

# Facultad de Ciencias Sociales

## Trabajo Final Integrador

### ***“La inteligencia emocional en pacientes adictos”***

Tutor: Dra. Gongora Vanesa

Autor: Epstein. M.E.

Fecha de entrega: 06-11-2012

#### INDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos de la investigación.....	4
3. Hipótesis de la investigación.....	4
4. Marco teórico.....	5
4.1 Sustancias psicoactivas.....	5
4.2 Trastornos por consumo de sustancias.....	6
4.3 Teorías de la adicción.....	8
4.4 Los tratamientos en la drogodependencia.....	11
4.5 Investigaciones de la adicción y su relación con las emociones.....	14
4.6 La inteligencia emocional.....	15
4.6.1 Posturas de la inteligencia emocional.....	17
4.7 Conclusiones de las investigaciones sobre las adicciones y la Inteligencia emocional.....	19
5. Metodología.....	21
5.1 Tipo de estudio.....	21
5.2 Participantes.....	21
5.3 Descripción del Instrumento.....	22
5.3.1 Descripción de las sub-escalas.....	22
5.4 Procedimiento.....	23
6. Desarrollo.....	23
6.1 Comparación de los valores de la inteligencia emocional entre el Grupo clínico y el grupo control.....	24
6.2 Análisis de la relación entre los valores de las sub-escalas y el Tiempo de consumo de sustancias.....	29
6.3 Comparación de los valores de las sub-escalas según tiempo de Tratamiento.....	33
7. Conclusiones.....	36
8. Referencias bibliográficas.....	39
9. Anexo.....	43

## 1. **Introducción**

Finalizando la carrera de psicología, se realizó la práctica y habilitación profesional en el P. A: organización no gubernamental en la lucha contra el narcotráfico y la rehabilitación de la drogodependencia, ubicada en el partido de San Isidro. Se asistió a la misma en carácter de pasante y se realizaron las siguientes actividades: observación no participativa de grupos terapéuticos; de los grupos de pacientes ambulatorios; grupos de novias y familiares; además de la confección de historias clínicas y administración de técnicas psicométricas, a lo largo de 250 horas de concurrencia, con 20 horas aproximadas de frecuencia semanal, actividad que fue coordinada por el director de la institución.

De dicha experiencia, se ideó la realización de una investigación orientada a comparar, la inteligencia emocional entre individuos en tratamiento por consumo de sustancias e individuos sanos. Se logró apreciar en los pacientes gran dificultad en la regulación afectiva, en la empatía, en las habilidades sociales y en las relaciones interpersonales, además de observar altos niveles de impulsividad y baja tolerancia a la tensión.

Este conjunto de conductas problemáticas, que fueron observadas en los pacientes, han sido el motor de esta investigación. Particularmente, una comunidad terapéutica es el lugar donde habitan los internados por tratamiento tóxico maniaco, siendo un símil del hogar mientras están en rehabilitación; además, como sostiene Goti (1990), es una modalidad de tratamiento residencial de asistencia a la drogodependencia, con los siguientes criterios de admisión: mayores de edad; con sustento económico; que no sean pacientes psiquiátricos graves y con autonomía motora, como en sus actividades de la vida cotidiana. Este espacio habilita al comportamiento natural de sus conductas, muchas veces disruptivas, ya que al estar transitando por un proceso de desintoxicación, al poco tiempo transcurrido de su internación, comienzan a comportarse sin sustancia de por medio que pueda estar obstruyendo sus dificultades, que estaban mermadas por la sustancia y que se logra manifestar con mayor claridad.

En relación a lo dicho, en este trabajo de investigación se abordaron las teorías de mayor vigencia empírica de la inteligencia emocional, siendo una variable que permite realizar un análisis extenso del estudio de las personas, en relación a las dificultades nombradas.

Por último, lo que se refiere a la clasificación de los trastornos relacionados con sustancias, en esta investigación se trabajó sobre los Trastornos por Consumo de Sustancias (Dependencia y abuso).

## **2. Objetivos de la investigación**

Objetivo general: Analizar los niveles de inteligencia emocional en individuos en tratamiento por consumo de sustancia y compararlos con individuos sanos.

Objetivos específicos:

§ Comparar las puntuaciones de las sub-escalas de la inteligencia emocional entre individuos en tratamiento por consumo de sustancia e individuos sanos.

§ Analizar la relación entre la Inteligencia emocional (y sus sub-escalas) y el tiempo de consumo de sustancia en individuos con tratamiento por drogodependencia.

§ Comparar los niveles de inteligencia emocional (y sus sub-escalas), entre individuos en tratamiento por consumo de sustancia con periodo de mas de 6 meses e individuos ingresantes del mismo tratamiento.

## **3. Hipótesis**

- Los individuos sanos tendrán mayor puntuación total de la inteligencia emocional, que los individuos en tratamiento por consumo de sustancia.
- A mayor tiempo de consumo de sustancia, menor inteligencia emocional.
- A mayor tiempo de tratamiento, mayor inteligencia emocional.

## **4. Marco teórico**

### **4.1 Sustancias psicoactivas**

El termino sustancia se refiere a una droga de abuso, a un medicamento, o hasta algún toxico, (Asociación Americana de psiquiatría [APA], 2002). Las sustancias se agrupan en 11 clases: depresores (alcohol, hipnóticos y ansiolíticos); estimulantes (cafeína, anfetamina, cocaína, nicotina); alucinógenos e inhalantes (cannabis, fenciclidina, acido lisérgico); opioides (morfina y heroína). No obstante, existe otra categoría de sustancias, descritas por la (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1993): laxantes, analgésicos, esteroides y otras hormonas, además de vitaminas y antiácidos. Ninguna de estas sustancias presenta efectos psíquicos placenteros según la O.M.S (1994), aun así los intentos por prohibir su consumo, generan resistencia. Es cierto que la persona que consume estas sustancias, tiene una fuerte motivación para ingerirlas, por más que no se lleguen a apreciar síndromes de dependencia ni de abstinencia, en sentido de efectos farmacológicos intrínsecos, pero pueden inducir dependencia psicológica.

En ese sentido, Musacchio de Zen y Ortiz Fragola (1996) postula que hay dos fenómenos de dependencia. Por un lado, existe la farmacodependencia, caracterizada por dependencia psicológica a una sustancia legal, abuso de la sustancia con tendencia adictiva y consumo de la misma sustancia. A estas personas se las puede considerar fármaco dependiente, con rasgos de personalidad patológica, sin llegar a ser nombradas como *drogadictas*, a diferencia de la drogadicción, caracterizada por el consumo de sustancias ilícitas, orientadas a generar una alteración del estado psíquico.

Se reconoce que las sustancias se dividen en lícitas e ilícitas, como sostiene Goldstein (2003) aunque no hay fundamento científico para diferenciar a las sustancias adictivas en torno a su legalidad. Tal es el caso de las drogas legales (nicotina y alcohol) que son las de mayor problemática en la adicción por su accesibilidad. Un fármaco es una sustancia química que altera la función biológica, usado para tratar o prevenir alguna enfermedad. Por otro lado, un fármaco psicoactivo opera directamente sobre el cerebro, alterando el humor, los procesos cognitivos o el comportamiento. De esta manera, la O.M.S (1994) define a una droga como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede alterar sus funciones, añadiendo con respecto a las teorías profesionales que intentan explicar como la cafeína, el tabaco y el alcohol, tienen un uso no médico, y no obstante, son drogas en sentido de un consumo con fines psicoactivos. Por el contrario, la droga de abuso es cualquier sustancia tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el humor, la percepción o el funcionamiento cerebral.

Sumado a esto, por *uso* de una sustancia se entiende un consumo sin efectos negativos en la persona, y el *abuso* se da cuando el uso es continuado a pesar de las consecuencias nocivas (Becona Iglesias, 2006).

Con mayor sencillez, Yaria (1993) define a la droga como una sustancia química que altera el organismo, tanto en su acción mental y conductual, como en su percepción. De continuo, el autor habla de etapas de evolución hacia la adicción. Toma el concepto de *uso* de la droga, desde el lugar del futuro adicto, con un consumo casual de sustancia, que no llega a comprometer problemáticamente la vida de la persona. A diferencia del *abuso*, caracterizándose por un consumo regular de droga que llega a deteriorar su vida personal, con estados de ánimo lábiles y cambiantes, que son manifestaciones de factores personales que están reflejando la falta de un proyecto de vida, o una crisis de ideales y fallas en la autoestima.

Por último, Wilbur Grimson (1999) realiza una clasificación según la frecuencia de consumo de una sustancia. En población abstinentes se caracteriza por no consumir droga, siendo portadores de proyectos de vida significativos y con alta autoestima: es una población

que no presenta necesidad de consumo. Lo que caracteriza a la población de *usuarios* es un consumo esporádico de droga, asociado a la curiosidad y que se encuentra en bajo riesgo, salvo por el uso excesivo, en tanto que el abusador presenta un consumo de sustancia continuo, generando una identidad asociada a la droga y con dependencia psicológica.

Finalmente, el *dependiente* tiene un patrón de consumo de sustancia crónico, sin periodos de interrupción, orientado a reducir los efectos de la privación de la droga, ya que su dependencia es física y psicológica.

## **4.2 Trastornos por consumo de sustancias**

De lo antes señalado, se desprende según A.P.A. (2002), que el abuso de sustancias es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un mal estar clínicamente significativo, generando problemáticas en la vida de la persona que consume y en sus obligaciones laborales o familiares, además de exponerse a riesgos que atentan contra su salud e integridad psicosocial; del mismo modo, esto conduce a tener problemáticas interpersonales y legales. A pesar de ello, la persona persiste en el consumo de la sustancia.

Estos signos de la enfermedad deben perdurar durante por lo menos 12 meses. Por otro lado, la O.M.S (1994) describe el abuso de sustancias, como *consumo perjudicial* y *consumo de riesgo*, términos equivalentes para su clasificación, diferenciándose este apartado a los efectos adversos sobre la salud, pero no toma las problemáticas sociales. A su vez, La Oficina de Prevención del Abuso de Sustancias de Estados Unidos (*The Office of Substance Abuse Prevention*) acompaña en retraer el uso del término abuso, aunque continua utilizándose en Norte América, en referencia al consumo de sustancias psicoactivas. Acompañando esos patrones disfuncionales de consumo, se llega a la dependencia de sustancias según A.P.A. (2002), caracterizada por: un consumo ascendente de la droga, mayor al que se pretendía desde el inicio, dejando muchas veces a la persona en frustrados intentos para interrumpir el consumo de la sustancia, además de que se emplea un tiempo desmedido en acciones relacionadas con el consumo, reduciendo así el interés en otras actividades, que hasta entonces eran de importancia. Finalmente, el consumo es continuo aun cuando la persona es consciente de las conductas problemáticas exacerbadas por la droga. A su vez, se concreta así la tolerancia: es una necesidad de cantidades crecientes de consumo de la sustancia, para conseguir el efecto deseado por la persona; y la abstinencia quiere decir: síndrome específico para una sustancia que surge por reducir la cantidad de la droga que se ha consumido crónicamente durante un periodo prolongado (Sadock & Sadock, 2008). El síndrome se caracteriza por signos y síntomas fisiológicos, además de alteraciones psicológicas, como trastornos del pensamiento, de las emociones y de la conducta, cumpliendo aunque sea tres ítems de los señalados, durante un periodo continuo de un año.

De acuerdo con el ejemplo que describe Goldstein (2003), sobre la abstinencia de estimulantes, donde se logra diferenciar tipos de abstinencias, estas se caracterizan por el comportamiento. Cuando se acaba el suministro de la droga estimulante, se produce, según el autor, *el derrumbe*, que es un cuadro de depresión, ansiedad, agitación y suspicacias.

Paralelamente, si la abstinencia continua, aumenta la sensación de aburrimiento y falta de motivación, agudizando la depresión.

Cabe destacar las diferencias de los tipos de dependencia, así la O.M.S (1993), define la dependencia física como el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos cuando no se consume la droga; y por dependencia psicológica se entiende cuando existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que demandan el consumo regular o continuo de la droga para producir placer o evitar el malestar.

### **4.3 Teorías de la adicción**

Desde una perspectiva general, la adicción según Goldstein (2003), era vista como una enfermedad desgraciada, lo que posteriormente en el transcurso del siglo XX paso a valorizarse como un comportamiento inmoral por parte del adicto, al punto de ser un acto de voluntad de la persona en convertirse en un drogodependiente. De este estigma ambivalente sobre la adicción a las drogas, el autor sostiene, sin negar la asociación a las conductas criminales, que la adicción es por entero un problema de la salud pública. En sentido similar, Volkow (2008) concuerda que en la década del 30, la ciencia comenzó a investigar sobre la adicción, asociándola con una falla moral y con falta de voluntad del adicto. Así, la sociedad se enfocaba en lo moral y no en una temática concerniente a la salud, lo que acentuó las acciones punitivas en lugar de las terapéuticas.

Por otro lado, desde las teorías psicodinámicas, según Ey, Bernard y Brisset (1989), la etiología psicopatológica aplicada a las toxicomanías (a pesar de ser una cuestión sociocultural que desborda el plano terapéutico), corresponde al terreno individual y en particular a lo estructural. Debido a la conducta regresiva a la etapa oral, es decir, la dependencia que sucede en la drogadicción, por su objeto y sus medios, el adicto logra reducir la libido a la satisfacción de una pulsión parcial, rehuyendo así de la realidad, con el rechazo del cuerpo y los estados de no conciencia, lo que es un reflejo de un trastorno funcional del yo. Se logra apreciar ahí, la relación entre la compulsión de repetición y la muerte. Desde un enfoque mas particular Goldstein (2003), propone que la adicción arriesga la salud de la persona que consume, así como de las que no consumen. Del mismo modo que otros problemas de la salud pública, la adicción es multicausal. En relación a la etiología de la drogodependencia, el autor se pregunta .quien se vuelve adicto, además de si existen rasgos naturales que lo predispongan a convertirse en adicto. Pese a lo expuesto, no se puede negar que los datos científicos aún son escasos, pero se destacan los estudios epidemiológicos, junto a los de genética, como una fuente de información coherente. En igual sentido, los estudios realizados sobre la adicción resaltan la predisposición genética que contribuye en el perfil psicológico, formado por: personalidad; respuesta al estrés; capacidad de juicio y capacidad de decisión, entre otros, donde los adictos presentan un circuito de recompensa de placer y satisfacción defectuoso. Sumado a esto, la conducta compensatoria la logran con el consumo de droga, ya que sus niveles de satisfacción en relación a los vínculos sociales y otros placeres de la vida, no son normales, por que presentan baja motivación y dificultad para relacionarse, además de falta de entusiasmo para la mayoría de las tareas, lo que es similar a un cuadro de depresión.

Los estudios de imágenes del cerebro de los drogadictos muestran cambios físicos en áreas frontales del cerebro que afectan el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje y la memoria, además del control del comportamiento. En relación a lo dicho, los factores genéticos combinados con los ambientales, constituyen entre un 40% y un 60% de la vulnerabilidad a la adicción (Volkow, 2008).

La anormalidad en los sistemas de recompensa suele ser preexistente a la drogadicción. En estas posturas Sadock y Sadock (2008), relacionan en la comorbilidad (que es la aparición de 2 o más trastornos psiquiátricos en una persona) de la adicción, que el 50 % de los adictos padecen un trastorno psiquiátrico y aproximadamente entre un tercio y la mitad de los pacientes

dependientes a los opiáceos y al alcohol, tiene un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida.

Por otro lado, el consumo de drogas se entiende como una conducta sostenida por sus efectos, es decir, que la droga sustituye a los estados aversivos como el dolor, la ansiedad y la depresión.

Desde la neurobiología Lancelotti (2009) expresa que, a través del conocimiento del funcionamiento cerebral, se pudo comprender mejor la génesis de la conducta humana y de los circuitos de recompensa relacionados con la impulsividad y el aprendizaje, entre otros, otorgando mayor claridad en el estudio de las adicciones y el alcoholismo. La autora relaciona la dopamina con la droga de la motivación y con el placer por la vida, siendo mecanismos por los cuales el individuo repite las conductas que son necesarias para la supervivencia como son: la alimentación, la sexualidad y las relaciones interpersonales. Tal es el caso, en que los adictos sufren un cambio neuroplástico (por la alteración de la dopamina) que se traduce en una disminución para sentir placer, en comparación de personas que no consumen sustancias psicoactivas. De la misma manera, el humano es un ser social, con una región frontal del cerebro fuertemente desarrollada para la sociabilización, que le permite empatizar con el dolor de otras personas, además de intervenir con el control de las emociones y del deseo. Finalmente, la autora sintetiza que la alteración de la dopamina puede relacionarse con las modificaciones cerebrales generadas por el consumo de alcohol y drogas, pero a su vez pueden originarse por una causa genética o por el estrés.

Desde estas perspectivas Volkow (2008), argumenta que la adicción se define como una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizadas por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Las personas comienzan a consumir por diferentes razones, por ejemplo, para sentirse mejor. Los estimulantes como la cocaína dotan de euforia y posteriormente, de sentimientos de poder y auto confianza. Otras personas que sufren de ansiedad, depresión o niveles altos de estrés, comienzan a buscar las drogas en un intento de disminuir los sentimientos de angustia. En ese sentido Sadock y Sadock (2008), conceptualizan la adicción como un proceso de múltiples factores, tales como: disponibilidad de la droga; su aceptabilidad social; la personalidad y la biología del individuo. También afirman que la drogodependencia es una enfermedad cerebral, debido a los procesos de adicción que transforman la conducta voluntaria de consumo de la droga, en carácter compulsivo, siendo por cambios neurobioquímicos del cerebro del consumidor. Por ejemplo, el consumo de droga puede ser gratificante o aversivo, y por medio de un proceso de aprendizaje pueden variar las probabilidades de constituir una adicción. A su vez, los enfoques del aprendizaje operante representados por Caballo y Simon (2005), sitúan al consumo de sustancias psicoactivas en el contexto de los antecedentes y consecuencias de las conductas, como una conexión funcional para la persona. Por ejemplo, ante el estado de ánimo negativo, de estrés y la ansiedad social, el consumo de la droga puede reducir la tensión en el individuo, generando un reforzamiento en la conducta de consumo, aumentando la probabilidad de repetición de este patrón conductual en una situación similar.

Sin duda, no todas las personas que se encuentran en situación de riesgo sucumben a la adicción; Casarino y Leonetti (1996) sostienen lo dicho, en

relación directa con los factores protectores como son: sentimiento de seguridad en si mismos, sana autoestima y gran empatía en las relaciones interpersonales. Dichos factores, disminuyen el riesgo potencial de enfermar. En tal sentido Becona Iglesias (2006), añade que en un tiempo anterior, las teorías de la drogodependencia no valoraban a la inteligencia ni a los factores de riesgo y protección, sin embargo, actualmente las han incorporado para su consideración.

Finalmente, Goldstein (2003) añade que naturalmente la adicción no tiene una relación causal con los genes, ya que primero se tiene que acceder a la sustancia adictiva para llegar a la dependencia. Allí, entra en juego la determinación de consumir por primera vez o evitar el acto; y esa elección es la que influye en la vulnerabilidad a la adicción.

En un sentido similar, las teorías cognitivas postuladas por Caballo y Simon (2005), remarcan la problemática de la adicción en torno a la percepción que tiene la persona sobre el consumo, además de las actitudes, las creencias normativas y las expectativas de los efectos de la droga. Todo ello influye en la evaluación para decidir sobre los beneficios o las consecuencias del consumo, previas a la acción de consumir.

En la misma perspectiva, desde los modelos cognitivos, Beck, Wright, Newman y Liese (2010), describen cuatro procesos relacionados con las adicciones: la autoeficacia, los resultados esperados, atribuciones de causalidad y los procesos de toma de decisiones. En relación a las creencias de autoeficacia, cuando son elevadas, los adictos tienden a controlar la abstinencia, mientras que en las creencias de autoeficacia bajas, los adictos subestiman su capacidad de mantener la abstinencia, aumentando así las recaídas. Por otro lado, los resultados esperados se asocian a las expectativas de consumo; de ahí que las intervenciones giren en torno a valorar los puntos a favor de la abstinencia y enseñen los resultados negativos del consumo. En cuanto a las atribuciones, así sean internas o externas, ambas son predictivas de recaídas. Finalmente, el consumo es consecuencia de una serie de decisiones menores que han sido subestimadas por el paciente.

Por último, Botvin y Botvin (1992) concluyen en que, aun existiendo múltiples teorías sobre la adicción, son en su mayoría de un valor heurístico limitado, tanto para explicar el cómo y el por qué se desarrolla la enfermedad, así como para generar estrategias de prevención (como se cita en, Caballo & Simon 2005).

#### **4.4 Los tratamientos en la drogodependencia**

Los objetivos generales en relación al tratamiento de cualquier dependencia, según Becona Iglesias (2006) son: llevar las metas a resultados multidimensionales (cubriendo áreas de empleo, psicológicas, legales, sociales, médicas y psiquiátricas) y en particular: aumentar el grado de conciencia de enfermedad; evaluar la dependencia asociada a otras problemáticas; desintoxicar y deshabituarse psicológicamente al paciente del consumo; entrenarlo en la prevención de las recaídas y cambiar su estilo de vida a una forma saludable. En tanto que sus principios generales, son de catalogar a la adicción como un trastorno crónico, caracterizado por las recaídas. Paralelamente, Martall y Gordon (1985) destacan que los estados negativos tienen relación con las recaídas de los pacientes adictos, en las siguientes situaciones de riesgo: el malestar psicológico, el malestar emocional, las

situaciones sociales y el *craving*, definido según Beck, Wright, Newman y Liese (2010), como una sensación subjetiva de deseo irrefrenable por alcanzar el estado psicológico inducido por la droga. Todas estas situaciones tienen una relación directa con las emociones; por ejemplo, las aplicaciones terapéuticas de Muñoz Hurtado y Tejero Pociello (2009), resaltan la importancia de que el paciente pueda aprender a interpretar lo que le está sucediendo en las situaciones de riesgo, con la finalidad de aumentar su autoeficacia y disminuir las recaídas en el consumo de droga. En esa dirección, el paciente aprende de sus habilidades emocionales, capacitándose para un mayor conocimiento de sí mismo, favoreciendo así la autorregulación de sus estados emocionales.

En ese sentido, dentro de la modalidad de terapia cognitiva-conductual breve, Sánchez Hervás, Garoldi, Reyes del Olmo Guerra, Bou y Esperanza Morales Gallus (2002), llevaron a cabo una investigación de pacientes adictos en tratamiento ambulatorio, durante un periodo de seis meses, en los que se evaluaron los niveles de ansiedad, depresión, distres, calidad de vida y abstinencia a drogas. Se pudo comprobar, que posterior al tratamiento, los pacientes disminuyeron sus niveles iniciales de psicopatología, además de que redujeron su consumo de sustancias y las recaídas.

Sin embargo, Becona Iglesias (2006) refiere que no existe eficacia universal respecto del tratamiento. Desde este lugar, se concibe la combinación de psicoterapia y farmacología como la más eficaz en respuesta a la patología.

Pese a lo expuesto, Segura López, Osorio del Río, Pedrero Pérez y Puerta García (2004), estudiaron la sintomatología psicopatológica y el malestar de los pacientes que se encontraban en tratamiento por abuso o dependencia a sustancias. En dicha investigación, se trabajó con 3 grupos de pacientes: el primero fueron 111 pacientes en modalidad ambulatoria por dependencia a opiáceos, de los cuales 53 tuvieron resultados positivos en su tratamiento; otro grupo de 77 pacientes, en comunidad terapéutica profesional, que realizaron completo el tratamiento y por último, se atendió a un grupo de 22 pacientes, de los cuales 8 tomaron antidepresivos prescritos. Sus resultados afirman que disminuyó la sintomatología en todas las modalidades de tratamiento, sin que la terapia farmacológica tenga una fuerte influencia en tal reducción. Finalmente, no se logró apreciar la predicción de recaídas en relación con el éxito o fracaso del tratamiento.

Por último, los tratamientos con mayor rigor empírico no son siempre los más utilizados en las adicciones (Becona Iglesias, 2006). Tal es el caso del *counseling*, descrito por Sánchez Bodas (2003), una disciplina frecuentemente desarrollada en EEUU, Europa, Asia y Oceanía, enmarcándose como un tratamiento basado en una relación de ayuda en el proceso de adaptación de los individuos, ante sus problemáticas vitales, habilitando así un espacio en el que emerge una relación de persona a persona. En dicho contexto vincular, se trabaja con las perturbaciones que el consultante no puede manejar solo y el profesional dotado de formación calificada, puede ayudar al o los pacientes en alcanzar soluciones para sus dificultades personales.

La incumbencia del *counseling* opera en varios contextos: centros vecinales, dependencias policiales, juzgados, sociedades de fomento, fundaciones, asilos de niños y ancianos, centros asistenciales y comunitarios de barrios carenciados, además de organizaciones no gubernamentales. Se desarrollan las tareas de asesoramiento en un encuadre grupal o individual, destacando

que en las temáticas de adicción, se resalta el trabajo de coordinación grupal, acompañado por el equipo multidisciplinario de la institución.

Por el contrario, con rigor empírico sobre el cambio de las personas, Prochaska y Diclemente (1986) proponen el modelo transteórico de cambio, siendo una forma integrada de terapia que ubica al paciente en distintos estadios. De acuerdo a la nivelación del paciente, se aplican procesos de cambio para cada etapa del tratamiento, donde se propone un cambio cíclico y no lineal; se comienza con la pre contemplación, etapa caracterizada por falta de motivación para el cambio durante un periodo de 6 meses. En caso de que el paciente pueda avanzar, llega a la contemplación en la que ya hay conciencia de enfermedad y se piensa seriamente en cambiar dentro de los próximos 6 meses. De continuo, esta la fase de preparación que se destaca por la cercanía de la acción sostenida, es decir, en un mes pasara a la acción, pero hasta el momento solo ha tenido acciones no exitosas para abandonar la droga, que igualmente le han permitido combinar la intención con la conducta.

Así, llega a la etapa de acción, en la que se observan claramente los cambios de conducta sostenidos durante por lo menos 6 meses. Una vez asentado en la etapa anterior, se trabaja duramente con el mantenimiento, encausado en fortalecer los logros realizados hasta aquí, previniendo las recaídas; la duración es de 6 meses en adelante. Por último, el paciente llega a la terminación o finalización de la conducta adictiva; fase final caracterizada por no presentar el deseo de consumo, aun en situaciones de riesgo.

Finalmente, Sama (2004) realiza una descripción de las diferentes modalidades de tratamiento en las adicciones. Por ejemplo, la internación psiquiátrica o clínica es adecuada para los pacientes que no se pueden contener en forma ambulatoria, o que requieren del proceso de desintoxicación, a diferencia de las comunidades terapéuticas, donde la demanda de internación, surge a partir de una débil red familiar o social que no puede contener al paciente. Estos pacientes necesitan de una estructura normativa y con un gran repertorio de actividades programadas. En un estilo similar, pero sin llegar a la internación, se encuentran los Hospitales de Día, que son para los pacientes que cuentan con una buena red de contención y que tienen alguna actividad (estudio, trabajo, etc.) estructurada, ofreciendo la elaboración de proyectos de vida alternativos y sanos. En un menor nivel de riesgo, operan los tratamientos ambulatorios: si bien el paciente llega con sufrimiento, la motivación del mismo es alta; en virtud de ello, además de una red contingente, los pacientes pueden sostener la abstinencia y el compromiso hacia el tratamiento. Por último, en esta clasificación están los acompañamientos terapéuticos, la terapia familiar y una supervisión farmacológica.

En conclusión, desde lo comunitario Wilbur Grimnson (1993), describe el concepto de comunidad terapéutica en relación a sus antecedentes provenientes de Europa, como el Programa Uomo, que fue planificado y desarrollado por el Centro Italiano de la Solidarieta (CEIS), siendo el primer modelo de comunidad terapéutica que posteriormente migró hacia EEUU, conocido como el programa Daytop en Nueva York. Dichos modelos se basaban en los postulados de Maxwell Josen, quien estableció por la década del 40, el primer dispositivo terapéutico para la adicción, es decir la comunidad terapéutica, un lugar donde por el solo hecho de residir, es terapéutico por los ideales compartidos de los que conforman esa comunidad.

En relación a lo dicho, el autor considera que existe una sobreestimación en el dispositivo de internación, cuando se lo toma como único camino hacia la rehabilitación del drogodependiente. En oposición a ello, el autor esclarece que la internación es el último recurso cuando un paciente es recidivante, es decir, cuando los demás recursos han sido agotados. Desde este lugar, se relaciona la eficacia del tratamiento con la reinserción social del paciente.

#### **4.5 Investigaciones de la adicción y su relación con las emociones.**

De acuerdo con Oblitas Guadalupe (2002), las personas con dependencia a las sustancias que se encuentran en tratamiento, realizan psi coeducación en estrategias de control de la ira y la agresividad, además de un entrenamiento asertivo y en solución de problemas. También el entrenamiento en habilidades sociales es enseñado para mejorar sus competencias sociales, ya que al carecer de habilidades interpersonales e intrapersonales adecuadas, los adictos carecen de capacidad para controlar su estado emocional sin acudir al consumo de sustancias.

En ese sentido, se realizó una investigación de características de personalidad en sujetos adictos, por Berjano Peirates y Sanchez Hervas (1996) y quedo demostrado que la variable que aparece como más importante en dicho estudio, es la que considera que los sujetos adictos son más inestables emocionalmente, toleran menos la frustración y tienden con más frecuencia a evadir todo tipo de responsabilidad, cuando son comparados con sujetos que no presentan trastornos por dependencia de sustancias.

De modo similar, en la investigación que se realizó con una muestra de alcohólicos rehabilitados, por Colli Alonso y Zaldivar (2002), se ha podido afirmar que existen factores curativos correspondientes a la categoría trabajo psicológico, que son básicos para la rehabilitación de los pacientes, como la comprensión de si mismo y el aprendizaje interpersonal.

Por añadidura, Morales Ortiz (2007) sostiene que las personas con dificultad en la regulación emocional básica (la ira, el miedo, la tristeza, la alegría, el asco y la sorpresa) están mas predisuestas a generar problemáticas interpersonales, debilitando su red familiar y social; aumentando así, la susceptibilidad a la drogodependencia. En tanto la persona pueda fortalecer los factores que conforman la inteligencia emocional, tendrá mayores recursos para auto motivarse y tener una buena comunicación que lo prepare para afrontar las frustraciones de la vida cotidiana, colaborando con la prevención y el tratamiento de las adicciones, además de otras problemáticas psicosociales.

Tal es el caso, de una investigación que se llevó a cabo en un centro de rehabilitación para alcohólicos, donde se evaluó la inteligencia emocional a un grupo de 67 pacientes en tratamiento por dependencia a sustancias. Luego de tres semanas se realizó nuevamente la evaluación al mismo grupo de pacientes. Finalmente los datos demuestran que al cabo de las tres semanas, los niveles de inteligencia emocional eran mayores que en la primera evaluación (Bar-On, 1997).

Como resultado de lo expuesto, las temáticas de adicciones se relacionan con alteraciones en las relaciones inter e intra personales; así mismo, con la

adaptabilidad, el manejo del estrés y los componentes del estado de ánimo general.

#### **4.6 La inteligencia emocional**

La inteligencia emocional tiene sus antecedentes históricos en algunos hitos de la psicología, que teorizaron a la inteligencia enmarcada en un contexto social. En principio, Guilford (1967) acuña el concepto de inteligencia, desarrollándolo en su teoría de múltiples factores (como se cita en Gross, 1998). Paralelamente, Vigotsky (1979), sostuvo que las funciones mentales superiores nacen en un primer plano interpersonal y luego se logran incorporar al plano intrapersonal (como se cita en Martínez Criado, 1994). Por otra parte, Gardner (1983) propuso su teoría de las inteligencias múltiples conformadas por: inteligencia lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, corporal-cenestésica, inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. Por último, Sternberg (1985) postuló la teoría triárquica de la inteligencia humana.

En primer lugar, relaciono la inteligencia y el mundo interno del individuo, refiriéndolo a mecanismos mentales que subyacen a la conducta inteligente; posteriormente, en la subteoría contextual, utiliza estos mecanismos en pos de una adaptación de la persona al medio ambiente circundante. Finalmente, en la subteoría experiencial, el autor sintetiza que la inteligencia está constituida en parte, por una sensibilidad que le permite al sujeto reaccionar a los diferentes acontecimientos de su medio más próximo (como se cita en Gross, 1998).

Para fines del siglo XX, Rivera, Pons, Hernández y Ortiz Nydia (2008) reseñaron el concepto de inteligencia emocional, mismo que adquirió notabilidad en un ámbito no científico, gracias al autor Goleman (1995), quien tomó los postulados teóricos de los autores nombrados anteriormente, entre otros y añadió las investigaciones científicas de Le Douarin (1999) sobre el cerebro emocional. Finalmente, Goleman enfatizó el concepto de inteligencia emocional, a partir de los trabajos desarrollados por Mayer, Salovey y Sluyter (1990).

Por otro parte, Trujillo Flores y Rivas Tovar (2005) consideran que a partir del modelo de inteligencias múltiples de Gardner, en 1990, Mayer y Salovey realzaron la inteligencia emocional a un constructo destacado para la investigación científica.

Paralelamente, Molero Moreno, Saiz Vicente y Esteban Martínez (1998), afirman que dentro de las conceptualizaciones de la inteligencia, destacan las de Gardner: la inteligencia interpersonal, definida por la capacidad de comprender a otras personas y, la inteligencia intrapersonal, definida como la capacidad de comprensión de sí mismo. Los autores sostienen, que ambos tipos de inteligencias han favorecido ampliamente el surgimiento de un nuevo concepto dentro del terreno cognoscitivo, la inteligencia emocional, término acuñado por Mayer y Salovey en el año 1990.

Finalmente, Bar-On (2004) sostiene que junto al devenir del concepto de inteligencia emocional, se pudo aprender que la adaptación social no depende exclusivamente del desarrollo cognoscitivo del individuo, por lo tanto, se entiende que para una óptima adaptación de la persona a su medio, son necesarias las habilidades psicológicas intrapersonales e interpersonales,

además de la capacidad para identificar, entender y manejar las emociones (como se cita en Rivera, Pons, Hernandez y Ortiz Nydia, 2008).

#### **4.6.1 Posturas de la inteligencia emocional**

La utilización del término inteligencia emocional según Mayer, Salovey y Caruso (2006), refiere a los procesos mentales comprometidos en la resolución de problemas, así como en la regulación de la conducta. Estos autores consideran al constructo como un atributo que se diferencia de los rasgos de personalidad por su componente social. Para Salovey y Mayer (1993), la inteligencia emocional se define como una parte de la inteligencia social, que permite la evaluación verbal y no verbal de la expresión emocional, conteniendo así la capacidad de regular las emociones propias como ajenas, mediante el monitoreo de la información proveniente de ellas, a fin de utilizarla para guiar nuestros pensamientos y nuestros comportamientos (Como se cita en Ugarriza, 2001).

El modelo (MSCEIT) de inteligencia emocional según Mayer, Salovey y Caruso (2006), está conformado por cuatro habilidades básicas. La percepción o identificación de las emociones propias como ajenas, a través de la expresión facial, de los sonidos, las imágenes, los movimientos corporales y las entonaciones de la voz. Esta habilidad refiere al grado en que las personas pueden identificar convenientemente las emociones, además de las sensaciones fisiológicas y cognitivas que estas conllevan, realizando un contraste con lo que se está sintiendo o pensando y aquello que es verbalizado, siendo una capacidad para discriminar las diferencias entre el comportamiento verbal y las manifestaciones expresadas.

A continuación, se encuentra el uso de la emoción para la facilitación del pensamiento: implica la capacidad de registrar los sentimientos al momento de estar razonando o solucionando un problema. En efecto, a través de la sinestesia y los sesgos de sentimientos, se logra apreciar como las emociones afectan al sistema cognitivo y viceversa, como nuestros estados afectivos influyen en la toma de decisiones. A su vez, se logra una priorización de los pensamientos en torno a su relevancia, acentuando mayor racionalidad, objetividad y creatividad. Como tercera habilidad, está la comprensión emocional que incluye: las mixturas de las emociones (habilidad para comprender sentimientos complejos, formados por dos o más emociones); las progresiones (evalúa la capacidad de comprensión, en relación a la intensificación de los sentimientos a lo largo del tiempo); las transiciones (refiere a la comprensión de como una emoción desemboca en otra emoción) y por último, la relatividad (describe la capacidad de poder interpretar el estado afectivo de cada persona).

Finalmente, la cuarta habilidad es la del manejo emocional, caracterizada por dos tareas: por un lado, la capacidad de maniobra que tiene la persona en relación al manejo de las emociones ajenas; por otro lado, la tarea se centra en el manejo de las propias emociones.

Por otra parte, Goleman (2000) postula que la inteligencia personal permite acceder a los sentimientos propios y utilizar dicho conocimiento para comprender y acomodar el comportamiento. El autor nombra a estas fortalezas: *la inteligencia emocional* y añade que es la habilidad para auto motivarse y

persistir frente a las frustraciones de la vida, controlando los impulsos y con capacidad para demorar la gratificación. El autor habla también de regular el humor y poder evitar que los trastornos mermen la capacidad de juicio de las personas, sin perder las esperanzas. La conceptualización de la inteligencia emocional por Goleman, se puede sintetizar con los siguientes cinco apartados: conocimiento de las propias emociones; capacidad de controlarlas; capacidad de auto motivarse; reconocimiento de las emociones ajenas y por último, control de las relaciones.

A su vez, existe otro modelo de la inteligencia emocional desarrollado por Extremera Pacheco, Fernández Berrocal, y Mestre Navas (2004), integrado por las dimensiones de atención, claridad y reparación. Dicho modelo es una versión desprendida del MSCEIT.

En conclusión, Bar-On (1997) define la inteligencia emocional como el conjunto de habilidades cognitivas, emocionales y sociales de la persona, que construyen sus recursos para adaptarse y enfrentar las demandas y presiones que el medio ejerce sobre el individuo, influyendo directamente en el bien estar y en la salud emocional; así, la inteligencia emocional es un tipo de inteligencia social, que permite a la persona dirigir y controlar las emociones, además de reconocer que sentimiento está vivenciando; se lo usa con la finalidad de tomar esa rica información para guiar los pensamientos y las acciones hacia la asertividad. Para ello, la evaluación y la expresión de la emoción del yo son registros del estado del ánimo y de los pensamientos que aumentan el control en la vida. Del mismo modo la empatía (evaluación y reconocimiento de las emociones de los demás) es una habilidad destacada en la inteligencia emocional, ya que es una parte importante de la regulación afectiva. Por otro lado, la inteligencia emocional tiene componentes factoriales que se asemejan a los factores de personalidad, pero la diferencia es que pueden modificarse a lo largo de la vida.

El Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (I-CE), puede ser entendido desde la visión sistémica que agrupa las cinco escalas predominantes de la inteligencia emocional: intrapersonales, interpersonales, adaptabilidad, manejo del estrés y ánimo en general. Desde la visión topográfica, el inventario se organiza en factores centrales que se relacionan con los factores resultantes (solución de problemas, autorrealización, felicidad y relaciones interpersonales), además de que se conectan con otro grupo de factores soporte (autoconcepto, independencia, responsabilidad social, optimismo, tolerancia al estrés y flexibilidad). En esta lógica, se vinculan las 15 sub-escalas que hacen en su conjunto al cociente total de la inteligencia emocional.

Se destacan los factores centrales, compuestos por: conocimiento de sí mismo, asertividad y empatía, seguido de la prueba de realidad y el control de los impulsos. Los factores centrales regulan algunos factores resultantes, lo que favorece a la felicidad, es decir, un buen nivel de satisfacción de la vida en general.

Así mismo, Bar-On continuó investigando el inventario, lo que finalmente lo llevó a comprender que los factores centrales y los resultantes, dependen de los factores soportes; por ejemplo, llegar a reconocer las emociones depende de la autoestima; de esta última depende la asertividad, relacionada con la independencia emocional; de ahí que es muy difícil para las personas dependientes y no asertivas, expresar sus sentimientos a otros (Ugarriza, 2001).

## **4.7 Conclusiones de las investigaciones sobre las adicciones y la inteligencia emocional**

A través de una investigación, en la que se evaluó la inteligencia emocional en relación a poblaciones clínicas y poblaciones generales (en EEUU, África del Sur y Argentina), se pudo demostrar que los niveles de inteligencia emocional fueron mayores en la población general, comparada con la población clínica (Bar-On, 1997).

En otros ámbitos, Liomonero, Tomas-Sabado y Fernandez-Castro (2006) realizaron una investigación que evaluó la inteligencia emocional percibida y su relación con el consumo de tabaco y cannabis, en 133 estudiantes de psicología. Los resultados indicaron que los estudiantes que tenían mayor frecuencia de consumo, tenían niveles más bajos en el componente de reparación emocional. Este componente refiere a la creencia del sujeto en cuanto a su capacidad de atravesar estados emocionales negativos y prolongar los positivos.

Se pudo comprobar que los niveles más altos de claridad emocional, se obtuvieron con los estudiantes que tenían un consumo ocasional, es decir, aquellos que consumieron menor cantidad de sustancia del grupo total.

Villa Moral, Sirvent y Blanco (2011), realizaron una investigación con 328 pacientes en tratamiento por adicciones que conformaban los siguientes grupos: un 24,4% de alcohólicos; un 18,9% de cocainómanos y alcohólicos y un 11% de cocainómanos y adictos

a opiáceos. En dicho estudio se evaluaron las adicciones y la asertividad. Esta última es entendida para los autores como una habilidad personal que posibilita una adecuada expresión de sentimientos y opiniones, ya que representa una competencia emocional clave en la inteligencia emocional, en lo referente a la autonomía e independencia, así como en la autogestión emocional y el control de los impulsos. Finalmente, los resultados demostraron los severos déficits en la asertividad de los pacientes adictos, en relación a lo dicho, los autores concluyen en la necesidad de aportar entrenamiento psicosocial en asertividad como recurso terapéutico.

Por otro lado, se realizó una investigación descriptiva por parte de Caceres, Salazar y Tovar (2006) sobre el consumo de drogas legales e ilegales y los factores psicosociales de riesgo y de protección relacionados con el consumo, en una muestra de 763 estudiantes universitarios. La investigación mencionada describe que los altos niveles de autoestima, predisponen a las personas a negarse al consumo de drogas. Sin embargo, no sucede lo mismo cuando las habilidades sociales están alteradas y demuestran bajos niveles en la asertividad, ya que las personas que consumen drogas, les es costoso defender sus opiniones.

A su vez, en dicho estudio se describió que la presencia de ansiedad, depresión y estrés, entre otros factores está vinculada al consumo de drogas, además de un déficit en el control de los impulsos por la asociación de experimentar sensaciones placenteras de forma fácil y rápida, que llegan a

modificar los sentimientos asociados al malestar; por otro lado, las dificultades de controlar el comportamiento, predisponen a las personas a una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de drogas, además de que se observa la tendencia a realizar

un pobre esfuerzo personal y obtener así satisfacciones inmediatas y placenteras.

Consecuentemente, en la investigación se describe la insatisfacción con las relaciones interpersonales; desde ahí es que las personas que consumen drogas, le atribuyen un alto valor a la misma, ya que para ellos es un medio funcional ante esta fuente de frustración.

Por último, se pudo demostrar que las habilidades emocionales (autoconocimiento, identificación, expresión y manejo de los sentimientos, control de los impulsos y las gratificaciones demoradas y el manejo del estrés) disminuyen las probabilidades de consumir drogas, en tanto que permiten resolver los problemas interpersonales de manera positiva.

Del mismo modo, Muñoz Hurtado y Tejero Pociello (2009) describen las características generales de los pacientes adictos: la impulsividad; ciertos rasgos de personalidad (predominan los del cluster b); problemas en el estado de ánimo y dificultad en la regulación emocional. De lo dicho, se desprende que la impulsividad se relaciona con la falta de recursos personales ante situaciones de estrés y solución de problemas. A su vez, los autores vinculan de manera directa a la inteligencia emocional con los trastornos por drogodependencia, en relación a la carencia de la expresión y gestión de las emociones, refiriéndola a sus reacciones corporales, tanto como a la experiencia consciente de la emoción. Finalmente los autores concluyen que para los pacientes adictos, la adquisición de habilidades emocionales les ayudaría en aumentar el conocimiento de sí mismos (uno de los componentes más destacados de la inteligencia emocional), lo que les permitiría ajustar la regulación de sus estados emocionales, tanto negativos como positivos, para que se fortalezcan y puedan tomar una posición de autoeficacia y prevención ante el consumo.

## **5. Metodología**

**5.1 Tipo de estudio:** Correlacional, de diseño no experimental.

### **5.2 Participantes**

La muestra de tipo no probabilística de sujetos voluntarios, estuvo conformada por un grupo de 20 pacientes diagnosticados con trastornos por dependencia a sustancias (grupo clínico), que realizaban tratamiento ambulatorio y de internación en la Institución P-A y por otro grupo de 20 sujetos (grupo control) de población general (estudiantes del bachillerato para adultos, entre otros voluntarios anónimos, que tenían mayor grado de educación). Así, la muestra total quedó integrada por 40 sujetos; ambos grupos de género masculino, de nacionalidad argentina, fueron estratificados por igual nivel de educación.

Tabla 1.

Nivel de instrucción de los participantes.

Universitario completo 5% ( $n=2$ )

Secundario completo 22,50% ( $n=9$ )

Secundario incompleto 67,50% ( $n=27$ )

Primario incompleto 5% ( $n=2$ )

Por último, la edad media del grupo clínico fue de 30.05 ( $DE=8.05$ ), mientras que en el grupo control fue de 33.65 ( $DE=7,58$ ), con un mínimo de 18 años y un máximo de 50 años.

### **5.3 Descripción del Instrumento**

A fin de llevar a cabo la evaluación, se utilizó el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On (I-CE). Su nombre original es: EQ-I BarOn Emotional Quotient Inventory, cuyo autor es Reuven Bar-On; dicho instrumento ha sido adaptado en la versión castellano de Ugarriza (2001). El tipo de administración es individual o colectiva, su duración es sin límite de tiempo, aproximadamente de 30 a 40 minutos; además, su aplicación es para individuos de 15 años en adelante y requiere nivel lector de sexto grado de la primaria. Su puntuación puede ser manual o computarizada. Consta de 15 sub-escalas que se organizan en 5 áreas destacadas. El material está conformado por un cuestionario de 133 preguntas, bajo un formato de respuesta de escala tipo Likert de auto respuestas con cinco opciones: 1-rara vez o nunca es mi caso; 2 -pocas veces es mi caso; 3 -a veces es mi caso; 4 -muchas veces es mi caso; 5 -con mucha frecuencia o siempre es mi caso (Bar-On, 1997).

#### **5.3.1 Descripción de las sub-escalas**

Por otra parte, el inventario evalúa la inteligencia emocional a través de 15 subescalas, que se agrupan en cinco áreas destacadas: CIA (componentes intrapersonales), conformada por: conocimiento de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia. En esta escala, se logra apreciar la capacidad del individuo para reconocer sus sentimientos, logrando registrar como se siente consigo mismo y con lo que hace en su vida, además se evalúa su expresión emocional, relacionada con la asertividad y la independencia. La segunda escala, CIE (componentes interpersonales) involucra la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social. Esta área incide sobre las habilidades sociales en relación a la interacción y comprensión de los vínculos sociales, tanto en un nivel íntimo y satisfactorio, como en la cooperación y contribución hacia la sociedad. Contiguamente, la escala CAD (componentes de adaptabilidad) está compuesta por: solución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad. Dichas sub-escalas evalúan la capacidad de las personas para identificar los problemas y generar una acción resolutive y eficaz, de ahí que requieran tener un buen criterio de realidad y capacidad de ajuste emocional, intelectual y conductual, a fin de adaptarse a las demandas de un medio ambiente cambiante. En sentido similar, la escala CME (componentes del manejo del estrés) reúne la tolerancia al estrés y el control de los impulsos. Esta dimensión hace referencia a como pueden responder las personas ante situaciones fuertemente estresantes; además, deja ver cómo es su habilidad para postergar los impulsos, controlando sus emociones. Por último, la escala CAG (componentes de ánimo general) incluye a la felicidad y el optimismo; ambas variables informan sobre los niveles de satisfacción general de las personas, en tanto puedan llegar a sentirse contentos con su persona y con los demás, habilitando así una actitud positiva ante la vida a pesar de los sentimientos negativos (Bar-On, 1997), (Ver anexo).

## 5.4 Procedimiento

Para el grupo clínico, se realizó la aplicación del inventario dentro de la Institución P A a un total de 24 pacientes. La administración de la técnica fue de a 2 sujetos por vez, dentro de una sala con privacidad y buena iluminación. A estos efectos, se supervisó que los sujetos posean capacidad lectora y, en cada instancia de evaluación, se les explicó claramente las consignas del test, en virtud de que pueden realizar las preguntas que ellos consideren necesarias a fin de poder responder con correcta comprensión.

Por otro lado, se aplicó el mismo inventario en población general (grupo control), a 15 alumnos del bachillerato para adultos; se estuvo presente en las aulas a fin de poder despejar las dudas que pudieran tener los participantes. Por último, de 10 sujetos voluntarios anónimos, a 3 se les envió el inventario por correo electrónico y en los 7 casos restantes, la administración se realizó en sus ámbitos laborales.

Finalmente, se les informó a todos los participantes que la aplicación del inventario era para fines académicos y que no se concedería su devolución. La participación de todos los sujetos ha sido voluntaria y con consentimiento informado. Los inventarios que se incluyeron para la investigación, fueron solamente aquellos que superaron los índices de validación de dicha técnica.

Por último, se compilaron los datos recolectados y se los ingresó en una base de datos del programa estadístico Infostat para su posterior análisis.

## 6. Desarrollo

Con el fin de responder al primer objetivo específico de la investigación, se probó el supuesto de normalidad y posteriormente se utilizó la prueba t para dos muestras independientes, permitiendo así estudiar las diferencias de los niveles de las sub-escalas de la inteligencia emocional, entre el grupo clínico y el grupo control. Las puntuaciones medias, los desvíos estándares y la puntuación total de las sub-escalas de la inteligencia emocional de ambos grupos, se presentan en la Tabla 2.

### 6.1 Comparación de los valores de la inteligencia emocional entre el grupo clínico y el grupo control

Tabla 2.

Medidas resumen, puntuaciones medias, desvíos estándares y puntuación total de las escalas de inteligencia emocional de Bar-On, comparadas en ambos grupos

Variables	grupo control (n=20)	Media	D.E.	grupo clinico (n=20)	Media	D.E.	t
Conocimiento de si mismo	30,6	5,27	23,5	6,31	3,86	**	
Asertividad	24,15	5,07	21,75	5,17	1,48		
Autoconcepto	36,5	4,92	28,95	6,53	4,13	**	
Autorrealizacion	35,8	4,88	33,45	4,25	1,62		
Independencia	27,75	4,72	22	4,74	3,85	**	
Empatia	33,45	3,27	29,5	4,52	3,16	**	
Relaciones interpersonales	44,65	4,87	39,65	6,07	2,87	**	

Responsabilidad social 41,8 4,72 35,35 6,18 3,71\*\*  
 Solucion de problemas 30,95 5,04 22,85 5,68 4,77\*\*  
 Prueba de realidad 38 6,08 30 6,06 4,17\*\*  
 Flexibilidad 29,15 5,85 24,5 4,08 2,91\*\*  
 Tolerancia al estres 32,2 5,95 21,95 5,71 5,56\*\*  
 C C Control de los impulsos 34,85 6,23 23,7 7,44 5,14\*\*  
 Felicidad 37,05 4,9 33,35 4,82 2,41\*  
 Optimismo 33,7 3,81 25,85 5,1 5,51\*\*  
 Componentes intrapersonales 154,8 18,08 129,65 20,11 4,16\*\*  
 Componentes interpersonales 119,9 8,56 104,5 11,96 4,68\*\*  
 Componentes de adaptabilidad 98,1 14,45 77,35 10,7 5,16\*\*  
 Componentes del manejo de estres 67,05 11,2 45,65 12,22 5,77\*\*  
 Componentes de animo general 70,75 7,75 59,2 8,89 4,38\*\*  
 Cociente t. de inteligencia emocional 510,6 47,52 416,35 51,97 5,99\*\*

*\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,05$*

*\*\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,01$*

Los resultados obtenidos dentro del primer objetivo específico del presente estudio, conducen a comparar las diferentes puntuaciones de los niveles de la inteligencia emocional, en individuos en tratamiento por consumo de sustancias e individuos sanos.

Desde un marco general del análisis de los datos obtenidos, se han encontrado diferencias significativas en la inteligencia emocional entre ambos grupos, ya que de las 15 sub-escalas que evalúa la técnica, existen diferencias significativas en 13, además de los cinco componentes generales, que en su totalidad han llegado a marcar distinciones.

En consecuencia, el grupo control ha tenido mayores niveles en el total de la inteligencia emocional que el grupo clínico; esto indicaría, como sostiene Bar-On (1997), que el grupo control está conformado por individuos que presentan un sano contacto con sus sentimientos, logrando sentirse bien con sí mismos y con destrezas para desarrollar su potencial; se caracterizan por poseer un buen manejo del estres y rara vez pierden el control, lo que acompaña a un buen criterio de realidad y de asertividad; entre otras cosas, tienen buena capacidad para resolver problemas y son generalmente felices en sus vidas, además de tener una visión optimista de la realidad. Sin embargo, el autor considera oportuno realizar un análisis particular por las sub-escalas del inventario, ya que teniendo altos valores en el total de la inteligencia emocional, pueden haber bajos valores en una o varias sub-escalas y viceversa. Por lo tanto, habiendo diferencias significativas de la inteligencia emocional entre los pacientes y los individuos sanos, se lograron apreciar dos sub-escalas: *asertividad* y *autorrealización*, que no llegaron a puntuar diferencias significativas.

Estos resultados generan un contraste con Villa Moral, Sirvent y Blanco (2011), quienes a través de una investigación llevada a cabo con pacientes en tratamiento por adicciones, demostraron en sus resultados que los pacientes presentaban muy bajos niveles en la asertividad.

Pese a lo expuesto, los resultados obtenidos no son sorprendidos en tanto que concuerdan con otras investigaciones previas que se nombran en el siguiente párrafo, además, el eje principal de esta investigación expresa las dificultades que presentan los pacientes adictos y las áreas que se involucran con la inteligencia emocional.

En ese sentido, se evidencia la similitud de los resultados a través de una investigación en la que se pudo demostrar que los niveles de inteligencia

emocional fueron mayores en la población general, comparada con la población clínica (Bar-On, 1997).

De modo similar, en el presente estudio la inteligencia emocional ha obtenido mayores niveles en población general, cuando ha sido comparada con la población clínica.

Desde un análisis por áreas generales que integran a la inteligencia emocional, los componentes del manejo del estrés, han enfatizado en las diferencias significativas entre ambos grupos, siendo que en el grupo clínico los niveles de esta sub-escala son menores que los del grupo control; esto se podría traducir en que los pacientes en tratamiento por consumo de sustancias, presentan mayor dificultad en el control de los impulsos y la tolerancia al estrés que la población general.

Concerniente a estos resultados, Bar-On (1997) describe que en la dimensión del manejo del estrés, se observa la capacidad de las personas en cuanto a sus destrezas para funcionar eficazmente bajo altos niveles de presión, sin perder el control ante intensas emociones; por el contrario, bajos valores en esta sub-escala, dan cuenta de la dificultad para lograr una buena concentración, mermando así la capacidad de tomar decisiones, vinculándose los problemas de un escaso control de impulsos con la baja tolerancia a la frustración.

Resulta oportuno mencionar, que una de las características más generales de los pacientes adictos es la impulsividad, relacionada con la falta de recursos personales ante situaciones que demandan altos niveles de estrés (Munoz Hurtado & Tejero Pociello, 2009).

Acompañando lo expuesto en los resultados, desde las teorías de la adicción, Volkow (2008) sostiene que a través de estudios de imágenes del cerebro, se pudo demostrar que las personas que consumen sustancias psicoactivas sufren cambios físicos en áreas frontales del cerebro que afectan el juicio y el control de los impulsos, entre otras funciones. Por otro lado, el autor añade algunas razones por las cuales los individuos consumen droga, por ejemplo: altos niveles de ansiedad, depresión o de estrés, lo que lleva a los adictos a utilizar la sustancia como una compensación ante los sentimientos de angustia.

Finalmente, Berjano Peirates y Sanchez Hervas (1996) realizaron una investigación de características de personalidad en sujetos adictos, donde se demostró que los pacientes presentaban mayor inestabilidad emocional y toleraban menos la frustración, cuando se los comparaba con individuos sanos. Por otra parte, se han encontrado diferencias significativas en la sub-escala de los componentes de adaptabilidad, en tanto que el grupo clínico tuvo menor puntuación en esa dimensión, que el grupo control; estos resultados llevan a desplegar las temáticas referentes a la solución de problemas, la prueba de realidad y la flexibilidad.

Desde las teorías de la inteligencia emocional, Bar-On (1997) sostiene que las bajas puntuaciones de la sub-escala prueba de realidad, generan una tendencia a la exageración, afectada por una visión poco objetiva de la realidad, donde los individuos pueden adoptar actitudes poco eficaces al momento de resolver un problema, interfiriendo en poder discriminar lo relevante del problema; además esto genera una distancia entre lo que los individuos experimentan (lo subjetivo) y lo que es en la realidad (lo objetivo). Del mismo modo, las bajas puntuaciones de la sub-escala flexibilidad en los

pacientes adictos, podrían añadir cierta dificultad en poder ajustar o regular las emociones y la conducta, además de presentar rigidez de ideas o pensamientos.

En relación a las alteraciones nombradas, el consumo de drogas generan variaciones en el organismo, tanto en su acción mental, conductual y en su percepción (Yaria, 1993). En sentido similar, se llegan a producir alteraciones psicológicas: trastornos del pensamiento, de las emociones y la conducta, como consecuencia de la abstinencia del consumo de sustancias (Sadock & Sadock, 2008).

Por último, en relación a las alteraciones de la realidad, las teorías psicodinámicas postulan que el dependiente logra evadir la realidad, con el rechazo del cuerpo y los estados de no conciencia a través del consumo de sustancias, lo que es un reflejo de un trastorno funcional del yo (Ey, Bernard & Brisset, 1989).

Por consiguiente, en la dimensión de componentes interpersonales, los resultados obtenidos demostraron ser menores en el grupo clínico, que en el grupo control, siendo que aquí se involucran la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social.

Los resultados son concordantes con las teorías neurobiológicas, que describen al ser humano con una región frontal fuertemente desarrollada para la sociabilización y la capacidad empática; en ese sentido, Lancelotti (2009) sostiene que las personas que padecen de adicciones, presentan alteraciones en los circuitos de recompensa del funcionamiento cerebral, disminuyendo la capacidad de sentir placer en las relaciones interpersonales, cuando son comparados con personas que no consumen sustancia.

En sentido paralelo, Goldstein (2003) añade que los estudios realizados sobre la adicción, conducen a describir que los circuitos de recompensa de placer y satisfacción son defectuosos, significando que sus niveles de satisfacción, en relación a los vínculos sociales, no son normales, por que presentan baja motivación y dificultad para relacionarse.

Consecuentemente, la falta de interés vincular puede trasladarse a lo social, respecto de la responsabilidad. Desde esta postura, varias teorías sobre la toxicomanía han catalogado a las adicciones, desde un lugar de falla ética y moral por parte de la persona adicta y no desde un lugar terapéutico (Goldstein, 2003). Pese a lo expuesto, los trastornos por consumo de sustancias, suelen estar vinculados con acciones legales. Según A.P.A. (2002), el abuso de sustancias conduce a tener problemáticas interpersonales y legales.

Por otro lado, los resultados están en clara concordancia con algunas posturas de la inteligencia emocional, como la de Morales Ortiz (2007), que sostiene que los individuos con dificultad en la regulación emocional, tienen mayor probabilidad de generar problemáticas interpersonales, debilitando su red social y aumentando la susceptibilidad a la drogodependencia.

Así, Bar-On (1997) añade respecto de las relaciones interpersonales que cuando los niveles de empatía no son altos, los individuos presentan dificultad en registrar los sentimientos de otras personas, demostrando insensibilidad en los vínculos; además, los individuos pueden quedar en varias situaciones sociales al margen, por no poder comprender por qué las personas se sienten de tal o cual modo. Ahí, se observa la incapacidad de leer emocionalmente al

otro y es vivido para la persona con la que se vincula, como una falta de interés.

Finalmente, los resultados obtenidos generan similitud con un estudio descriptivo realizado por Cáceres, Salazar y Tovar (2006), sobre el consumo de drogas legales e ilegales, donde sus resultados detallan que cuando las habilidades sociales están alteradas, aumenta la probabilidad del consumo de drogas, debido a la insatisfacción que sienten los adictos en las relaciones interpersonales y donde la sustancia pasa a tener un valor más elevado que los vínculos sociales, ya que amortigua ese foco de frustración.

Por otra parte, se han encontrado diferencias significativas en el componente de ánimo general, ya que el grupo clínico ha obtenido menores niveles que el grupo control en esta dimensión, que involucra las variables felicidad y optimismo.

Los resultados obtenidos en relación al estado de ánimo general, generan un paralelismo con las posturas de Caballo y Simon (2005), quienes relacionan la conducta adictiva de sustancias psicoactivas ante el estado de ánimo negativo, donde el consumo de la droga reduce el mal estar que la persona padece, generando así un reforzamiento en la conducta de consumo.

Entonces, desde las teorías de la inteligencia emocional, Bar-On (1997) postula que bajos valores en la sub-escala de ánimo general, se pueden relacionar con individuos que tienen una visión pesimista de la vida, dificultando el poder mantener una conducta positiva y esperanzadora, más aun ante la adversidad.

En ese sentido, los resultados obtenidos son similares a los de una investigación que se llevó a cabo por Liomonero, Tomas-Sabado y Fernandez-Castro (2006), quienes evaluaron la inteligencia emocional percibida y su relación con el consumo de tabaco y cannabis, en 133 sujetos. Sus resultados arrojaron que a mayor frecuencia de consumo, disminuye el componente de reparación emocional, que se refiere a la creencia del sujeto en su capacidad de atravesar estados emocionales negativos y prolongar los positivos, aun en situaciones adversas.

Por último, los resultados obtenidos en la dimensión de componentes intrapersonales, han llegado a distinguir diferencias significativas entre ambos grupos, en tres de sus cinco áreas: conocimiento de sí mismo, autoconcepto e independencia, donde los valores han sido mayores en el grupo control que en el grupo clínico.

Como resultado de los datos obtenidos, Bar-On (1997) describe las características asociadas a bajos niveles en la variable conocimiento de si mismo, como una dificultad para reorganizar los propios sentimientos, de dar cuenta de ellos, además de llegar a diferenciarlos entre sí. Esta habilidad de darse cuenta de las emociones, que está vinculada con el autoconcepto, en los mismos niveles de análisis, denota cierta dificultad en autorespetarse y aceptarse a si mismo, tanto en las virtudes, como en los defectos y en poder registrar con buen criterio de realidad, las posibilidades y las limitaciones de cada individuo.

En efecto, se pueden apreciar sentimientos de insatisfacción e inadecuación o de inferioridad en los individuos. Por otro lado, en lo que refiere a la sub-escala de independencia, asociándola con una merma de la autoestima y valores bajos en el componente intrapersonal, el autor, remarca el reforzar la capacidad de auto gobernarse en las conductas, para fortalecer la seguridad emocional. Por lo que la falta de autonomía, lleva a los individuos a requerir

mayor protección, demandando más de los demás que de sí mismos para poder tomar decisiones.

Cabe destacar, la concordancia de los resultados obtenidos en relación a un estudio previo realizado por Colli Alonso y Zaldivar (2002), con alcohólicos rehabilitados, ya que sus deducciones afirman que la variable que generó mayor distinción, ha sido la comprensión de sí mismo, en la rehabilitación de dichos pacientes.

## **6.2 Análisis de la relación entre los valores de las sub-escalas de la inteligencia emocional y el tiempo de consumo de sustancias**

En razón de responder al segundo objetivo específico del presente estudio, se han correlacionado las variables: tiempo de consumo de sustancias y las sub-escalas de la inteligencia emocional, en 20 pacientes en tratamiento de rehabilitación de drogas.

A estos efectos, se procedió de la siguiente manera: previamente se realizó un boxplot donde se detectó un dato atípico en la variable tiempo de consumo, por lo que se decidió eliminar el caso para los siguientes análisis y posteriormente, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre ambas variables. Finalmente, los resultados obtenidos se exponen en la Tabla 3.

Tabla 3.

Correlación entre tiempo de consumo y las sub-escalas de la inteligencia emocional.

Sub-escalas de la inteligencia emocional

Pearson ( $r$ ) correlacionado con tiempo de consumo

Conocimiento de si mismo -0,08

Asertividad 0,13

Autoconcepto **-0,50 \***

Autorrealización -0,31

Independencia 0,11

Empatía -0,06

Relaciones interpersonales 0,02

Responsabilidad social 0,07

Solución de problemas 0,10

Prueba de realidad -0,22

Flexibilidad -0,13

Tolerancia al estrés -0,16

Control de los impulsos -0,23

Felicidad **-0,47 \***

Optimismo -0,03

Componentes intrapersonales -0,19

Componentes interpersonales 0,03

Componentes de adaptabilidad -0,12

Componentes del manejo de estrés -0,21

Componentes de ánimo general -0,27

Cociente t. de inteligencia emocional -0,19

*\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,05$*

Como resultado de lo expuesto en el segundo objetivo del presente estudio, los datos obtenidos muestran la existencia de una asociación inversa moderada entre tiempo de consumo y felicidad ( $r = -0,47$ ) y una asociación inversa sustancial entre tiempo de consumo y autoconcepto ( $r = -0,5$ ), lo que significaría que a mayor tiempo de consumo de sustancias, los niveles de las

sub-escalas felicidad y autoconcepto, disminuyen. Siendo el autoconcepto la variable que levemente se destacó más en relación al tiempo de consumo, se denomina por Bar-On (1997), como la habilidad de respetarse y aceptarse a uno mismo y como uno se ve, tanto que permite no rechazar los aspectos negativos y positivos de la persona, como de sus limitaciones y posibilidades. Dicho componente de la inteligencia emocional, el autor lo asocia a los sentimientos de seguridad, de fuerza interna, de autoconfianza y de sentimientos de adecuación. En general, sentirse seguro de uno mismo, depende del autorespeto y de la autoestima, en tanto se afirman con un buen desarrollo de la identidad.

De lo dicho, se desprende que los resultados obtenidos tienen coherencia con varias teorías de la adicción, comenzando con Wilbur Grimnson (1999), quien había clasificado a la población según la frecuencia de consumo de sustancias, en tanto las personas abstinentes se caracterizan por tener proyectos de vida significativos y con alta autoestima.

Contrariamente, los abusadores de sustancia generan una identidad asociada a la droga. En una postura similar, Yaria (1993) describe a los abusadores de sustancias, como sujetos con inestabilidad emocional que reflejan la falta de un proyecto de vida y con deterioros de la autoestima.

Particularmente, Caballo y Simon (2005) remarcaban que ante la ansiedad social, las personas buscaban el consumo de droga para amortiguar sus estados de ansiedad, siendo esto comparable a los sentimientos de inadecuación que podrían presentar los sujetos con bajos niveles del autoconcepto.

En relación a las alteraciones de la autoestima, Volkow (2008) sostiene que las personas comienzan a consumir drogas para sentirse mejor; tal es el caso de los estimulantes (cocaina), que generan un falso sentimiento de poder y de autoconfianza.

Finalmente, en lo concerniente a la asociación entre el tiempo de consumo de sustancias y los bajos niveles en autoconcepto, Casarino y Leonetti (1996) remarcan que los sentimientos de seguridad en sí mismos y la sana autoestima son factores de protección, en tanto disminuyen el riesgo de enfermar.

Acompañando los principios teóricos de la adicción y los resultados obtenidos, se pudo demostrar que existen congruencias con investigaciones previas sobre el consumo de drogas y los factores de protección, como fue el estudio realizado por Caceres, Salazar y Tovar (2006), donde se muestra que altos niveles de autoestima, predisponen a las personas a negarse al consumo de drogas.

Por otro lado, los resultados obtenidos indican que cuando el tiempo de consumo de drogas aumenta, los niveles de felicidad disminuyen. De acuerdo con los principios de la inteligencia emocional, la felicidad es un regulador de los niveles de satisfacción en la vida general de las personas, además de que influye directamente con la capacidad de diversión, en tanto que la felicidad engloba la posibilidad de alegrar varios aspectos de la vida, porque se la asocia con el entusiasmo y, es fundamental en tanto que es un marcador que sistematiza toda la inteligencia emocional y su funcionamiento. Por lo tanto, bajos niveles en esta dimensión se vinculan con los síntomas de la depresión (Bar-On, 1997).

A su vez, los resultados tienen concordancia con varias teorías sobre las toxicomanías. En principio, los resultados obtenidos se ajustan claramente con los postulados de la neurobiología, así Lancelotti (2009) indica la importancia de la función de la dopamina asociada a la capacidad de sentir placer y satisfacción por la vida. Los adictos, por el efecto del consumo de drogas, sufren un cambio neuroplástico que altera el funcionamiento cerebral de la dopamina, por lo que sus efectos se traducen en una disminución de la capacidad para sentir placer por las cosas normales de la vida cotidiana.

De la misma manera, cuando los adictos se encuentran en fases de abstinencia de sustancias psicoactivas, Goldstein (2003) describe tales estados como un cuadro de depresión y aburrimiento. Consecuentemente, el autor añade que a través de estudios genéticos, se pudo demostrar que los adictos presentan un circuito de recompensa de placer defectuoso, disminuyendo así los niveles de satisfacción en áreas generales de la vida, demostrando falta de entusiasmo y motivación en las actividades que realizan.

Sumado a esto, Sadock y Sadock (2008) postulan que la anormalidad en los circuitos de recompensa suele ser preexistente a la drogadicción y que entre un tercio y la mitad de los pacientes dependientes a sustancias depresoras, tiene un episodio de depresión mayor a lo largo de su vida.

Respecto lo dicho, existen similitudes con una investigación que se realizó por Caceres, Salazar y Tovar (2006) sobre las adicciones y los factores de riesgo. Sus resultados describen que la presencia de depresión entre otros factores, está vinculada al consumo de sustancias.

### **6.3 Comparación de los valores de las sub-escalas según tiempo de tratamiento**

En virtud de responder al tercer objetivo del estudio que se detalla, se compararon los niveles de las sub-escalas de la inteligencia emocional, según el tiempo de tratamiento de rehabilitación de las drogas, en 20 pacientes (bajo la modalidad comunidad terapéutica de internación y ambulatoria), de los cuales 10 presentaban un tiempo menor a 6 meses de tratamiento y los 10 restantes, un tiempo mayor a 6 meses.

En principio, se realizó el supuesto de normalidad y consecuentemente se utilizó la prueba t para dos muestras independientes. Los resultados obtenidos, puntuaciones medias, desvíos estándares y puntuación total de las sub-escalas de la inteligencia emocional, se detallan en la Tabla 4.

Tabla 4.

Puntuaciones medias, desvíos estándares y puntuación total de las escalas de inteligencia emocional de Bar-On, comparadas por tiempo de tratamiento

Más de 6 meses

(n=10)

Menos de 6

meses (n=10)

Variables Media D.E. Media D.E. t

Conocimiento de si mismo 27 6,53 20 3,77 **2,93\*\***

Asertividad 24,1 5,67 19,4 3,47 **2,24\***

Autoconcepto 32,5 4,43 25,4 6,5 **2,85\***

Autorrealización 35,4 3,5 31,5 4,17 **2,26\***

Independencia 22,7 5,27 21,3 4,3 0,65

Empatía 31,2 4,13 27,8 4,44 **1,77\***

Relaciones interpersonales 42,1 5,8 37,2 5,55 **1,93\***

Responsabilidad social 37,1 5,93 33,6 6,22 1,29  
 Solucion de problemas 24 5,25 21,7 6,13 0,9  
 Prueba de realidad 33,5 2,92 26,5 6,47 **3,12\*\***  
 Flexibilidad 26,4 3,24 22,6 4,09 **2,3\***  
 Tolerancia al estres 23,9 4,46 20 6,36 1,59  
 Control de los impulsos 25,2 7,63 22,2 7,33 0,9  
 Felicidad 35,7 4,16 31 4,4 **2,45\***  
 Optimismo 27,4 3,69 24,3 6 1,39  
 Componentes intrapersonales 141,7 16,93 117,6 15,63 **3,31\*\***  
 Componentes interpersonales 110,4 11,59 98,6 9,5 **2,49\***  
 Componentes de adaptabilidad 83,9 7,48 70,8 9,51 **3,43\*\***  
 Componentes del manejo de estres 49,1 10,66 42,2 13,24 1,28  
 Componentes de animo general 63,1 5,49 55,3 10,14 **2,14\***  
 Cociente t de inteligencia emocional 448,2 38,2 384,5 44,58 **3,43\*\***  
*\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,05$*   
*\*\*resultados significativos a nivel de significación  $p < 0,01$*

Los resultados obtenidos demuestran en líneas generales, diferencias significativas entre las puntuaciones totales de la inteligencia emocional y el tiempo de tratamiento; a saber, los pacientes que tenían mas de 6 meses de tratamiento han obtenido valores más altos en el total de la inteligencia emocional, que los pacientes ingresantes al mismo. De lo dicho, se desprende que el tratamiento podría haber tenido influencia respecto de la rehabilitación de las áreas afectadas por la patología tratante.

Las teorías troncales de las adicciones postulan que los objetivos generales de los tratamientos por dependencia a sustancias, se orientan en mejorar las áreas psicológicas, legales, sociales, médicas y psiquiátricas de los pacientes, en cuanto puedan aumentar el grado de conciencia de enfermedad, desintoxicarlos y deshabituarlos psicológicamente de las sustancias y entrenarlos en medidas de cuidado ante las posibles recaídas; finalmente, sus mayores metas son: lograr mejorar el estilo de vida del paciente y determinar el cambio hacia una vida sana (Becona Iglesias, 2006).

Acompañando lo dicho y en un sentido global del análisis de los resultados obtenidos, los aportes de Wilbur Grimnson (1993) generan concordancia porque describen el concepto de comunidades terapéuticas, como un dispositivo de asistencia integral para las adicciones, que de por si es terapéutico debido a los ideales que comparten los residentes que conforman la comunidad.

A su vez, existe coherencia en los resultados obtenidos, tanto por las teorías de las adicciones, como por la fuente empírica de las investigaciones. Tal es el caso de un estudio realizado por Segura Lopez, Osorio del Rio, Pedrero Perez y Puerta Garcia (2004), en el que se evaluó la sintomatología de pacientes en tratamiento por adicciones en la modalidad de comunidad terapeutica profesional. Los resultados indicaron que los pacientes que completaron el tratamiento, lograron disminuir los niveles de sintomatología.

Por lo expuesto hasta aquí, se reconoce que la inteligencia emocional es una variable susceptible al cambio, en otras palabras, desde los basamentos teóricos de la inteligencia emocional, Mayer, Salovey y Caruso (2006) describen a la inteligencia emocional, como un constructo que puede ser modificado a lo largo de la vida; a su vez, Salovey y Mayer (1993), agregan que la inteligencia emocional está circunscripta a la inteligencia social. De la misma manera, Bar-On (1997) añade que la inteligencia emocional es un tipo

de inteligencia social y aunque presente componentes factoriales parecidos a los factores de personalidad, se diferencian de estos, por la capacidad de variabilidad a lo largo de la vida.

En particular, analizando los datos por dimensiones, se reconocen las diferencias significativas en los componentes intrapersonales, ya que los pacientes con más tiempo de tratamiento, han tenido mayor puntuación en las variables conocimiento de sí mismo, asertividad, autoconcepto y autorrealización, que el grupo con menor tiempo tratado. Por lo tanto, los resultados indicarían que los pacientes con mayor tiempo de tratamiento estarían más naturalizados al contacto de sus sentimientos y en una acertada expresión de sus emociones, presentando mayor auto apreciación y satisfacción en sus logros (Bar-On, 1997),

que los pacientes novatos. En efecto, el autor agrega que el poder registrar correctamente las emociones depende de la autoestima y de la asertividad, por lo que es muy trabajoso para las personas dependientes y no asertivas, expresar sus sentimientos a otros.

Los resultados son congruentes con otras investigaciones que demostraron que las habilidades emocionales como el autoconocimiento, identificación, expresión y manejo de los sentimientos, disminuyen las probabilidades de consumir drogas, en tanto que regularizan el manejo de emociones y ayudan a resolver los problemas interpersonales de manera positiva (Caceres, Salazar & Tovar, 2006). A su vez, la dimensión de componentes interpersonales obtuvo diferencias significativas en 2 de sus 3 sub-escalas, en tanto que los individuos con mayor tiempo de tratamiento, obtuvieron puntuaciones más elevadas en las variables relaciones interpersonales y empatía, sin embargo no hubo diferencias en la responsabilidad social.

Estos resultados expresan que los bajos valores en la dimensión de responsabilidad social, refieren a personas con escasa actitud cooperativa o contributaria hacia la sociedad, además refleja la falta de compromiso en las relaciones interpersonales y en la realización de acciones comunitarias (Bar-On, 1997). Se reconoce la similitud de los resultados, con los datos empíricos de otras investigaciones, como ha sido el caso de Berjano Peirates y Sanchez Hervas (1996), quienes a través de un estudio de características de personalidad con 70 sujetos no dependientes a sustancias y 70 sujetos drogodependientes, se pudo demostrar que los niveles de irresponsabilidad eran mayores en los drogodependientes, al ser comparados con individuos sanos, además de que tenían más probabilidad en presentar rasgos hostiles y autoritarios en el manejo de los demás, con escasas habilidades para colaborar en los grupos y finalmente hacer caso omiso a la autoridad.

Por otro lado, los resultados obtenidos de los componentes de adaptabilidad han logrado distinguirse entre ambos grupos en las variables prueba de realidad y flexibilidad, que llegaron a puntuar más alto en el grupo con más de 6 meses de tratamiento; no obstante, no se han encontrado diferencias en la dimensión de solución de problemas. Así mismo, no se han logrado apreciar diferencias significativas entre ambos grupos en el área del manejo del estrés.

Por un lado, los resultados muestran divergencias con una investigación realizada por Bar-On (1997), en donde se evaluó la inteligencia emocional en una muestra de 67 pacientes en rehabilitación de las drogas en un periodo de tratamiento de 3 semanas. Sus resultados expresan que pasadas las 3 semanas de tratamiento, se encontraron diferencias significativas en las sub-

escalas: solución de problemas y en los componentes del manejo del estrés; y por otra parte, hubo similitudes en los resultados, ya que también en esta investigación los resultados obtenidos luego del tiempo de tratamiento, muestran distinciones en las variables prueba de realidad y flexibilidad.

Finalmente, en los componentes de ánimo general, se ha llegado a distinguir la variable de felicidad, demostrando mayores niveles en el grupo con más tiempo de tratamiento. En consecuencia, estos resultados son congruentes con las teorías de la inteligencia emocional, en tanto expresan que la felicidad es una variable destacada ya que permite mejorar el funcionamiento global de la inteligencia emocional, influyendo directamente en el bien estar y en la salud emocional (Bar-On, 1997). Paralelamente, Martall y Gordon (1985) destacan que los estados negativos tienen relación con las recaídas de los pacientes adictos.

Por último, existen similitudes con estudios previos que investigaron a la población drogodependiente bajo la modalidad de terapia cognitiva-conductual breve, en la que se evaluó: ansiedad, depresión, distres y calidad de vida. Luego del tratamiento, sus resultados indican que los pacientes lograron reducir el malestar psicopatológico inicial, así como la cantidad de recaídas (Sanchez Hervas, Garoldi, Reyes del Olmo Guerra, Bou & Esperanza Morales Gallus, 2002).

## **7. Conclusiones**

El presente estudio tenía el objetivo general de analizar los niveles de inteligencia emocional en individuos en tratamiento por consumo de sustancia y compararlos con individuos sanos. Por todo lo que antecede, no se puede negar la estrecha relación entre las dificultades concernientes a la adicción y las dimensiones que conforman la inteligencia emocional.

Con el propósito de investigar la correlación entre la inteligencia emocional y la drogodependencia, se desarrolló el primer objetivo específico, comparándose las puntuaciones de las sub-escalas de la inteligencia emocional en la población clínica y la población general. En relación a la hipótesis que afirmaba que los individuos sanos tendrían mayor puntuación total en la inteligencia emocional, que los individuos en tratamiento por consumo de sustancia, se logró confirmar a la luz de los resultados obtenidos, debido a que se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, en la mayoría de las dimensiones de la inteligencia emocional, donde los valores más altos se dieron en la población general.

Estas conclusiones no son extraordinarias, en tanto se han nombrado a lo largo del presente estudio, extensas investigaciones convergentes a los resultados obtenidos, además de que la inteligencia emocional es un constructo susceptible de ser modificado a lo largo del tiempo.

Desde un análisis particular, los componentes del manejo del estrés se han distinguido con énfasis en las diferencias por grupos, donde los pacientes han adquirido valores muy bajos en esa dimensión. Aquí se ve claramente las dificultades que presentan los drogodependientes en relación al control de los impulsos y la tolerancia al estrés, que se vincula directamente con una baja tolerancia a la frustración. Desde ese lugar, las teorías centrales de la adicción postulan estas dificultades. Goldstein (2003) confirma lo dicho al preguntarse por la génesis de la adicción, lo que lo llevo a investigar y señalar que en los estudios epidemiológicos y de genética realizados en la población adicta,

prevalece una predisposición genética del adicto formada por un perfil psicológico, en donde los circuitos de recompensa no son normales, llegando a mostrar alteraciones en la respuesta al estrés, la impulsividad y la capacidad de juicio. En igual sentido, los estudios de imágenes del cerebro de los drogadictos muestran cambios físicos en áreas frontales del cerebro que afectan el juicio y el control del comportamiento. Así, los factores genéticos combinados con los ambientales, constituyen entre un 40% y un 60% de la vulnerabilidad a la adicción (Volkow, 2008).

La intención de enfatizar estos postulados teóricos, encuentran su sentido con la descripción del tercer objetivo específico que tiene el presente estudio, basado en comparar los niveles de la inteligencia emocional en pacientes con un tiempo de tratamiento mayor a 6 meses y con pacientes ingresantes al tratamiento.

Conforme a lo hipotetizado, se han encontrado diferencias significativas en varias áreas de la inteligencia emocional, lo que reafirma la hipótesis de que a mayor tiempo de tratamiento, mayores valores en las sub-escalas de dicha variable. Estos resultados indican que el tratamiento ha podido mejorar las dimensiones de componentes intrapersonales, componentes interpersonales, componentes de adaptabilidad y componentes del estado de ánimo. En contraste, los componentes del manejo del estrés, cuando han sido comparados con la población general, así como con pacientes con más tiempo de tratamiento, no han logrado modificarse. En tal sentido, parecería ser una característica estructural de la patología tratante, como se ha mencionado por los autores principales de las teorías toxicomaniacas.

Ante estos análisis, cabe destacar que si bien el tratamiento en la comunidad terapéutica ha sido favorable para los pacientes, se propone, con la intención de mejorar las áreas más resistentes al cambio, en especial la impulsividad y la baja tolerancia a la frustración, la T.D.C (terapia dialéctica conductual), ya que en estudios previos realizados por Sadock y Sadock (2008), los resultados demostraron consecuencias positivas, en la evaluación de los efectos de la T.D.C. en pacientes con trastorno límite de la personalidad: se logró disminuir la expresión de estados anímicos de ira por parte de los pacientes, además de que se mejoró la adaptación social. Finalmente, los autores comunican que esta modalidad de terapia se está utilizando en los trastornos por consumo de sustancias, entre otros. En las adicciones se resalta el trabajo de esta terapia desde lo grupal, donde se realiza un entrenamiento en las habilidades sociales; ahí los pacientes aprenden a través del modelado habilidades específicas como son: las conductuales, emocionales, cognitivas e interpersonales. Por último, los objetivos de la T.D.C conducen a controlar las emociones no reguladas y la conducta impulsiva.

Otro dato no menor que justifica la propuesta de la T.D.C., gira en torno a la responsabilidad social, siendo que dicha variable no ha llegado a marcar diferencias entre los pacientes según la variable tiempo de tratamiento. Estos resultados nos llevan a pensar en la comorbilidad de las adicciones; en ese sentido, Sadock y Sadock (2008), describen al trastorno antisocial de personalidad en relación a la patología tratante, ya que diversos estudios han demostrado que entre el 35 % y 60 % de los pacientes con abuso o dependencia a sustancias cumplen también con los criterios diagnósticos del trastorno antisocial de personalidad. Particularmente, por los datos obtenidos en el presente estudio, los pacientes han demostrado tener un patrón

conductual antisocial, que pudo haberse desarrollado en edades tempranas o en la evolución del consumo de sustancias.

Por último, el segundo objetivo específico de esta investigación, ha sido analizar la relación entre la inteligencia emocional y el tiempo de consumo de sustancia. Con respecto a la hipótesis formulada que afirmaba que a mayor tiempo de consumo de sustancia, menor nivel de la inteligencia emocional, se ha confirmado la hipótesis por los resultados obtenidos. Las variables que han logrado distinguirse, han sido la felicidad con una asociación moderada inversa, lo que refiere que cuanto mayor es el tiempo de consumo de drogas, la persona es más infeliz y por otro lado, la variable que se distinguió mejor, ha sido

el autoconcepto que presento una asociación sustancial inversa con el consumo de sustancias, lo que significa, que a medida que se consume más droga, disminuye la autoestima.

Llegando a una síntesis del trabajo general, se han encontrado limitaciones en lo que respecta al tamaño de la muestra; y, para las futuras líneas de investigación, se propone evaluar la inteligencia emocional en grupos de pacientes de modo longitudinal, es decir, tomar una aplicación del inventario a los pacientes iniciantes del tratamiento de rehabilitación de las drogas y al cabo de 6 meses volver a realizar la aplicación a esos mismos sujetos, entendiendo que en dicho estudio se ha comparado la inteligencia emocional en diferentes estadios del tiempo de tratamiento, pero no en iguales pacientes.

Por último, sería interesante añadir la evaluación de la variable alexitimia, siendo la incapacidad o dificultad para describir o ser consciente de las emociones o los estados de ánimo propios. En ese sentido, se esperaría aportar una mayor visión hacia la patología tratante.

## **8. Referencias bibliográficas**

Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). *DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Masson.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newan, C.F., & Liese, B.S (2010). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.

Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical manual*. Toronto, Canada: Multi Health Systems.

Becona Iglesias, E. (2006). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Síntesis.

Berjano Peirates, E., & Sanchez Hervas, E. (1996). Características de personalidad en sujetos drogodependientes. *Psicothema*; 8 (3), 457-463. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118178005>

Botvin, G. J., & Botvin, E. M. (1992). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes .En: Caballo, V.E., & Simon, .A. (Eds.),

*Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 213-234). Madrid: Pirámide

Caballo, V.E., & Simon, M.A. (2005). *Manual de psicología clínica infantil y adolescente. Trastornos generales*. Madrid: Pirámide.

Casarino, M., & Leonetti, O. (1996). Factores psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adicta. En: Musacchio de Zen, A., & Ortiz

Fagola, A.(Eds.),*Drogadicción* (pp. 210-221). Buenos Aires: Paidós SAICF

Caceres, D., Salazar, I., Varela, M., & Tovar, Jose. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales.

*Universitas Psychologica*; 5 (003), 521-534. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>

Colli Alonso, M., & Zaldivar, P. (2002). Factores Curativos en psicoterapia de grupo: su evaluación y análisis en una muestra de alcohólicos rehabilitados. *Sección Latinoamericana*; 14 (3), 381-391. Recuperado de <http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/colli.pdf>

De World Health Organization. (1993). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. Autor.

Extremera Pacheco, N., Fernandez Berrocal, P., & Mestre Navas, J. M. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista latinoamericana de psicología*; 36, (2) 209-228. Doi: 10.2307/4531353. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/805/80536203/80536203.html>

Ey, H., Bernard, CH., & Brisset, P. (1989). *Tratado de psiquiatría*. España: Masson.

Gardner, H. (1983). *Frames of Mind*. New York: Basic Books.

Goldstein, A. (2003). *Adicción. De la biología a la política de drogas*. Barcelona: Ars Medica.

Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. Bs. As.: Vergara. 25a. Edición.

Goti, M. E. (1990). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Vision.

Gross, R. (1998). *Psicología: la ciencia de la mente y la conducta*. Mexico: Manual Moderno.

Lancelotti, S. (Septiembre, 2009). *El múltiple interés de naltrexona. La neurobiología del alcoholismo-Tratamiento del craving*. Trabajo presentado en Buenos Aires.

Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Bs. As: Planeta.

Limonero, J.T., Tomas-Sabado, J., & Fernandez-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*; 18, 95-100. Doi: 10.1016/S1130-8621(06)71193-7. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72709514.pdf>

Marlatt, G.A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guildford Press.

Martinez Criado, G. (1994). *Piaget y Vigotsky, desarrollo cognitivo*. Madrid: Sintesis

Mayer, J.D., Salovey, P., & Caruso, D. (2006). Measuring emotional intelligence with the

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*; 18, 34-41. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8417>

Molero Moreno, C., Saiz Vicente, E., & Esteban Martinez, C. (1998). Revision historica del concepto de inteligencia: una aproximacion a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 30, (01). 11-30. Recuperado de

<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80530101.pdf>

Morales Ortiz, H.C. (2007). La inteligencia emocional y su utilidad para prevenir adicciones y otros problemas psicosociales. *Liberaddictus*; 100. 31-33. Recuperado de

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2498430>

Munoz Hurtado, L., & Tejero Pociello, A. (2009). Justificacion teorica de un programa de alfabetizacion emocional para clientes adictos. *C. Med. Psicosom*; 92. 35-41.

Recuperado

de [http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo\\_4\(2\).pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4(2).pdf)

Musacchio de Zen, A., & Ortiz Fagola, A. (1996). *Drogadicción*. Buenos Aires: Paidós

SAICF

Oblitas Guadalupe, L.A. (2002). Adicciones y Salud. *Revista Electrónica Psicológica Científica.com*; 14, 16-17. Recuperado de

<http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>

Prochaska, J. O., & Diclemente, C.C. (1986). *The transtheoretical approach*. J.C. Nocross.

Handbook of eclectic psychotherapy. New York: Brunner/Mazel.

Rivera, E., Pons, J., Hernandez, R., & Ortiz Nydia, E. (2008). Traducción y adaptación para la población puertorriqueña del Inventario Bar-On de Cociente Emocional (Bar-On EQ-i): Análisis de propiedades psicométricas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*;

19, 148-182. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233216360007>

Sadock, B. J., & Sadock, V.A. (2008). *Kaplan & Sadock Sinopsis de Psiquiatría*. España:

Wolters Kluwer Health

Segura Lopez, I., Osorio del Rio, S.M., Pedrero Perez, E.J., & Puerta Garcia, C. (2004). Evolucion de la sintomatologia psicopatologica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos adictivos. Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*; 6, (3). 176-191. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1001223>

Sama, A. (Septiembre, 2004). *Desafíos en la clínica actual. Abordajes focalizados en diferentes problemáticas*. Trabajo presentado en Buenos Aires.

Sanchez Bodas, A. (2003). *¿Qué es el counseling?*. Buenos. Aires: Lec Tour.

Sanchez Hervas, E., Gradoli, V.T., Reyes del Olmo Guerra, N., Bou, M., & Esperanza

Morales Gallus, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 81, 21-29. Doi: 10.4321/S0211-57352002000100003.

Trujillo Flores, M. M., & Rivas Tovar, L. A. (2005). Origenes, evolucion y modelos de la inteligencia emocional. *INNOVAR*; 25, 9-24. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512005000100001&script=sci\\_arttext&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-50512005000100001&script=sci_arttext&tIng=es)

Ugarriza, N. (2001). La evaluacion de la inteligencia emocional a traves del inventario de

BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*; 4, 129-160. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118178005>

Villa Moral, M., Sirvent, C., & Blanco, P. (2011). Adicciones y deficits en asertividad.

*Revista Psicología. com*; 15, (08). 1-20. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10401/3192>

Volkow, N. (2008). Las drogas y el cerebro. La ciencia estudia la adiccion. *Revista Hablemos*; 17, 26-37. Recuperado de [http://www.fundamericas.org.ar/hablemos\\_on\\_line.htm](http://www.fundamericas.org.ar/hablemos_on_line.htm)

Wilbur Grimson, R. (1999). *Sociedad de adictos. La comunidad en la prevención y el tratamiento de las adicciones*. Argentina: Planeta.

World Health Organization. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de Espana.

Yaria, J.A. (1993). *La existencia tóxica*. Argentina: Lumen.

## **9. Anexo**

*Evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **Inventario de inteligencia emocional (Bar-On)**

#### Introducción

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de tí mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

1. Rara vez o nunca es mi caso
2. Pocas veces es mi caso
3. A veces es mi caso
4. Muchas veces es mi caso
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

#### Instrucciones

Lee cada una de las frases y selecciona UNA de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. Marca con un aspa el número. Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notaras que algunas frases no te proporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la

respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”.

Responde honesta y sinceramente de acuerdo a como eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.

1. Para superar las dificultades que se me presentan actuó paso a paso.
2. Es duro para mí disfrutar de la vida.
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer.
4. Se cómo enfrentar los problemas más desagradables.
5. Me agradan las personas que conozco.
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.
7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mi mismo(a) en la mayoría de situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender como se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.
21. Realmente no sé para qué soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.
24. No tengo confianza en mi mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender como me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos(as).
40. Me tengo mucho respeto.

41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.
44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento(a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo(a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo(a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de cómo me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasman mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decirselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Se cómo mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.

83. Me dejo llevar por mi imaginacion y mis fantasias.
84. Mis relaciones mas cercanas significan mucho, tanto para mi como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son dificiles de controlar.
87. En general, me resulta dificil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me esta pasando, aun cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situacion que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demas.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser lider.
93. Me resulta dificil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente facil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demas.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo
101. Soy una persona muy extrana.
102. Soy impulsivo(a).
103. Me resulta dificil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas mas dificiles
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al maximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demas piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demas opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extranos que los demas no logran entender.
116. Me es dificil describir lo que siento.
117. Tengo mal caracter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es dificil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demas mas de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo dias malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demas.

125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.