientos adictivos*

	<i>Unstandardized</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
(Intercept)	0.06	0.01	4.47	< .001
Sexo	0.05	0.02	2.73	.01
AVEs	0.04	0.02	2.04	.04
Sexo * AVEs	-0.02	0.03	-0.69	.49

Nota. AVEs = eventos vitales estresantes*Relación de los eventos vitales estresantes sobre los síntomas emocionales*

El análisis de regresión lineal evaluó el impacto del sexo, la experiencia de AVEs y su interacción sobre los síntomas emocionales medidos mediante el instrumento CORE. Los resultados mostraron que ninguno de estos factores tuvo un efecto significativo: sexo ($t = -0.34$; $p = .73$), AVEs ($t = -0.29$; $p = .77$), ni la interacción entre ambos ($t = 0.72$; $p = .47$). Esto sugiere que, en esta muestra, los niveles de malestar emocional no se ven

afectados de manera significativa por el género, la vivencia de AVEs ni por la combinación de ambos factores (Tabla 5).

Tabla 5

Modelo de regresión lineal sobre síntomas emocionales (CORE) en función del sexo, los eventos vitales estresantes y su interacción

	<i>Unstandardized</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intercep	2.28	0.08	28.59	< .001
Sexo	-0.04	0.12	-0.34	.73
AVEs	-0.03	0.11	-0.29	.77
Sexo * AVEs	0.13	0.18	0.72	.47

Nota. AVEs = eventos vitales estresantes

Relación de los eventos vitales estresantes con la interocepción y la regulación emocional

Se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes con el fin de comparar los niveles de conciencia interoceptiva e indicadores de regulación emocional entre personas con y sin AVEs (Tabla 6). Concretamente, no se observaron diferencias significativas entre los grupos en las puntuaciones del ERC, ($t(223) = -0.53$; $p = .60$; $d = 0.13$). Los resultados en la escala de percepción interoceptiva (BAQ) tampoco mostraron diferencias significativas, ($t(223) = -0.63$; $p = .53$; $d = -0.08$).

En relación con las variables asociadas a desregulación emocional, los niveles de desatención emocional fueron más elevados en el grupo que no reconocen haber vivido eventos vitales estresantes ($M = 2.58$; $DT = 0.94$) frente al grupo que si lo reconoce ($M = 2.27$; $DT = 0.95$), observándose una diferencia cercana a la significación estadística, ($t(223) = 2.40$; $p = .08$), con un tamaño del efecto pequeño-moderado ($d = 0.32$).

Asimismo, en la dimensión de confusión emocional, se evidenció una tendencia no significativa hacia puntuaciones más altas en el grupo que no reconocen haber vivido eventos vitales estresantes, ($t(223) = 1.77$; $p = .08$), con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.24$). Por último, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en interferencia cotidiana ($t(223) = -1.45$; $p = .15$; $d = -0.19$), descontrol emocional ($t(223) = -0.45$; $p = .40$; $d = -0.11$), ni en rechazo emocional ($t(223) = -0.26$; $p = .75$; $d = -0.03$), lo que sugiere una alta similitud entre los grupos en estas dimensiones específicas.

Tabla 6*Pruebas T: Interocepción y regulación emocional en función de AVEs*

Variable	Sin historial de AVEs		Con historial de AVEs		Contraste			
	Media	DT	Media	DT	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
ERC	4.81	0.83	4.87	0.86	-0.53	223	0.60	0.13
BAQ	4.39	0.97	4.47	0.94	-0.63	223	0.53	-0.08
Desatención emocional	2.58	0.94	2.27	0.95	2.40	223	0.08	0.32
Confusión emocional	1.99	0.74	1.82	0.70	1.77	223	0.08	0.24
Interferencia cotidiana	2.30	0.90	2.49	1.03	-1.45	223	0.15	-0.19
Descontrol emocional	1.71	0.62	1.79	0.71	-0.45	223	0.40	-0.11
Rechazo emocional	1.91	0.86	1.95	1.04	-0.26	223	0.80	-0.03

Nota. AVEs = eventos vitales estresantes*Relación entre la conciencia interoceptiva y la regulación emocional con el comportamiento adictivo*

Las dimensiones del DERS se relacionan significativamente con la interocepción, especialmente con la medida ERC, que muestra correlaciones negativas con todas sus subescalas. En cambio, el BAQ presenta relaciones negativas más limitadas, principalmente con la desatención y la confusión emocional. A pesar de estas diferencias, ambos instrumentos se correlacionan significativamente entre sí ($r = 0.38$; $p < .001$).

En cuanto a la interocepción, el ERC mostró correlaciones negativas y estadísticamente significativas con el descontrol percibido sobre los comportamientos adictivos ($r = -.14$; $p = .04$) y con el malestar psicológico medido por el CORE ($r = -.39$; $p < .001$). En cambio, no se observaron asociaciones significativas del ERC con la presencia ($r = -.05$; $p = .48$) ni con el número total de comportamientos adictivos ($r = -.02$; $p = .73$). El BAQ, por su parte, no mostró correlaciones significativas con ninguno de los outcomes evaluados: comportamientos adictivos ($r = -.04$; $p = .59$), número de conductas ($r = -.02$; $p = .80$), descontrol percibido ($r = -.06$; $p = .38$) ni malestar psicológico ($r = -.08$; $p = .23$) (Tabla 7).

En lo que respecta a las dimensiones de la regulación emocional, todas se asociaron significativamente con el malestar psicológico (CORE), destacando

especialmente el descontrol emocional ($r = .54; p < .001$), seguido del rechazo emocional ($r = .48; p < .001$), la confusión emocional ($r = .43; p < .001$), la interferencia en la vida cotidiana ($r = .40; p < .001$) y la desatención emocional ($r = .25; p < .001$) (Tabla 7).

Respecto a los comportamientos adictivos, si bien las correlaciones fueron más bajas, se observaron asociaciones positivas y significativas con el descontrol emocional ($r = .14; p = .03$) y la interferencia cotidiana ($r = .20; p = .002$). Una tendencia similar se evidenció con el número de comportamientos adictivos, que se asoció significativamente también con estas dos dimensiones: descontrol emocional ($r = .13; p = .04$) e interferencia funcional ($r = .17; p = .01$) (Tabla 7). Finalmente, el descontrol percibido sobre los comportamientos adictivos mostró correlaciones más consistentes con todas las dimensiones del DERS. Se relacionó significativamente con la confusión emocional ($r = .22; p < .001$), el descontrol emocional ($r = .27; p < .001$) y la interferencia cotidiana ($r = .27; p < .001$) (Tabla 7).

Tabla 7

Correlaciones de Pearson: Interocepción (ERC y BAQ) y regulación emocional (DERS) sobre comportamientos adictivos y malestar psicológico (CORE)

Variable		ERC	BAQ	Desatención emocional	Confusión emocional	Rechazo emocional	Interferencia cotidiana	Descontrol emocional
Comportamientos	<i>n</i>	225	225	225	225	225	225	225
	<i>r</i>	-0.05	-0.04	-0.01	0.10	-0.02	0.20	0.14
	<i>p</i>	0.48	0.59	0.89	0.13	0.76	0.002	0.03
Número de comportamientos	<i>n</i>	225	225	225	225	225	225	225
	<i>r</i>	-0.02	-0.02	-0.05	0.12	-0.07	0.17	0.13
	<i>p</i>	0.73	0.80	0.48	0.06	0.33	0.01	0.04
Descontrol percibido	<i>n</i>	225	225	225	225	225	225	225
	<i>r</i>	-0.14	-0.06	0.02	0.22	-0.00	0.27	0.27
	<i>p</i>	0.04	0.38	0.77	< .001	0.98	< .001	< .001
CORE	<i>n</i>	225	225	225	225	225	225	225
	<i>r</i>	-0.39	-0.08	0.25	0.43	0.48	0.40	0.54
	<i>p</i>	< .001	0.230	< .001	< .001	< .001	< .001	< .001

4. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo explorar el papel mediador de la interocepción y la regulación emocional en la relación entre AVEs y los comportamientos adictivos, considerando además el impacto del sexo en estas relaciones.

Según los resultados del estudio, la vivencia de AVEs duplica la probabilidad de presentar comportamientos adictivos, con una prevalencia del 53.1 % entre quienes reportaron AVEs, frente al 46.9 % en quienes no los experimentaron. Este hallazgo concuerda con estudios previos que señalan que los eventos estresantes y traumáticos, especialmente en etapas tempranas (López-Soler, 2008), pueden perjudicar la capacidad de regulación emocional y favorecer el desarrollo de conductas compulsivas o adictivas (Macía et al., 2024). No obstante, en la revisión bibliográfica realizada El-Shikh y sus colegas (2004) se identificó un amplio conjunto de acontecimientos vitales capaces de aumentar la probabilidad de desarrollar consumo de drogas; sin embargo, no emergió un modelo claro de su trabajo.

Asimismo, los comportamientos adictivos mostraron correlaciones estadísticamente significativas con el descontrol percibido, la interferencia funcional y el descontrol emocional. El número de comportamientos adictivos se asoció significativamente con estas variables, destacando una fuerte correlación con la pérdida de control percibida y el deterioro en el funcionamiento diario. Esto refuerza la hipótesis de que, además de su presencia, la acumulación de estas conductas incrementa el impacto negativo sobre la autorregulación emocional y el bienestar. Diversos autores (Estévez et al., 2014; Aldao et al., 2010) han destacado el papel del desbordamiento emocional y la ausencia de estrategias reguladoras eficaces como factores de riesgo centrales en las adicciones.

No obstante, en contra de lo que sugería la literatura previa (Barkham et al., 2012), no se encontraron diferencias significativas en los niveles generales de malestar emocional entre quienes habían experimentado AVEs y quienes no. Esta ausencia de diferencias podría explicarse por la presencia de factores resilientes no medidos o por una desconexión entre la vivencia emocional y su expresión consciente, posiblemente mediada por procesos traumáticos.

Los resultados evidencian que todas las dimensiones de la regulación emocional se relacionan de manera significativa con el malestar psicológico, destacando especialmente el descontrol emocional. En relación con los comportamientos adictivos,

aunque las asociaciones son más moderadas, estos resultados están en línea con investigaciones previas que indican que las dificultades para identificar y gestionar las emociones aumentan la propensión a utilizar conductas adictivas como mecanismos de afrontamiento frente a estados internos aversivos (Mora, 2009; Verdejo-García et al., 2012; Villarreal-Mata et al., 2020). Además, tanto la interferencia funcional como el descontrol emocional vinculados a estas conductas contribuyen a mantener un ciclo de malestar que dificulta la recuperación (Bobes-Bascarán, 2025; Aldao et al., 2010; Estévez et al., 2014). Por último, la evidencia destaca que la combinación de desregulación emocional con una alta sensibilidad a la recompensa aumenta el riesgo específico de desarrollar trastornos por uso de sustancias y trastornos alimentarios, subrayando el papel fundamental de la regulación emocional en la etiología y mantenimiento de las adicciones (Carver et al., 2008; Antuña et al., 2023).

En cuanto al rol del sexo el impacto de los eventos estresantes sobre la probabilidad de presentar comportamientos adictivos se mantiene estable independientemente del género. Sin embargo, al analizar la cantidad de comportamientos adictivos, se observó que los hombres reportaron una media significativamente más alta que las mujeres. Estos resultados son coherentes con la literatura previa en el campo, que indican una mayor propensión masculina al uso de estrategias desadaptativas ante el estrés (Macía, et al., 2024).

Por otro lado, aunque no se hallaron diferencias significativas entre los grupos con y sin AVEs en los niveles globales de interocepción, es posible que la falta de relación en nuestra muestra se explique por sus características: adultos no clínicos, con niveles moderados de malestar emocional y una variabilidad amplia en AVEs, pero sin antecedentes de trauma severo ni diagnóstico psiquiátrico, condiciones que podrían limitar la acumulación de carga alostática y sus efectos sobre los sistemas interoceptivos. Según Schulz y Vögele (2015), la interocepción y el estrés interactúan mediante un eje cerebro-cuerpo bidireccional: el estrés activa rutas neuroendocrinas descendentes, mientras que la interocepción transmite señales viscerales ascendentes que pueden alterarse bajo activación prolongada. Desde el modelo de la emoción construida (Barrett, 2017), estas señales interoceptivas constituyen la base sobre la que el cerebro anticipa y categoriza las experiencias afectivas, de modo que cualquier disrupción en su procesamiento altera directamente la vivencia del estrés.

Además, desde una perspectiva neurofuncional, diversos autores sostienen que el estrés crónico deteriora la capacidad adaptativa del organismo, generando un desbalance neuroinmunoendocrino que distorsiona la percepción corporal (Moscoso, 2009). La exposición prolongada a situaciones estresantes puede afectar la integridad de los circuitos corticales y subcorticales implicados en la representación y regulación interoceptiva (Schulz y Vögele, 2015), e incluso a nivel hipocampal, deteriorar la plasticidad sináptica y la neurogénesis, interfiriendo en la integración de señales viscerales y su retroalimentación (Kim y Kim, 2023).

En contraste con lo esperado y con la literatura previa, los resultados del presente estudio no mostraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de regulación emocional entre quienes reportaron haber vivido AVEs y quienes no. Sin embargo, se observaron tendencias clínicamente relevantes en variables como la desatención y la confusión emocional, con puntuaciones más altas en el grupo sin AVEs. Esto difiere de estudios previos que vinculan los eventos estresantes con estrategias emocionales desadaptativas (Aldao et al., 2010). Cabe destacar que durante la infancia temprana, debido a la inmadurez neurológica y la dependencia alostática del bebé, la regulación emocional y la interocepción se desarrollan a partir de la regulación externa proporcionada por los cuidadores, quienes ayudan al niño a interpretar y categorizar sus sensaciones internas, sentando así las bases para estos procesos en etapas posteriores, lo cual podría influir en la forma en que se manejan los impactos de experiencias adversas posteriores (Feldman et al., 2024).

Por último, en relación a la interocepción y comportamientos adictivos, los resultados varían según el instrumento utilizado: el ERC mostró asociaciones significativas con menor descontrol percibido y malestar psicológico, mientras que el BAQ no evidenció relaciones relevantes. Aunque estos hallazgos no son del todo concluyentes, el estudio de Khalsa y Verdonk (2024) sostiene que una conciencia corporal deteriorada puede interferir con la percepción de señales internas vinculadas al displacer, la saciedad o la pérdida de gratificación, perpetuando las conductas adictivas incluso en ausencia de recompensa. Esto refuerza la idea de que el consumo puede entenderse como una estrategia para modular estados corporales desagradables o maximizar el placer, mediada por procesos interoceptivos y emocionales (Bobes-Bascarán, 2025). En esta línea, Verdejo-García et al., (2012) plantean que las alteraciones en la fuerza, percepción y valoración de las señales corporales pueden dar lugar a distintos perfiles de disfunción

interoceptiva en la adicción, desde la hipoactivación emocional hasta la hipersensibilidad asociada al craving.

En definitiva, los resultados respaldan la relación entre acontecimientos estresantes y conductas adictivas, al tiempo que evidencian la complejidad de los mecanismos involucrados. La regulación emocional y la interocepción emergen como dimensiones centrales, aunque su asociación con los AVEs no siempre resulta clara, posiblemente por las características de la muestra o las limitaciones metodológicas. En particular, la interocepción se perfila como un punto de encuentro entre lo biológico y lo psicológico, clave para comprender las diferencias individuales (Pizarro y Ceric, 2023). Esto subraya la importancia de continuar investigando con instrumentos más precisos y enfoques integradores que aborden la interacción entre cuerpo, emoción y comportamiento adictivo.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran su diseño transversal, que impide establecer causalidad, y el carácter no probabilístico de la muestra, compuesta mayoritariamente por jóvenes con nivel educativo medio-alto, lo que restringe la generalización. Además, el uso exclusivo de autoinformes puede introducir sesgos. Futuros estudios deberían contemplar metodologías longitudinales, muestras más diversas y evaluaciones multimodales que permitan captar con mayor precisión los procesos emocionales y corporales implicados (Motrico et al., 2017; Monroe, 2008).

5. REFERENCIAS

- Adolfi, F., Couto, B., Richter, F., Decety, J., Lopez, J., y Sigman, M., Manes, F. y Ibáñez, A. (2017). Convergence of interoception, emotion, and social cognition: A twofold fMRI meta-analysis and lesion approach. *Cortex*, 88. doi: 10.1016/j.cortex.2016.12.019
- Alba Maldonado, J. C., Vargas Rodríguez, L. J., Gordillo Navas, G., Alba Maldonado, J. C., Vargas Rodríguez, L. J., y Gordillo Navas, G. (2021). Validación al castellano de la Body Responsiveness Connection Scale (Escala de Respuesta Corporal (ERC) en médicos internos del hospital San Rafael de Tunja en Colombia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(3), 159-164. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i3.4032>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217–237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004

- Antuña, C., Vindel, A. C., Carballo, M. E., Basterretxea, J. J., y Díaz, F. J. R. (2023). La regulación emocional como factor transdiagnóstico de los trastornos emocionales. *Escritos de psicología*, 16(1),44-52. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v16i1.1477>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (quinta edición, texto revisado). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., Mellor-Clark, J., Richards, D., Unsworth, G., & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research: Linking Research with Practice*, 13(1), 3–13. <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.729069>
- Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: An active inference account of interoception and categorization. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(1), 1–23. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw154>
- Bobes-Bascarán, M. T. (2025). Más allá de las drogas: el auge de las adicciones comportamentales y sus implicaciones clínicas. *Revista Española de Drogodependencias*, 50(1), 5-15. <https://doi.org/10.54108/10103>
- Braet, J., Giletta, M., Desmedt, O., Wante, L., Rapp, L., Pollatos, O., y Braet, C. (2024). Should Adolescents Listen to Their Hearts? A Closer Look at the Associations Between Interoception, Emotional Awareness and Emotion Regulation in Adolescents. *Psychological Reports*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1177/00332941241286435>
- Campos, M., Paéz D. y Velasco, C. (2004) Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad Estrés*, 10(3), 277-286.
- Cancino, V. y Terán-Mendoza, O. (2023). Estrés y cognición: propiedades psicométricas de la Escala de Estrés Percibido y asociaciones con el funcionamiento cognitivo, síntomas prefrontales y quejas cognitivas. *Ansiedad Estrés*, 29(2), 115-123. <https://doi.org/10.5093/anyes2023a14>
- Carver, D. S., Johnson, S. L., y Joormann, J. (2008). Serotonergic function, two-mode modes of self-regulation, and vulnerability to depression: What depression has in common with impulsive aggression. *Psychological Bulletin*, 134, 912–943.

- Critchley, H., y Garfinkel, S. (2017). Interoception and emotion. *Current Opinion in Psychology*, 17, 7-14. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>
- Cohen, S., Murphy, M. y Prather, A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual Review of Psychology*, 70, 577-97. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Cortina, M. y Marrone, M. (2017). *Apego y psicoterapia. Un paradigma revolucionario*. Editorial Psimática, Madrid.
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Michael, V. S., y Moselhy, H. F. A. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *The European Journal of Psychiatry*, 18(3), 162–170.
- Estévez, A., Herrero, D., Sarabia, I. y Jáuregui, P. (2014). El papel mediador de la regulación emocional y el uso abusivo de Internet y videojuegos y la sintomatología en adolescentes. *Adicciones*, 24(4), 282-290. <https://doi.org/10.20882/adicciones.26>
- Feixas, G., García-Grau, E., Bados, A., González, E., Corbella, S., Botella, L., Saúl, L. Á., Trujillo, A., Evans, C., y López-González, M. Á. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135. <https://doi.org/10.33898/rdp.v23i89.641>
- Feldman, M.J., Ma, R., y Lindquist, K. A. C. (2024). The Role of Interoception in Emotion and Social Cognition. J. Murphy y R. Brewer (Eds.), *Interoception. A Comprehensive Guide* (pp. 125-149). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-68521-7_9
- Fuentes-Sánchez, N., Jaén, I., López-Penadés, R. y Pastor, M.C. (2017) Correlatos psicofisiológicos periféricos de regulación emocional. *Agora de Salut*, 4(14), 133-143. DOI: 10.6035/AgoraSalut.2017.4.14
- Garfinkel, S., Seth, A., Barrett, A., Suzuki, K. y Critchley, H. (2015). *Biological Psychology*, 104, 65-74. DOI: [10.1016/j.biopsycho.2014.11.004](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.004)
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573. doi.org/10.1080/02699939937918
- 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.

- Hernández Pacheco, M. (2020). *Apego, disociación y trauma. Trabajo práctico con el modelo PARCUVE*. Descleé de Brouwer.
- Khalsa, S.S., Adolphs, R., Cameron, O.G., Critchley, Davenport, P.W., Feinstein, J.S., Feusner, J.D., Garfinkel, S.N., Lane R.D., Mehling, W.E., Meuret, A.E., Nemeroff, C.B., Oppenheimer, S., Petzschner, F.H., Pollatos, O., Rhudy, J.L., Schramm, L.P., Simmons, W.K., Stein, M.B., Stephan, K.E., Van den Bergh, O. y Van Diest, I. (2018). Interoception and Mental Health: A Roadmap. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 3(6), 501-513. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.12.004>
- Khalsa, S.S. y Verdonk, C. (2024). Interoception and Mental Health. J. Murphy y R. Brewer (Eds.), *Interoception. A Comprehensive Guide* (pp. 265-316). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-68521-7_9
- Kim, E. U. y Kim, J. J. (2023). Neurocognitive effects of stress: a metaparadigm perspective. *Molecular Psychiatry*, 28, 2750-2763. <https://doi.org/10.1038/s41380-023-01986-4>
- Kira, I. A. (2001). Taxonomy of trauma and trauma assessment. *Traumatology*, 7(2), 73–86. <https://doi.org/10.1177/153476560100700202>
- Kira, I. A. (2022). Taxonomy of stressors and traumas: An update of the development-based trauma framework (DBTF): A life-course perspective on stress and trauma. *Traumatology*, 28(1), 84–97. <https://doi.org/10.1037/trm0000305>
- Latorre, J.M. (2024). Regulación emocional: un nuevo desafío en la comprensión y el tratamiento de las adicciones. *Health and Addictions*, 24(1), 1-8. <https://orcid.org/0000-0002-6159-5074>
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174
- Macía, L., Jauregui, P., Herrero, M., Iruarrizaga, I. y Estévez, A. (2024). Clases latentes de juego problemático en jóvenes: El papel de la comorbilidad, la alexitimia y los acontecimientos vitales estresantes en función del sexo. *Adicciones*, 36(4), 347-358.
- Monroe, S. M. (2008). Modern Approaches to Conceptualizing and Measuring Human Life Stress. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 33–52. doi:10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141207

- Mora, A. (2009). Adicciones psicológicas: conceptualización e intervención. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 92, 11-17.
- Motrico, E., Rodero-Cosano, M., Alvarez-Galvez, J., Salinas-Perez, A. y Moreno-Peral, P. (2017). Instrumentos de evaluación de los eventos vitales estresantes en población española: Una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 33, 556. 10.6018/analesps.33.3.236631.
- Moscoso, M. S. (2009). From the mind to the cell: the impact of stress on psiconeuroimmunoendocrinology. *Liberabit*, 15(2), 143-152.
- Nieto, I. y López, M. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.5093/cc2016a7>
- Orozco-Vargas, A.E., García-López, G.I., Aguilera-Reyes, U. y Venebra-Muñoz, A. (2020). Versión en Español del Emotion Regulation Skills Questionnaire: Análisis de su Fiabilidad y Validez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 61(4), 189-203. <https://doi.org/10.21865/RIDEP61.4.13>
- 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 de control de impulsos y adicciones: el MULTICAGE CAD-4. *Trastornos adictivos*, 9(4), 269-278.
- Pérez Lezama, G., Abdul Hadi, P., y Pérez, I. (2024). Propiedades psicométricas del PCL 5 en adultos venezolanos del Área Metropolitana de Caracas. *Gac Méd Caracas*, 132(2), 329-339. DOI: 10.47307/GMC.2024.132.2.6
- Pizarro, C. y Ceric, F. (2023). La interocepción en el procesamiento emocional: De la sensación a la psicopatología. *Papeles del Psicólogo*, 43(3), 102-109. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3017>
- Quezada-Berumen, L. y González-Ramírez, M. T. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de crecimiento postraumático en población mexicana. *Acción Psicológica*, 17(1), 13–28. <https://doi.org/10.5944/17.1.2573>
- Robles, M.E., Badosa, J.M., Roig, A., Pina, B., y Feixas, G. (2009). La evaluación del estrés y del trauma: presentación de la versión española de la escala de trauma acumulativo (CTS). *Revista de Psicoterapia*, XX (80), 89-104. <http://hdl.handle.net/2445/65377>

- Roncero Rodríguez, M., Hodann-Caudevilla, R.M., Páramo, A. y Molina-Ruiz, R.M. (2023). Adicciones sin sustancias o adicciones comportamentales. *Medicine*, 13(85), 4998-5009. DOI: 10.1016/j.med.2023.08.011
- Verdejo-Garcia, A., Clark, L. y Dunn, B.D. (2012). The role of interoception in addiction: A critical review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 1857–1869. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.05.007>
- Villareal-Mata, J.L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Olivar, E.I.P., Bresó Esteve, E. y Sordia Henández, L.H. (2020). Emotional intelligence and stress in adults with and without drug and alcohol addiction treatment. *Journal Health NPEPS*, 5(2). <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4825>
- Salaberria, K., Muela, A., Ruiz-Iriondo, M., y Iruin, A. (2025). Severe Mental Disorders and Stressful Life Events. *Clinical and Health*, 36(1), 1-7. <https://doi.org/10.5093/clh2025a1>
- Sánchez Alonso, J. (2021). Drogodependencia y desregulación emocional: una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4 (1), 59-78. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.597
- Sánchez, T. (2020). Síndrome de resignación. Trauma migratorio, somatización y disociación extremas. *Aperturas Psicoanalíticas*, (63), 1-23.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., Sánchez, I., Jiménez-Murcia, S. y Menchón, J. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 95. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00095>
- Schulz, A. y Vögele, C. (2015). Interoception and stress. *Frontiers in Psychology*, 6, 993. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00993
- Shatrova, D., Cáncer, P. y Caperos, J. (2024). The role of interoception in reducing trauma-associated distress: a feasibility study. *European journal of psychotraumatology*, 15(1). <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2306747>
- Shields, S. A., Mallory, M. E., y Simon, A. (1989). The Body Awareness Questionnaire: Reliability and Validity. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 802–815. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5304_16
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *Informe sobre adicciones comportamentales y otros trastornos adictivos 2024: Indicador de admitidos a*

tratamiento por adicciones comportamentales. Juego de azar, uso de videojuegos, uso problemático de internet y otros trastornos adictivos en las encuestas de drogas en España EDADES y ESTUDES. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/>

The jamovi project (2024). *jamovi* (Version 2.5) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., y Keane, T. M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) – Standard* [Measurement instrument]. Recuperado de <https://www.ptsd.va.gov/>