

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



# **Tesina de Licenciatura en Psicología**

## **“Inteligencia Emocional en Personas con Problemáticas de Consumo de Sustancias en Centros Asistenciales del Gran Mendoza”**

**Alumna: Carla Bilmezis Buglio**

**Director: Lic. Federico Richard**

**Mendoza, 2018**

**HOJA DE EVALUACIÓN**

Tribunal examinador:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Federico Richard

Nota:

## **RESUMEN**

En la presente investigación se plantearon los objetivos específicos de describir los niveles de coeficiente de inteligencia emocional en personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias y analizar las habilidades de la inteligencia emocional predominantes en estos sujetos. Para ello se realiza un estudio cuantitativo de tipo descriptivo. El tipo de muestra es no probabilística, compuesta por 30 sujetos en tratamiento por consumo de sustancias ilícitas, de ambos sexos, con un rango etario de 20 a 40 años. Los instrumentos metodológicos utilizados para la recolección de datos son: el Inventario de inteligencia emocional (EQ-I) (Bar-On, 1997, adaptación Regner, 2008) y un cuestionario anónimo de consumo redactado a fines de obtener información sobre los patrones de consumo de los participantes. Los resultados del análisis intramuestral muestran puntuaciones altas en los ámbitos intra e interpersonal de la inteligencia emocional, mientras que puntajes bajos y muy bajos en los campos de adaptación, manejo de tensión y estado de ánimo general. Esto es esperable teniendo en cuenta que los déficits en tales capacidades son característicos de las personas que presentan problemáticas con sustancias.

Palabras Claves: Inteligencia emocional, adicciones.

## **ABSTRACT**

In the present investigation, the specific objectives are of describing the levels of emotional intelligence coefficient in people who are in treatment for substance use and analyzing the emotional intelligence skills predominant in these subjects. To do this, a quantitative study of a descriptive type is carried out. The type of the sample is non-probabilistic, composed of 30 subjects in treatments for consumption of illicit substances, of both sexes, with an age range of 20 to 40 years. The methodological instruments used for data collection are: the Emotional Intelligence Inventory (EQ-I) (Bar-On, 1997, adaptation by Regner, 2008) and an anonymous consumption questionnaire written to obtain information on consumption patterns of the participants. The results of the intra-sample analysis show high scores in the intra and interpersonal fields of emotional intelligence, while low and very low scores in the adaptation, tension management and general mood fields. This is expected given that deficits in such capacities are characteristic of people who have problems with substances.

Key Words: Emotional intelligence, addictions.

## ÍNDICE

Carátula.....	1
Hoja de Evaluación.....	3
Resumen y Abstract.....	4
Índice.....	5
Agradecimientos.....	8
Introducción.....	9
Primera Parte: Marco Teórico.....	12
Capítulo 1: Perspectiva Teórica: la psicología positiva.....	13
1 Introducción.....	14
1.2 La psicología positiva.....	14
1.2.1 Antecedentes e historia de la psicología positiva.....	14
1.2.2 ¿Qué es la psicología positiva? Conceptualizaciones y objeto de estudio.....	16
1.2.3 Las emociones positivas.....	21
1.2.4 Las emociones negativas.....	22
1.3 ¿Por qué la psicología positiva?.....	23
Capítulo 2: Inteligencia Emocional.....	24
2.1 Introducción.....	25
2.2 Sobre la emoción.....	26
2.2.1 Funcionamiento de la emoción.....	27
2.2.2 Las emociones en la salud.....	29
2.3 Sobre la inteligencia.....	31
2.4 Inteligencia emocional.....	33
2.4.1 Introducción: relación entre la emoción y la inteligencia...33	

2.4.2 Antecedentes en inteligencia emocional.....	34
2.4.3 ¿Qué quiere decir la inteligencia emocional?.....	36
2.4.4 Modelos teóricos.....	38
2.4.5 Medición psicométrica.....	42
2.5 Educación emocional.....	43
Capítulo 3: Drogas y Adicciones.....	45
3.1 Introducción.....	46
3.2 Discriminación de conceptos.....	47
3.3 ¿Qué son las drogas?.....	48
3.3.1 Criterios diagnósticos.....	51
3.3.2 Neurobiología de las adicciones.....	52
3.3.3 Categoría de sustancias.....	54
3.4 Sustancias de consumo.....	55
3.5 Factores de riesgo.....	57
3.6 Factores de protección.....	60
3.7 Algunas consideraciones sobre la prevención.....	62
3.8 Adicciones e inteligencia emocional.....	63
Segunda Parte: Práctica.....	67
Capítulo 4: Metodología de la Investigación.....	68
4.1 Introducción.....	69
4.2 Método de investigación.....	69
4.3 Instrumento metodológico.....	72
4.3.1 Inventario de inteligencia emocional (EQ-I) de Bar-On.....	72
4.3.2 Confiabilidad y validez.....	76
4.3.3 Cuestionario anónimo de consumo.....	77
4.4 Procedimiento del trabajo de campo y recolección de datos.....	78

4.5 Análisis de datos.....	79
Capítulo 5: Presentación, Análisis, Discusión de Resultados y Conclusiones.....	80
5.1 Introducción.....	81
5.2 Presentación de los resultados.....	81
5.3 Caracterización de la muestra.....	81
5.4 Análisis y discusión de los resultados.....	90
5.5 Conclusiones.....	97
Referencias Bibliográficas.....	101
Anexos.....	108
Anexo nº1: Consentimiento informado.....	109
Anexo nº2: Cuestionario anónimo de consumo.....	110
Anexo nº3: Inventario de inteligencia emocional (EQ-I) de Bar-On.....	111

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero tomarme este pequeño apartado para agradecer a aquellos que me acompañaron y me bancaron en este proyecto, en la carrera, en la vida y etc.

Gracias a mi familia, a mi madre, a mis nonnos, a mis tíos (especialmente a Queco), primos y perros y todos los que me alentaron con la carrera para no tirar la toalla. Gracias especiales a Mary, por ser mi hermana, compañera de aventuras y confidente incondicional desde el nacimiento, te adoro con el alma y más!!

Gracias totales a mis amigas/os facultativos, por siempre estar en las buenas, en las malas, entre resúmenes y libros, entre mates, entre pizzas y cervezas, risas y entre lágrimas; lo son todo para mí! Gracias Aldi, Jesi, Dena, Paul, Ro, Mar; Manu, Gi y Denise.

Gracias también a otra gran amiga que siempre ha estado a mi lado a través de los años, gracias Dayi, sos mi amiga del alma y siempre lo serás, I love you!

Gracias también a todos los que no nombre pero que saben que se los agradezco y que están presentes para mí.

Como siempre dije que iba a hacer, gracias a Lore de "Fotocopias Lorena", por facilitarme tantas veces materiales de estudio.

Y por último, pero no por eso menos importante, gracias a todos aquellos que me ayudaron específicamente con esta investigación, ya sea en guía o en lo relacionado con la muestra. Gracias a Federico Richard, Nayla Balecki, Carla Moi, Celina Korzeniowski y Gabriela Dik.

## **INTRODUCCIÓN**

En esta investigación se trabajó con la inteligencia emocional en personas que tienen problemas por consumo de sustancias, este es un problema social que se ha incrementado en los últimos años. Las personas que presentan problemas de adicción por lo general también presentan otro u otros trastornos generados por la adicción, en el caso de trastornos de personalidad o médicos, esto es lo que se denomina comorbilidad. Como consecuencia se ven afectadas no sólo la salud física y psíquica de la persona que consume sino también se producen consecuencias en otras personas cercanas y ámbitos de su vida como su grupo familiar y sus actividades laborales y/o sociales.

Esta temática se eligió por ser una problemática social contemporánea de gran interés para la comunidad científica y por la creciente necesidad de trabajar con sujetos que padecen trastornos por consumo de sustancia y mejorar su salud y bienestar.

La Organización Mundial de la Salud (1994) define droga como:

“Toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración natural del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”.

Estas sustancias pueden ser psicoactivas (OMS, 2004), es decir que al ser ingeridas pueden modificar la conciencia, así como también el estado de ánimo y diversos procesos de pensamiento. Pueden ser legales o ilegales y el uso de éstas puede generar adicción, que es definida por la OMS como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación. Las distintas drogas generan un efecto distinto en el organismo según sean estimulantes, depresores o alucinógenos (Conza Amaya, 2013).

Las distintas investigaciones consultadas sobre el tema concluyen que los individuos que tienen problemas con las adicciones poseen niveles disminuidos de coeficiente de inteligencia emocional y por esta razón manifiestan dificultades en las habilidades asociadas como el manejo de las emociones, el control de la impulsividad, la asertividad y la resolución de conflictos en general (Epstein, 2012; Conza Amaya, 2013; Martínez López, 2015).

La bibliografía consultada para este proyecto sobre inteligencia emocional la define como “habilidad para percibir la emoción, generar sentimientos facilitadores del pensamiento, comprender la emoción y regular las emociones que estimulan el crecimiento emocional e intelectual” (Salovey y Mayer, 1997, citado en Muñoz, 2015, pg 58). Aunque este tema fue estudiado desde hace varias décadas, fue Goleman (1995, citado en Martínez López, 2015, pg 95) quien llevó la inteligencia emocional a su auge en 1995 cuando en su libro *Inteligencia Emocional* la definió como “capacidad de reconocer nuestros sentimientos y los de los demás, de motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones”.

La inteligencia emocional influye así en la capacidad para hacer frente a las situaciones problemáticas de la vida y generar alternativas de solución de los conflictos de la manera más adaptativa y funcionalmente adecuada que sea posible. Gracias a la inteligencia emocional también ganamos autocontrol emocional y conductual; y esto es una habilidad muy necesaria a la hora de hacer un tratamiento por adicción y potenciar las posibilidades de una rehabilitación efectiva, disminuyendo las probabilidades de recaídas.

La presente investigación tiene como objetivo general:

- Aportar conocimiento científico acerca del coeficiente de inteligencia emocional en personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias.

De éste se desprenden como objetivos específicos:

- Describir los niveles de inteligencia emocional en personas que están en tratamiento por consumo de sustancias.
- Analizar cuáles son las habilidades de inteligencia emocional predominantes en personas que están en tratamiento por consumo de sustancias.

Este trabajo se sustenta en la hipótesis de que es posible que un bajo nivel de coeficiente de inteligencia emocional pueda conllevar a una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias y a la adicción.

Dicho estudio tiene relevancia para la comunidad científica en cuanto a que los datos y resultados que pueden utilizarse para realizar futuras investigaciones a los efectos de poder diseñar mejores programas, campañas y planes de abordaje de la problemática; así como también mejorar los tratamientos de asistencia y rehabilitación de las personas adictas basándose en el entrenamiento de habilidades que componen la inteligencia emocional y

estrategias de intervención con el objetivo de promover la rehabilitación eficaz de las personas y el incremento de su bienestar.

Esta tesina se encuentra organizada en dos partes principales, la primera está constituida por el marco teórico y la segunda, por la parte práctica o metodología. A su vez, el marco teórico está estructurado por distintos capítulos donde se abordan los temas de este trabajo. En el primer capítulo se abarca la perspectiva y línea teórica desde la cual se encuadra la investigación. En un segundo capítulo se aborda el tema de inteligencia emocional, sus antecedentes y modelos teóricos. Luego, en el tercer capítulo se habla de adicciones englobando temas como la diferenciación de términos, tipos de drogas, factores de riesgo y de protección; así como también un breve abordaje de algunos aspectos neurológicos.

En la segunda parte de la tesina encontramos la práctica, formada por el cuarto capítulo que abarca las especificaciones metodológicas de la investigación. Y finalmente el quinto capítulo donde se presentan, analizan y discuten los resultados y la conclusión final de esta investigación.

**PRIMERA PARTE:  
MARCO TEÓRICO**

**Capítulo 1:**  
**Perspectiva Teórica: La Psicología**  
**Positiva**

## **1.1 Introducción**

Para comenzar este trabajo es necesario enmarcarlo dentro de la perspectiva o enfoque teórico desde el cual se explicarán todos los temas abarcados que funcionarán como sustento científico para la investigación. Un enfoque es una posición o un punto de vista para analizar una situación u objeto de estudio, para comprenderlo, interpretarlo y resolver cualquier problemática derivada de él. Esto es lo que se denomina enfoque epistemológico desde el cual el investigador determina la lógica con la que se abarcará la temática de estudio (León y Montero, 2003).

Esta investigación está enmarcada en la perspectiva de la psicología positiva ya que es un enfoque que se encuentra en auge debido a los aportes científicos que ha realizado en cuanto a recursos y el funcionamiento psicológico humano. La psicología positiva pone la mirada en el bienestar y la salud primordialmente, y fundamenta que esto se logra desde la armonía de las emociones y relaciones con los demás; enfocándose en los aspectos favorables incluso en las situaciones negativas o enfermedades. Se basa principalmente en las potencialidades humanas para el incremento de la felicidad y el bienestar, a diferencia de las corrientes tradicionales enfocadas en el modelo de salud y enfermedad, que se basaban en el énfasis y disminución del conflicto, trastorno o enfermedad sin dar importancia a los aspectos favorables.

## **1.2 La psicología positiva**

### **1.2.1 Antecedentes e historia de la psicología positiva**

Estudiar el bienestar del ser humano y la vida se remonta a la época de la Grecia clásica. Aristóteles fue uno de los más reconocidos filósofos que escribió sobre esto, sobre la eudaimonia como felicidad o plenitud y de cómo se llegaba a ella a través de una vida plena (Hervás, 2009).

Luciana Mariñelarena-Dondena (2012) explica en su artículo sobre el surgimiento y la historia de la psicología positiva, que con la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos intentaron responder a las necesidades sociales del momento que apelaban a tratamientos rápidos y eficaces para aliviar los síntomas. Debido a esta necesidad se puede comprender por qué la psicología se transformó en una disciplina centrada en el modelo de enfermedad.

Los antecedentes de la psicología positiva comienzan desde la Psicología Humanística de 1960 y 1970 con los aportes de Maslow y Rogers quienes proponían que la psicología no sólo debía estudiar la enfermedad, sino también las potencialidades humanas (Gancedo, 2008 y Hervás, 2009).

Otros aportes importantes fueron dados por investigadores como Allport, Erikson, Bandura, Sternberg, Gardner y Diener entre otros que estudiaban en los años '80 temas relacionados con el funcionamiento psíquico como la inteligencia emocional, el apego, el optimismo, la creatividad y la resiliencia, con una perspectiva preventiva (Hervás, 2009 y Valencia Vazquez, 2016).

Gancedo (2008) describe cómo la psicología positiva surge entonces como una corriente en el enfoque salugénico, cuya base se encuentra en las ciencias sociales y en la psicología, para complementar el modelo médico hegemónico.

La psicología positiva comúnmente es concebida como un movimiento académico y de investigación, realizado por una movilización de importantes investigadores para virar el foco de investigación de los estudios que se realizaban hasta ese entonces.

Es necesario aclarar que esto no supone un cambio de paradigma, sino que esta corriente parte del mismo marco de paradigma, planteamientos y metodologías de la psicología de las últimas décadas, lo cual le aporta su elemento empírico (Hervás, 2009).

### 1.2.2 ¿Qué es la psicología positiva? Conceptualizaciones y objeto de estudio

La psicología positiva es una corriente dentro de la psicología cuyo precursor principal y fundador, en 1998, ha sido Martin Seligman, quien se dedicó a la psicología cognitiva y desarrolló conceptos como el de indefensión aprendida. Esta forma de ver la psicología es muy nueva, por lo que aún está en proceso de formación y los estudios referidos al tema son muy recientes. Este importante psicólogo, investigador y profesor americano, fundamenta la relevancia de esta corriente en que según el modelo clínico, tradicional, siempre se puso el énfasis en descubrir déficits y reparar daños, siempre viendo lo negativo más que en la prevención de éstos (Seligman, 2005).

Si bien el precursor fue Seligman, le siguieron otros investigadores norteamericanos que realizaron importantes aportes como Csikszentmihalyi, Diener, Jamieson, Peterson y Vaillant.

Seligman (2011) hizo un análisis de los hallazgos más importantes sobre los factores que contribuyen al bienestar y concluyó que hay cinco elementos principales que forman la sigla PERMA. Margarita Tarragona la traduce al español como PRISMA (Tarragona, 2013):

- Positividad: experimentar emociones positivas con mayor frecuencia que las negativas, construyendo así un estilo cognitivo optimista
- Relaciones Interpersonales: Csikszentmihalyi ha encontrado que la gente, sin importar la edad o la cultura, tiende a sentirse más alegre cuando están con otras personas (Csikszentmihalyi, 1997 citado en Tarragona, 2013)
- Involucramiento: se trata de implicarse en las actividades con nuestras habilidades o capacidades, con alto nivel de concentración que hace que la persona “se pierda” en la tarea sin sentir el paso del tiempo (esto es a lo que Csikszentmihalyi denominó *flow*)
- Sentido de Vida: es encontrarle un significado, propósito, meta o misión a la propia existencia
- Metas Alcanzadas: se refiere a la satisfacción por los retos enfrentados y los logros alcanzados, esto hace que nos sintamos competentes.

Tarragona (2013) sintetiza cómo estos elementos fueron corroborados en distintos estudios para demostrar empíricamente que son influyentes en la felicidad y el bienestar psicológico (Seligman, 2007a. 2011b; Steger, 2009;

Csikszentmihalyi, 2005; Peterson, 2006; Fredrickson, 2009) y físico (Diener y Chan 2011).

Los investigadores Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006) definen la psicología positiva como el “estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo (...) dando más importancia a las experiencias vitales (...) que hacen posible lograr una mejor calidad de vida y realización personal” (Luponi y Castro, 2010). Estos autores le agregan que busca fortalecer potencialidades, investigar el bienestar psíquico; identificar, medir y promoverlo.

Se entiende que no es un tipo de filosofía ni un movimiento espiritual, sino una rama de la psicología como ciencia ya que tiene más de veinte años de investigación científica para sustentarse. Es un nuevo paradigma aún en proceso.

A un nivel subjetivo, se refiere a las experiencias subjetivas de bienestar, alegría, satisfacción, esperanza, optimismo. A nivel individual hace alusión a la capacidad de amar, la vocación, la perseverancia, espiritualidad, talento y sabiduría. A nivel grupal o social se refiere a la responsabilidad cívica, altruismo, ética y tolerancia (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000 citado en Lupano y Castro, 2010).

Seligman (2003 citado en Lupano y Castro, 2010) fundó el Centro de Psicología Positiva de la Universidad de Pensilvania y fundamentó:

“La psicología no es sólo un estudio de la debilidad y el daño, es también el estudio de la fortaleza y la virtud. El tratamiento no es sólo arreglar lo que está roto, es también alimentar lo mejor de nosotros”.

La psicología positiva tiene como objetivo la mejora de la calidad de vida y la prevención de patologías, mediante el desarrollo de las competencias personales (Vera Poseck, 2006). Busca fortalecer las potencialidades de los individuos, investigando, midiendo y promoviendo el bienestar psíquico (Luponi y Castro, 2010).

María Martina Casullo es la representante de la Psicología Positiva en Argentina, habla del surgimiento del concepto de promoción de la salud en 1980 y define a la psicología salugénica o positiva como “un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica” (Casullo, 2000). Casullo habla del desarrollo de este enfoque salugénico en psicología, donde se desarrollan tres importantes aportes a destacar:

- La psicología humanística

- Las denominadas investigaciones independientes sobre aspectos funcionales del psiquismo tales como: el bienestar psíquico, la resiliencia, la creatividad, las inteligencias múltiples, la inteligencia emocional, la teoría del apego, etc.
- Y la orientación salugénica propuesta por Aaron Antonovsky desde el ámbito de la sociología de la medicina, que entiende a la salud / enfermedad como extremos de un continuo y se interesa en estudiar aquellos factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable del mismo (Casullo, 2000 citado en Mariñelarena-Dondena, 2012).

Seligman explica los tres pilares en su libro *La Auténtica Felicidad* y éstos son: el estudio de las emociones positivas (que conllevan a lo placentero de la vida desde una perspectiva netamente hedonista), el de los rasgos positivos (como las fortalezas y las virtudes) y el de las habilidades. También refiere que la felicidad y el bienestar de una persona derivan de la identificación y cultivo de las fortalezas más importantes que ésta tenga, y del uso cotidiano de éstas; ésta siendo la única forma de tener bienestar y satisfacción personal con autenticidad (Seligman, 2005).

Investigadores como Nansook Park, Christopher Peterson y Jennifer Sun (2013) agregan un cuarto pilar:

- Experiencias subjetivas positivas (como la felicidad y la plenitud)
- Rasgos individuales positivos (fortalezas, talentos, valores)
- Relaciones interpersonales positivas (amistad, compañerismo). Esta área fue agregada recientemente por Seligman en el año 2009.
- Instituciones positivas (familia, escuela, etc.)

Los autores explican estas áreas de modo que se interrelacionan en su funcionamiento, las instituciones posibilitarían relaciones positivas, facilitando el surgimiento de rasgos positivos que a su vez promoverían experiencias subjetivas positivas (Park y Peterson, 2003 citado en Park, Peterson y Sun, 2013).

Barbara Fredrickson formuló un modelo de construir y ampliar emociones en el que explica que las emociones negativas tienen valor adaptativo para preparar al sujeto para activar el organismo y sobrevivir ante los peligros. Cuando las emociones negativas se experimentan de forma prolongadas y extrema, pueden gatillar distintos tipos de trastornos, estrés, depresión y comprometer el sistema inmune de una persona (O'Leary, 1990 citado en Fredrickson, 2000).

Pero las emociones positivas también tienen un valor adaptativo para situaciones de crecimiento y desarrollo personal, llevan a estados mentales y conductuales que nos preparan para enfrentar con éxito dificultades y fortalecerse de esto, pudiendo ser canalizadas hacia la prevención y tratamiento debido a que optimizan y fomentan su cultivo, construyendo un repertorio personal de recursos (Fredrickson, 2000). Seligman (2007) se refiere a este modelo cuando explica cómo las emociones positivas son gratificantes en un sentido hedonista, y por lo tanto esta cualidad las hace recompensantes.

Como ya se ha visto, hay ciertos factores que contribuyen a la felicidad y satisfacción de una persona, tales como mantener buenas relaciones con los demás, sentirse competente, sentir gratitud, ser altruista, tener un significado en la vida, implicarse en la propia vida (Peterson, 2006 citado en Park, Peterson y Sun, 2013). Esto se asocia con el ser optimista, que autores como Seligman y Peterson explican cómo pensamiento positivo que promueve un mejor estado de ánimo y resolución exitosa de problemas.

Luponi y Castro (2010) explican cómo numerosos investigadores tales como Seligman, McCullough, Bono y Lyubomirsky, han llegado a la conclusión de que el incremento de las experiencias de gratitud está asociado al bienestar psicológico, debido a que este tipo de vivencias amplían los recuerdos positivos y la apertura hacia éstos. Siguiendo este curso de pensamiento, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) demostraron que existen fortalezas del ser humano que actúan como barrera contra los trastornos mentales (Seligman, 2005).

Peterson y Seligman (2014) junto con su equipo de colaboradores investigaron las distintas características humanas que eran más frecuentemente consideradas como positivas o deseables en una persona que, tomando en cuenta distintas tradiciones religiosas y filosóficas, hacen a la noción de buen carácter. A partir de estos estudios, formularon un listado de seis virtudes que contienen veinticuatro fortalezas (Seligman, 2005; Tarragona, 2013 y Valencia Vazquez, 2016):

- Conocimiento y Sabiduría: perspectiva, curiosidad, amor por aprender, creatividad, juicio crítico, inteligencia personal y social. Estas fortalezas conllevan a la apertura mental, análisis objetivo y racional, al sentido común, flexibilidad a distintas experiencias y al conocimiento de uno mismo y de los demás.
- Coraje: valentía, perseverancia, integridad o autenticidad. Éstas indican un valor consciente de la propia voluntad, de resistencia ante las dificultades y el avocarse al cumplimiento de objetivos, con honestidad y autenticidad.

- Justicia: liderazgo, imparcialidad o equidad, trabajo en equipo o lealtad. Las podemos encontrar en las relaciones cívicas como la familia, la comunidad, el estado o el resto del mundo. Ayudan al trabajo en equipo, evitando la mezcla de lo personal en la consecución de los objetivos, promoviendo la organización y las relaciones efectivas en un grupo.
- Humanidad: amor y bondad. Estas fortalezas se ponen de manifiesto en las interacciones personales, evocan la valoración de vínculos profundos y la generosidad con disfrute de acciones altruistas.
- Templanza: humildad, prudencia, autocontrol. Estas fortalezas hacen referencia a la adecuada y moderada expresión de afectos, necesidades y opiniones, cuidando el timing de la situación, con discreción y modestia.
- Transcendencia y Espiritualidad: apreciación por la belleza, gratitud, esperanza u optimismo, sentido del humor, espiritualidad, perdón y pasión. Son aquellas fortalezas que nos sobrepasan para conectarnos con lo más elevado y que nos permiten valorar y agradecer lo virtuoso de la vida, con fuertes creencias de que hay que esperar lo mejor y trabajar para conseguirlo, perdonando al prójimo y con el uso del humor.

Este criterio para seleccionar las fortalezas se llevó a cabo en base a que éstas debían ser valoradas prácticamente en todas las culturas, que su valor no fuera dado como medio para alcanzar otros fines, que pudieran aprenderse y que tuvieran la característica de ser maleables (Seligman, 2005). Seligman refiere que algunas de estas fortalezas pueden estar arraigadas en lo profundo de una persona y las denomina *fortalezas personales* y son éstas las que se deben ejercitar a diario para desarrollarse y promover la satisfacción emocional en la vida (Seligman, 2005). Éste autor también refiere que, debido a comunes confusiones, es necesario hacer una breve distinción entre lo que es una *fortaleza* y lo que es una *capacidad* (o un *talento*). Las primeras son rasgos morales que pueden desarrollarse mediante la voluntad personal y convocan emociones positivas. Mientras que las segundas son relativamente automáticas y son más de carácter innato.

El psicólogo español Gozalo Hervás explica que esta clasificación consiste en poner en práctica en la vida las fortalezas propias que se hayan desarrollado, destacando los recursos personales para aplicarlos, más que detectar las deficiencias para intentar reducirlas. Esto ha probado disminuir la frustración de las personas a la hora de enfrentar situaciones problemáticas y resolverlas (Hervás, 2009).

Con lo expuesto, no se pretende que la psicología positiva intente reemplazar a la psicología tradicional, ni desestimar los aspectos negativos del ser humano ni los trastornos. Sólo se trata de una perspectiva alternativa con la

que se intenta, como con cualquier otra, complementar las distintas teorías para poder enriquecer los conocimientos científicos y los tratamientos, promoviendo la salud ante todo.

### 1.2.3 Las emociones positivas

Las emociones positivas son: satisfacción, orgullo, serenidad, optimismo, confianza, gratificaciones y los placeres procedentes de los sentidos. Éstas hacen a lo que Seligman (2005) denomina *vida placentera*, donde la existencia está basada en el objetivo de experimentar tales emociones, lo cual le da significado al vivir.

Seligman habla en sus investigaciones sobre las emociones, que se ha descubierto que la personalidad puede estar dotada de un componente de *afectividad positiva*, que puede ser hasta un 50% hereditario y que conlleva a que la persona tenga un rasgo de buen humor, euforia y alegría. Éste tipo de emociones pueden encontrarse centradas tanto en el pasado, el presente o en el futuro. Sin embargo, en su libro *La auténtica Felicidad* afirma que una persona puede ser feliz a pesar de no tener este rasgo en su personalidad, ya que todos sus estudios se basan en la premisa de que las emociones positivas pueden cultivarse y que esto favorece el incremento de éstas y por lo tanto, mayor satisfacción y éxito en la vida (Seligman, 2005) así como también en la salud general (Ortega Navas, 2010).

En su teoría sobre las emociones positivas, Barbara Fredrickson, expande esta afirmación de la que habla Seligman, explicando cómo éste tipo de emoción tiene en efecto, una utilidad evolutiva ya que amplía los recursos intelectuales, creativos y sociales haciéndolos más perdurables (ya que se ha demostrado que las personas optimistas tienden a recordar más los sucesos positivos que los negativos) y ayudando a la expansión y apertura mental del ser humano y por ende, a su crecimiento (Fredrickson, 2000 y Seligman, 2005). La autora afirma que esto tiene un mayor impacto en la vida adulta cuando se es inculcado desde la temprana infancia. Es de gran importancia debido a que promueve la iniciativa hacia nuevas experiencias que van a ser clasificadas como positivas, con niveles óptimos de tolerancia y promoviendo la adaptación y adoptando una actitud optimista general.

“Si desarrollamos más emotividad positiva en nuestra vida, desarrollamos amistad, amor, una mejor salud física y mayores logros” (Seligman, 2005, pg76).

#### **1.2.4 Las emociones negativas**

Este tipo de emociones tales como el temor, la ira o la tristeza, siempre les han sido útiles al ser humano para protegerse de las amenazas externas, constituyendo un sistema sensorial que dispara una alarma ante situaciones de peligro o derrota. Existe el argumento de que éstas emociones han evolucionado en la selección natural porque favorecen la supervivencia y la adaptación (Seligman, 2005). Aunque estas emociones sean categorizadas como negativas, un grado óptimo de ellas es útil, como explica el autor, ya que disparan un estado de alerta y movilizan la acción; por ejemplo el miedo o el estrés. Este tema será abordado con mayor detalle en el próximo capítulo.

Todas las emociones tienen componentes: sentimental, sensorial, de reflexión y otro de acción. En las emociones negativas el componente sentimental es la aversión (indignación, temor, odio) que actúa sobre el sistema sensorial mandando la orden de averiguar qué está pasando y eliminar el problema o la amenaza para mantenernos protegidos (Seligman, 2005).

Se ha comprobado tras estudios realizados por el profesor de la Universidad de Chicago, Norman Bradburn, que existe una correlación negativa moderada entre emociones positivas y negativas, esto quiere decir que quienes experimentan más emociones negativas son las personas menos optimistas y viceversa (Seligman, 2005).

### 1.3 ¿Por qué la psicología positiva?

Esta disciplina es considerada por muchos autores tales como Seligman, Maslow, Rogers, Csikszentmihalyi y Erikson entre otros, como “emergente” (Mariñelarena-Dondena, 2012). Por ende, siendo aún muy reciente, se siguen realizando estudios e investigaciones abordando distintas temáticas relacionadas. Pero debido a su gran impronta en las últimas décadas, podemos observar cómo se investigan sus variables cada vez más en el campo de la disciplina psicológica. Creciendo el interés en los aspectos positivos del psiquismo, tanto a nivel de la comunidad científica como de la sociedad en general (Gancedo, 2008).

Siendo el objetivo de la psicología positiva lograr un cambio en el eje de la psicología, pasando de la preocupación total y exclusiva por reparar los daños al desarrollo de las cualidades positivas. Esto está siendo posible debido a los cambios en las teorías psicológicas para sustentar la fortaleza y la resiliencia del ser humano (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000 citado en Hervás, 2009 y Mariñelarena-Dondena, 2012).

Resumiendo, se trata de tener los conocimientos y las herramientas necesarias para solucionar o aliviar situaciones problemáticas y de dolor tanto como cultivar las habilidades para prevenir esto y desarrollar un bienestar pleno, ya que una persona se siente mejor cuando en su vida hay más experiencias positivas que negativas.

## **Capítulo 2: Inteligencia Emocional**

## 2.1 Introducción

En este segundo capítulo del presente estudio se desarrollarán los temas de la inteligencia emocional y los conceptos que la componen en profundidad, siendo éstos la emoción y la inteligencia humana.

El concepto de Inteligencia emocional surgió a partir del interrogante sobre por qué algunas personas se adaptan mejor y/o más rápido a las diversas situaciones cotidianas, mientras que a otras les cuesta mucho más e incluso no lo logran. Para responder a esto, los distintos autores llegaron a la conclusión de que la inteligencia emocional está conformada por metahabilidades clasificadas en distintos componentes que serán desglosados en los apartados del presente capítulo.

Se verán también definiciones de diversos autores, los antecedentes históricos y la evolución de las investigaciones científicas al respecto. Los modelos teóricos desarrollados por los autores especializados como Peter Salovey, John Mayer, Reuven Bar-On y Daniel Goleman.

Se dará una explicación de la importancia de esta temática para la sociedad en general y para la relevancia de esta investigación en cuanto a la educación emocional y de habilidades sociales, lo cual favorece el bienestar y la salud, la adaptabilidad del sujeto y el trabajo con personas adictas a sustancias. Debido a que presentan fallas en el control y regulación de sus emociones (mayormente negativas), en el proceso de reflexión y resolución de problemas; lo que repercute en la capacidad de tolerar la frustración y el estrés para poder hacer frente a las dificultades eficazmente sin sentir la necesidad de recurrir al consumo.

## 2.2 Sobre la emoción

La palabra emoción, etimológicamente viene del latín *emotio*, significa *impulso*, lo que implica “moverse hacia”. Basándose en esta morfología, en su libro *Inteligencia Emocional*, Goleman explica cómo la raíz de “emoción” es *motere*, del latín “mover”, y cuyo prefijo “e” significa *alejarse* (Goleman, 1995 y Ortega Navas, 2010). Por lo tanto este autor habla de cómo la palabra emoción denota la tendencia a la acción, que no siempre está conectada a la razón, sino que es motivada de modo impulsivo, haciendo que nuestra conducta sea movilizadora y modulada por la emoción.

Las emociones son el “conjunto de fenómenos autorregulados, que conducen al mantenimiento constante del organismo independientemente de las condiciones del medio externo en su lucha por la supervivencia” (Damasio, 2000 citado en Ortega Navas, 2010).

Son también definidas como “procesos que se activan cada vez que nuestro aparato psíquico detecta algún cambio significativo para nosotros (...), tienen la propiedad de dar prioridad a la información relevante para nuestra supervivencia, la cual debe ser procesada en cada momento (...) no son procesos estáticos, sino que van cambiando en función de las demandas del entorno, por acción de la experiencia personal y social” (Fernández Abasal, 2003 citado en Ortega Navas, 2010).

Capponi se refiere a la emoción como un “movimiento afectivo complejo, fundamentalmente como reacción inmediata a la acción de un estímulo, que puede provenir del mundo exterior, como del mundo interior del sujeto. Son fugaces, de gran intensidad y de exteriorización inmediata y evidente (...)” (Capponi, 2006, pg 125). Este autor diferencia la emoción de los sentimientos ya que muy comúnmente se los toma como sinónimos. Los diferencia por ser más estables y no necesitan de la presencia de un estímulo inmediato como la emoción (Capponi, 2006).

Estas definiciones nos demuestran que las emociones son estados fisiológicos que tienen ciertas funciones biológicas, de supervivencia y adaptación.

Darwin fue quien planteó la existencia de un conjunto de *emociones básicas* a partir de las cuales surgían el resto de las reacciones afectivas. Estas

emociones son universales e innatas a todo ser humano. Ekman (1973) las clasifica en: ira, alegría, asco, sorpresa y miedo; clasificación a la que más tarde le agregaría el desprecio. Aunque este es un tema muy controversial debido a que hay autores como Turner o Russell quienes difieren afirmando que si realmente hubieran emociones básicas únicas, sería algo en efecto obvio para cualquier investigador concluir con la misma clasificación, en lugar de que éstas difieran entre unos y otros (Choliz Montañes, 2005).

### 2.2.1 Funcionamiento de la emoción

Mariano Cholíz Montañes, psicólogo y profesor de la Universidad de Valencia, explica las distintas funciones que cumplen las emociones. Reeve (1994) clasifica tres funciones principales (Choliz Montañes, 2005):

- Funciones adaptativas: se refiere a la preparación del organismo, el estado de alerta o arousal al cual le prosigue la ejecución eficaz de una conducta determinada. Algunos ejemplos serían asco-rechazo, miedo-huida, confianza-afiliación, ira-destrucción.
- Funciones motivacionales: se trata de la energía que la emoción le otorga a la conducta para dirigirla y darle intensidad. Un claro ejemplo es cuando la esperanza de tener un mejor pasar económico mueve a la acción de buscar un mejor empleo.
- Funciones sociales: se refiere a la expresión y regulación adecuada de la emoción que permite predecir comportamientos en las relaciones interpersonales. Por ejemplo las conductas altruistas, la expresión de felicidad, conductas no agresivas que promueven el contacto con el otro y el apoyo social.

Entonces, en base a lo expuesto hasta ahora, se sabe que el principal objetivo de la emoción es el mantenimiento del estado de alerta para que el sujeto pueda reaccionar eficazmente ante un estímulo (Uruchurtu, 2005). Vemos así, que la emoción tiene una función adaptativa, siendo una respuesta fisiológica del individuo que le permite esta adaptación con una respuesta coherente de movimientos musculares, tonos de voz y expresiones faciales.

Hasta acá, podemos decir entonces que la respuesta emocional está constituida por tres componentes que son regulados por la amígdala en el encéfalo (Uruchurtu, 2005):

- Componente conductual: al que le corresponden los movimientos musculares adaptativos ante un estímulo
- Componente autónomo: es la facilitación de la respuesta conductual, hecha por el sistema simpático y parasimpático
- Componente humoral: son componentes como la adrenalina, la noradrenalina o el cortisol que refuerzan la respuesta autónoma.

John Watson explicó como la emoción es una motivación, que no siempre es consciente; así, toda situación genera un estado emocional que motiva una conducta específica con finalidad de que el individuo pueda adaptarse a tal situación (Castillo, 2012). Otros autores como Lazarus dicen que toda respuesta emocional está basada en los procesos cognitivos que se llevan a cabo cuando se presenta un estímulo, el cual es sometido a una evaluación en la que el sujeto le asigna una significación personal de amenaza o no amenaza. A partir de este proceso emocional, se ponen en marcha las conductas consideradas más adecuadas (Lazarus, 1969, citado en Castillo, 2012).

Entonces, las emociones son percibidas con connotaciones que remiten a las que son llamadas básicas y que pueden ser positivas, como la alegría, el amor, el bienestar o la esperanza; o bien a las negativas, siendo éstas el miedo, la ira o la tristeza; como se comentó en el primer capítulo. Estas connotaciones son las que preparan al organismo para actuar como reacción de ataque o huida. El nivel de satisfacción o bienestar que una persona percibe es fundamentado en el equilibrio de sus emociones negativas y positivas (Grecco, 2010).

Aaron Beck, uno de los teóricos más importantes en la psicología cognitivo conductual, afirmó que la emoción siempre es generada por el pensamiento; el peligro provoca angustia y miedo, la ofensa desemboca ira y la pérdida evoca tristeza (Seligman, 2005). Sabemos que las emociones condicionan la forma en que pensamos y el contenido de tales pensamientos (Martinez, 2014).

Este complejo proceso emocional tiene una secuencia desde el modelo de la teoría cognitivo conductual (Mestre Navas y Palmero Cantero, 2004, citado en Grecco, 2010):

- 1) Aparición del estímulo específico (éste puede ser externo, interno, real, imaginario, pasado o actual)

- 2) Percepción del estímulo (el cual puede ser consciente o no)
- 3) Evaluación y valoración (se refiere a la interpretación y estimación de la repercusión personal que puede tener el estímulo)
- 4) Experiencia emocional (es cuando la persona reconoce la emoción subjetivamente)
- 5) Respuesta fisiológica (puede ser por ejemplo: llanto, risa, ruborización, etc.)
- 6) Orexis (son las distintas posibilidades de acción hacia las que tiende la respuesta: impulsividad, deseo, etc.)
- 7) Expresión (es la respuesta emocional que puede ser automática, voluntaria o instintiva).

Rafael Biquerra Alzina (2009), autor del libro *Psicopedagogía de las Emociones*, explica que el estilo de evaluación, el cual se puede modificar con el tiempo, que hace el sujeto del acontecimiento es lo que va a determinar la emoción a experimentar (Puerta Climent, 2012) así como también condicionan la salud y es esta una de las primordiales razones para fomentar la educación emocional (Ortega Navas, 2010).

## **2.2.2 Las emociones en la salud**

Las emociones juegan un papel muy importante a la hora de hablar de salud y enfermedad ya que influyen considerablemente en el sistema inmunológico del ser humano. Las investigaciones al respecto concluyen que se pueden producir alteraciones en el sueño, depresión, problemas coronarios, gastrointestinales, cutáneos y de diabetes, entre otras; producidas por la aparición de ciertas emociones como ira, angustia, estrés y ansiedad. Así como se ha demostrado la correlación de trastornos con la expresión de determinadas emociones, también se han obtenido similares resultados al inhibirlas o reprimirlas (Choliz Montañes, 2005). Esto es explicado por una disminución de linfocitos granulares en la sangre, también conocidos como glóbulos blancos, que son los encargados de atacar las bacterias, virus y células infectadas; lo cual repercute en el descenso de la actividad

inmunológica, haciendo al organismo más vulnerable ante trastornos y enfermedades.

También se ha demostrado una influencia dinámica a nivel psíquico que hace a la aparición de sintomatología tanto psíquica como conductual y que éstas a la vez pueden repercutir en cambios de ánimo, disminución de la atención y concentración (y por ende en el procesamiento de información y resolución de problemas). Estas alteraciones influyen negativamente en la esfera interpersonal de la persona que las padece, lo cual puede conllevar a problemas alimenticios, consumo de sustancias, entre otras (Ortega Navas, 2010).

Ante esto, podemos ver la necesidad de la expresión y regulación óptima de las emociones, sobre todo en los tiempos de hoy que las enfermedades psicosomáticas son cada vez más comunes debido a la vida moderna, la rutina y las exigencias del mundo actual. Por esto es importante que las personas sean educadas en el cultivo de emociones positivas para promover la salud y el bienestar general y la prevención de enfermedades, como se detalló en el primer capítulo de esta investigación.

Con los años ha surgido cada vez más el interés por estudiar la relación de las emociones, la inteligencia emocional en la salud y el bienestar. Las primeras investigaciones fueron de Goldman, Kraemer y Salovey (1996) donde concluyeron que la adaptación eficaz dependía de la capacidad de percibir, discriminar y regular las emociones. Es así que investigadores como Goldenberg, Salovey, Mayer, Zeidner, Burns, Extremera y Fernández-Berrocal han podido demostrar exitosamente la existencia de una correlación positiva entre dichas variables. Las evidencias de éstas investigaciones muestran cómo la inteligencia emocional puede mejorar y predecir la adaptación del sujeto al contexto, lo cual tiene importantes repercusiones en el ajuste, funcionamiento y bienestar psicológico de las personas (Pineda Galán, 2012).

Esto indica que altos valores de inteligencia emocional amortiguan los efectos negativos del estrés, esto sugiere una mejor capacidad para afrontar adaptativamente las emociones negativas, las demandas sociales y del medio; reduciendo los niveles de estrés. Los participantes de esas investigaciones afirmaron sentirse mejor en sus ámbitos personales y sociales así como también se pudo observar que tenían mayor tendencia a solicitar tratamiento terapéutico al ser necesario (Pineda Galán, 2012).

Los estudios realizados también demostraron que la regulación emocional tiene un papel destacado en los resultados; ya que al regular los estados de ánimo negativos, se incide en la aparición y mantenimiento de emociones positivas independientemente de los rasgos de personalidad;

promoviendo la tolerancia a la frustración realizando una valoración menos negativa de la situación estresante (Extremera, 2005 citado en Pineda Galán, 2012). Esto denota el logro en la comprensión y aceptación de los momentos difíciles, ayudando también a reducir la ansiedad.

Todos estos resultados nos ayudan a poder pensarlos en relación a las personas que padecen adicciones, en cuanto a la falla que presentan en la capacidad de tolerar la frustración y el estrés provenientes de los distintos ámbitos de sus vidas. Así como también arrojan datos empíricos sobre la influencia positiva y los beneficios que se obtienen de un adecuado apoyo social.

### **2.3 Sobre la inteligencia**

La palabra inteligencia tiene su raíz en el latín *intellegere*, que se compone por *inter* que quiere decir “entre” y *legere* que quiere decir “leer, escoger”. Entonces podemos inferir que inteligente es la persona que sabe escoger. Según la Real Academia Española (2001), es la capacidad de entender, asimilar, elaborar información y utilizarla para la resolución de problemas (Morcillo García, 2015).

La inteligencia ha sido definida por múltiples autores. Un autor importante fue Weschler quien no sólo la define sino que también es el autor de uno de los instrumentos de medición del coeficiente intelectual más utilizados, el WISC para niños y su versión para adultos, el WAIS. Weschler define inteligencia como: “facultad global del individuo de actuar adecuadamente, pensar razonablemente y relacionarse efectivamente con su mundo circundante” (Weschler, 1967 citado en Capponi, 2006, pg 181).

William Stern también propone como definición: “facultad personal de adaptarse a nuevas exigencias, utilizando para ello adecuadamente las pautas del pensar de que disponga” (Capponi, 2006, pg181).

Finalmente, para aportar una definición más, Jaspers define la inteligencia como “conjunto de todas las capacidades y de todos los instrumentos convenientemente aplicados, utilizables para no importa qué rendimientos en la adaptación en los problemas de la vida” (Uruchurtu, 2005, pg 257).

El psicólogo francés Alfred Binet fue el creador del test de cociente intelectual (CI), siendo éste un valor cuantitativo y abreviado de la inteligencia que se utilizaba como medidor del éxito a nivel escolar y en la vida. Después de tantos años en los que se creyó que la inteligencia era una cualidad estática en el tiempo y que las personas siempre iban a tener el mismo nivel de CI. Luego se demostró que en realidad fluctúa a lo largo de la vida y de las generaciones; que el concepto de CI dejaba un amplio margen de aspectos inconclusos sobre la inteligencia humana, por lo que se comenzaron a abrir interrogantes acerca de la multiplicidad y complejidad de la inteligencia (Martnez, 2014).

En contraposición de lo que afirmaba Binet, esto indica que el puntaje que uno obtenga de CI, si bien puede indicar la facilidad que uno tenga para ciertos tipos de razonamientos como lo son el lógico matemático, no es un fiel predictor del éxito en el resto de la vida después del periodo de escolaridad (Goleman, 1995; Gardner, 2003; Seligman, 2005; Grewal y Salovey, 2006; Bar-On, 2007 y Martinez, 2014).

Como podemos deducir de las definiciones anteriores, la inteligencia es una capacidad de competencia cognitiva; que incluye distintos procesos jerárquicos como el razonamiento abstracto, el pensamiento simbólico, la solución de problemas y la toma de decisiones. Todos estos procesos le dan un carácter de ser una aptitud (Uruchurtu, 2005).

Otro investigador pionero en este tema fue el psicólogo suizo Jean Piaget, quien considera que la inteligencia es una facultad del ser humano, término utilizado para designar los procesos cognitivos superiores que son los encargados de la organización y el equilibrio para la adaptación flexible. Este autor afirma que ésta adaptación se produce a través de la conjunción de los procesos de asimilación y acomodación de los intercambios que se dan entre el sujeto y su ambiente (Piaget, 1972). Howard Gardner tras sus estudios sobre las inteligencias múltiples, afirma que el pensamiento y la conducta inteligentes son el resultado de una combinación entre lo conocido por el sujeto y lo que representa lo innovador para él (Martinez, 2014). Podríamos decir que esto es básicamente lo expuesto por Piaget en cuanto a sus conceptos de asimilación y acomodación.

## **2.4 Inteligencia emocional**

### **2.4.1 Introducción: relación entre la emoción y la inteligencia**

Piaget (1967) relaciona la inteligencia con la emocionalidad y explica que los elementos de las percepciones se encuentran en todas las manifestaciones emocionales y que éstos afectan, así, a la vida cognoscitiva.

James y Lange (1884) definen la emoción como una secuencia de sucesos desencadenados por un estímulo y que conlleva a una experiencia emocional consciente. Esto indica que las emociones influyen en el pensamiento y a su vez en la conducta (Muñoz, 2015).

La emoción y cognición interactúan entre sí para lograr respuestas más funcionales en las personas y que promuevan la adaptación (Grewy y Salovey, 2006).

Como se ha visto anteriormente en este trabajo, también se ha consignado la emoción como elemento de la motivación por otros autores y que por lo tanto, ésta está al servicio de la adaptación como ya se explicó. Teniendo en cuenta esto, podemos inferir que en el transcurso del proceso emocional se llevan a cabo múltiples procesos cognitivos; por lo que se puede ver una clara interrelación entre cognición y emoción, al contrario de lo que se sostenía en los paradigmas tradicionales que no creían que estos procesos estuvieran conectados.

Goleman (1995) explica esta relación hablando de dos mentes, una racional y otra emocional. Habla de que éstas trabajan coordinadas, y que la mente emocional tiene el trabajo de percibir los estímulos para que la razón pueda tomar la decisión de actuar en base a esa información -lo cual podemos relacionarlo con el sentido de supervivencia como instinto biológico- y que la mente racional a veces es útil para “filtrar” ciertas emociones que pueden nublar el juicio y hacer que actuemos sólo por pasiones.

Mahoney hace mención a otros procesos cognitivos de los cuales se valen la inteligencia y la emoción para funcionar adaptativamente, la memoria y el aprendizaje. Éstos ayudan en el almacenamiento de recuerdos emocionales que serán recuperados para aprender modos de sentir y actuar en distintas situaciones nuevas; son los esquemas cognitivos que organizan el funcionamiento y benefician la adaptación (Mahoney y Freeman, 1988). Este

autor también le da un importante lugar a la estructura cerebral de la amígdala como responsable de la emoción, y a todo el sistema límbico.

Se puede concluir, entonces, que inteligencia y emoción se relacionan y conectan, adjudicando al concepto de inteligencia algunos elementos como la creatividad, la confianza, el control de los impulsos y la motivación; haciendo que la racionalidad esté mediada por el componente emocional.

#### **2.4.2 Antecedentes en inteligencia emocional**

Los antecedentes de este tema datan desde la evolución del estudio de la inteligencia como concepto clásico (Puerta Climent, 2012).

Desde la antigua Grecia y Roma se creía que la emoción era algo impulsivo, que se interponía con el pensamiento; era algo que se relacionaba con el sexo femenino y por lo tanto, se consideraba la expresión emocional como algo débil e irracional. Estas concepciones fueron cambiando a lo largo de los años con el desarrollo de la psicología en el siglo XX (Grewal y Salovey, 2006). Si bien no hay grandes estudios definidos para la época, siempre existió el interés y la curiosidad del hombre por conocer la mente y su funcionamiento, lo que fue abriendo el camino a múltiples interrogantes que fueron formando un concepto cada vez más definido (Trujillo Flores y Rivas Tovar, 2005).

Charles Darwin publicó en 1837 su primer trabajo sobre inteligencia social o emocional, en el que resumió el imprescindible rol de la expresión emocional en la supervivencia y adaptación del hombre (Bar-On, 2007 y Pineda Galán, 2012). Luego comenzó a crecer mucho más el interés por este tema, así como la cantidad de investigadores dedicados a su estudio.

Una primera aproximación al concepto de inteligencia emocional fue dada por Robert Thorndike (1920) quien definió la "inteligencia social" y se refiere a ésta como la habilidad para comprender y dirigir la conducta en las relaciones humanas (Grewal y Salovey, 2006 y Bar-On, 2007).

Otro aporte importante fue hecho por Wechsler (1940) quien descubrió la existencia de factores no intelectuales en el comportamiento intelectual, lo cual abrió la puerta a mayor cantidad de investigaciones en cuanto a la inteligencia social; éstas se comenzaron con estudios sobre la alexitimia como la inhabilidad de reconocer, comprender y describir emociones, a partir de lo cual el concepto evolucionó a *conciencia emocional* en 1987 (Bar-On, 2006).

Se podría decir que comenzaron a verse dos enfoques teóricos en la investigación sobre inteligencia. Spearman (1927) y Terman (1975) planteaban la inteligencia como un valor unitario (factor g) que era la capacidad para formar conceptos y razonar la resolución de problemas. Como contraposición, surgió la teoría de Thurstone (1960) que hablaba de una integración de distintas facultades cognoscitivas como memoria, comprensión verbal y razonamiento, entre otras; que abría la posibilidad al concepto de pluralidad (Trujillo Flores, Rivas Tovar, 2005 y Martínez, 2014).

Ya a partir de la década de los '80, con investigadores como Vygotsky y Sternberg, se empezó a incorporar la variable del contexto como influencia en la inteligencia y el hecho de que influye en la forma de reaccionar a determinados acontecimientos en distintas culturas (Trujillo Flores y Rivas Tovar, 2005). Robert Sternberg también incorporó a las definiciones tres tipos de inteligencia: analítica para evaluar y comparar hechos, creativa, para descubrir, imaginar y proyectar; y práctica, para la ejecución de las decisiones (Sternberg, 1985 citado en Pineda Galán, 2012).

La inteligencia emocional fue un concepto que estuvo “a medio andar” sin poder ser definido operacionalmente ni poder ser medido adecuadamente hasta 1983 cuando Howard Gardner retomó el interés social en el tema con su libro *Frames of Mind* donde propuso el concepto de “inteligencia intrapersonal e interpersonal” en su teoría de las inteligencias múltiples, donde unía los componentes emocional y social al concepto (Bar-On, 2006; Grewal y Salovey, 2006). Para este autor, la inteligencia interpersonal se construye mediante la capacidad de percibir distinciones en estados de ánimos, temperamentos, motivaciones e intenciones; permitiendo “leer” las intenciones y deseos de los demás. Mientras que la inteligencia intrapersonal se refiere al conocimiento de los propios aspectos internos de la vida emocional que hacen posible interpretar y orientar la propia conducta.

En su libro *Inteligencias Múltiples* (2003), Gardner retoma la posibilidad de pluralidad de la mente en cuanto a distintas facetas cognitivas, con esto se refiere a que cada persona tiene diferentes potencialidades y estilos cognitivos. Este autor se basa en esto para justificar su visión de que se debería dejar de lado los tests de inteligencia que canalizan a las personas por lo general sólo

en inteligencia lógico-matemática; sin tener en cuenta todas las capacidades que el sujeto puede desarrollar y que se encuentran combinadas.

Así, Gardner define la inteligencia como “capacidad para resolver problemas, o para elaborar productos que son de gran valor para un determinado contexto comunitario o cultural”, implicando una habilidad. La considera como un potencial biopsicológico, es decir que todos poseen el potencial para desarrollar, dependiendo del contexto cultural y las experiencias.

Este autor lista siete tipos de inteligencias, sin ningún orden particular de importancia: (1) lógico-matemática, (2) cinético-corporal, (3) musical, (4) espacial, (5) interpersonal e (7) intrapersonal. Gardner afirma que si estas inteligencias o capacidades fueran desarrolladas correctamente en las personas, se sentirían más competentes y comprometidas hacia un objetivo y hacia el bienestar, pudiendo hacer frente a las dificultades.

En 1990, Salovey y Mayer parten de la teoría de inteligencias múltiples para, a partir de sus estudios psicométricos, darle inicio al término de *inteligencia emocional*. Pero fue Daniel Goleman (1995) con quien el concepto tomó mayor auge, definiéndola como: “capacidad de reconocer nuestros sentimientos y los de los demás, de motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones”.

#### **2.4.3 ¿Qué quiere decir inteligencia emocional?**

Investigadores como Salovey (2006) explican por qué se prefiere el uso del concepto de “inteligencia emocional” y no el de “inteligencia social”, ya que el término “social” hace referencia a un conjunto demasiado amplio de emociones y conductas; mientras que refiriéndose al primer término, queda implícito la singularidad a nivel personal a la vez que también implica una variedad amplia de emociones y habilidades que, si bien son individuales, de por sí son implicadas en las relaciones sociales.

Peter Salovey y John Mayer definieron la inteligencia emocional como: “la capacidad de percibir sentimientos propios y los de los demás, distinguir entre ellos y servirse de esa información para guiar el pensamiento y la conducta de uno mismo” (Salovey y Mayer, 1990 citado en Grewal y Salovey, 2006). Este concepto fue conceptualizado a partir de la noción de inteligencia intra e interpersonal de Gardner (Trujiilo Flores y Rivas Tovar, 2005). Luego modifican el concepto con un enfoque más cognitivo:

“Habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuadamente y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa y la habilidad de regular las emociones en uno mismo y en los otros” (Mayer y Salovey, 1997 citado en Extremera Pacheco y Ruiz Aranda, 2012).

Otra definición es aportada por Daniel Goleman, quien la define como:

“Conjunto de habilidades que sirven para expresar y controlar los sentimientos de la manera más adecuada en el terreno personal y social, puesto que es fundamental conectar las emociones con uno mismo, saber qué es lo que una persona siente y poder verse a sí mismo y a los demás de forma objetiva y positiva” (Goleman, 1999 citado en Ortega Navas, 2010).

Reuven Bar-On afirma que las personas con inteligencia emocional pueden comprender y expresar sus emociones y relacionarse satisfactoriamente con los otros así como también poder afrontar las demandas del medio (Bar-On, 1997a; 2007b). Esto se basa en la habilidad de estar atento a la propia emoción, entender las propias fortalezas y debilidades y ser capaz de expresar los sentimientos adecuadamente con flexibilidad entre las distintas situaciones cotidianas. Esto no sólo favorece el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales, sino que también promueve la adaptación al medio y la solución de problemas (Bar-On, 2007). Las características de este constructo ayudan a la configuración de rasgos de carácter como la autodisciplina y altruismo, que promueven la adaptación social (García Fernández y Giménez Mas, 2010).

Se la considera *inteligencia* en cuanto a que es una habilidad mental, se interrelaciona con otros tipos de inteligencia pero no los superpone y se puede desarrollar con la edad y la experiencia (Mayer, Caruso y Salovey, 2000 citado en Arias, 2014).

Esta cualidad se vuelve muy necesaria en situaciones de tensión y dificultades, cuando el sujeto necesita implementar un repertorio de recursos y

habilidades personales para modificar la experiencia emocional de tal modo que logre la adaptación. Se trata de una capacidad para atender a las propias emociones, su conocimiento, claridad, expresión y regulación adecuada entre emociones positivas y negativas en distintas situaciones, logrando un mejor procesamiento emocional. Esto es fundamental para la interacción humana, la conducta prosocial y el aprendizaje (Arias, 2014).

Investigadores como Fernández-Berrocal, Extremera, Bar-On (2006), Gardner (2009) y Salovey (2011) entre otros, han estudiado en los últimos años este campo y han podido confirmar el valor empírico de la inteligencia emocional en cuanto a factor predictor en muchos ámbitos del ser humano (Pineda Galán, 2012).

A partir de las definiciones y explicaciones de éste término, se entiende que la inteligencia emocional es una habilidad que permite interactuar con el mundo dinámico, valiéndose de las propias metahabilidades para lograr adaptación. No todos los sujetos tienen las mismas competencias o habilidades, pero desarrollando las que los caractericen pueden compensar eficazmente aquellas que no posean.

#### **2.4.4 Modelos teóricos**

Los investigadores más importantes en el estudio de la inteligencia emocional han propuesto distintos modelos que pueden aplicarse a los distintos ámbitos como la vida cotidiana, la educación, el trabajo, etc.

En el campo en el que se evalúan los componentes de la inteligencia emocional podemos distinguir dos grandes modelos, uno basado en las *habilidades* (evalúan cómo se percibe la inteligencia emocional y cómo se utiliza en el aprendizaje, centrándose en el contexto emocional y su procesamiento) y uno *mixto* o *de rasgos* (hace hincapié en aspectos de la personalidad y su relación con la inteligencia emocional) (Trujillo Flores, Rivas Tovar, 2005 y Pineda Galán, 2012).

La principal diferencia entre los tipos de modelos radica en los elementos o componentes; los mixtos se enfocan en rasgos de comportamiento más estables y variables de personalidad (como perseverancia y optimismo) conjuntamente a las de inteligencia y emociones. El modelo de habilidades considera a la inteligencia emocional un conjunto de habilidades y a la inteligencia como la que permite la adaptación a partir del procesamiento de información emocional, enfocando en los aspectos cognitivos (Pineda Galán, 2012; Mayer, Salovey y Caruso, 2000 citado en Morcillo García, 2015).

- Modelo de habilidades de Peter Salovey y John Mayer (1997, citado en Grewal y Salovey, 2006)

Estos autores se refieren a la inteligencia emocional como un dominio que contiene ciertas aptitudes que difieren de persona a persona y repercuten en todos los ámbitos de la vida:

- (a) capacidad de percibir emociones, reconociendo, identificando y expresándolas (tanto en comportamiento verbal como no verbal)
- (b) capacidad de guiar las emociones para facilitar los procesos de pensamiento, razonamiento y toma de decisiones
- (c) comprensión de las emociones
- (d) regulación reflexiva o control de las emociones.

Este proceso conlleva una serie de pasos para su eficacia:

- Que los sujetos crean en su nivel de autoeficacia en la regulación emocional
- Manejo preciso de los estados emocionales
- Identificación de las emociones que necesitan ser reguladas
- Empleo de estrategias (y la evaluación de su efectividad) que disminuyan las emociones negativas e incrementen las positivas.

Esto remite al hecho de que ciertos estados emocionales internos pueden promover las condiciones mentales para el desarrollo eficaz de conductas específicas para la resolución de problemas cotidianos. Como es en el caso de un artista que profundiza en sus sentimientos dolorosos para inspirar hermosas pinturas o poesías. Trata también de cómo el comprender las emociones y la transición entre ellas, ayuda al control de éstas (García Fernández y Giménez Mas, 2010).

Este modelo fue actualizado por sus autores en el año 2000, donde agregaron al listado la empatía (Morcillo García, 2015).

Resumiendo, este modelo basado en las habilidades, define la inteligencia emocional como la habilidad de percibir, comprender, utilizar y manejar las emociones para facilitar el pensamiento (Mayer, 2002 citado en Bar-On, 2006).

➤ Modelo mixto de Goleman (1998)

Este modelo define el constructo de inteligencia emocional como una variedad de competencias, potencialidades y habilidades que sirven para controlar la conducta, reconociendo los propios sentimientos y los de los demás (Bar-On, 2006). Goleman establece la existencia de un cociente intelectual clásico y uno emocional, que no se interponen sino que se complementan, ya que el CI no asegura que la persona pueda hacer frente exitosamente a los problemas de la vida (García Fernández, Giménez Mas, 2010 y Morcillo García, 2015).

Se establecen ciertos tipos de competencias que incluyen los distintos componentes. Los primeros tres corresponden a las competencias personales, que determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Los últimos dos, pertenecen a las competencias sociales que tienen que ver con la forma en que nos relacionamos con los demás (Morcillo García, 2015). Podemos ver así que este modelo es mixto y tiene los siguientes componentes (Pineda Galán, 2012):

- Autoconciencia: autoconciencia emocional, autoevaluación y autoconfianza
- Autorregulación: autocontrol, confiabilidad, responsabilidad, adaptabilidad e innovación
- Motivación: compromiso, iniciativa y optimismo
- Empatía: conciencia organizacional, orientación de servicio y aprovechamiento de la diversidad
- Habilidades sociales: liderazgo, comunicación, gestión de conflictos y construcción de alianzas, colaboración, cooperación y trabajo en equipo.

Goleman afirma que a través de la inteligencia emocional se puede optimizar el desempeño personal y la comunicación, esto también lo lleva al ámbito de las organizaciones para mejorar el clima laboral (Morcillo García, 2015).

➤ Modelo mixto de Bar-On (1997):

El modelo socio-emocional de este autor describe el concepto como un interjuego entre competencias emocionales y sociales, habilidades y facilitadores del comportamiento, siendo éste un modelo mixto (Bar-On, 1997a,

2006b). Ya que este modelo se basa en la teoría de Darwin, su premisa es la inteligencia emocional y social para el desarrollo de una adaptación efectiva.

Los componentes del constructo en este modelo son cinco (Bar-On, 2006 y García Fernández y Giménez Mas, 2010):

- Intrapersonal: comprende la autoconsideración, la autoconciencia emocional, asertividad, independencia y autoactualización.
- Interpersonal: se refiere a la empatía, la responsabilidad social y a las relaciones interpersonales.
- Manejo del estrés: tolerancia al estrés y control de los impulsos.
- Adaptabilidad: contiene la capacidad de prueba de realidad, flexibilidad y resolución de problemas.
- Humor o estado de ánimo general: se trata de la felicidad y el optimismo.

Estos elementos se subcategorizan en diversas habilidades o competencias:

- (a) habilidad de reconocer, comprender y expresar emociones y sentimientos,
- (b) comprensión de los sentimientos de los demás y poder relacionarse con éstos,
- (c) manejo y control de las emociones,
- (d) habilidad de controlar los cambios, adaptándose y resolviendo problemas a nivel personal e interpersonal y
- (e) habilidad de generar afectos positivos y automotivarse.

Los componentes de este modelo tienen implicancias en la psicología positiva en cuanto que son útiles para predecir factores como el rendimiento, la felicidad, el bienestar y la búsqueda de significado (Bar-On, 2010 citado en Morcillo García, 2015).

Existen ciertos investigadores como Ciarrochi (2000), Petrides y Furnham (2000), García Fernández y Giménez Mas (2010), que consideran lo que sería un modelo integrador donde los dos tipos de modelos se complementen en sus componentes e instrumentos de evaluación (García Fernández y Giménez Mas, 2010 y Pineda Galán, 2012).

## 2.4.5 Medición psicométrica

Toda cualidad que se designe como una forma de inteligencia debe cumplir los requisitos de poder ser medible a través de distintos instrumentos psicométricos.

Existen tres tipos de medidas evaluativas. Cuestionarios y escalas de autoinforme, compuestos por listados de afirmaciones donde el sujeto evalúa la propia percepción de inteligencia emocional. También se usan medidas de habilidad o ejecución, en las que se le pide a la persona que resuelva determinados problemas emocionales planteados. El tercer tipo de medida de evaluación es la observación externa, en la cual se le pide a las personas del entorno del sujeto evaluar, que den su opinión y valoración de ésta (Extremera, Fernández-Berrocal, Mestre Navas, 2004 y Pineda Galán, 2012).

Las medidas de autoinforme son las más comunes debido a ventajas en cuanto a facilidad de ejecución y administración; y el bajo coste de personal y económico.

A continuación se presenta un listado de los instrumentos usados más comúnmente (Bar-On, 2007; Arias, 2014):

- El Emotional Intelligence Test (MSCEIT) cuyos autores son Mayer, Salovey y Caruso (2002): evalúa las habilidades emocionales a través del desempeño de tareas y problemas de índole emocional.
- Trait Meta-Mood Scale (TMMS) de Salovey y Mayer (1995): evalúa actitudes personales sobre la emociones, midiendo el nivel de rendimiento en tareas emocionales concretas.
- TMMS-24 de Extremera y Fernández Berrocal (2001), es la versión corta del TMMS
- El Emotional Competence Inventory (ECI) de Boyatzis, Goleman y HayGroup (2001): evalúa distintas competencias emocionales.
- El Emotional Quotient Inventory (EQ-i) de Bar-On (1997): evalúa la medida de coeficiente de inteligencia emocional.
- Inteligencia Emocional Percibida (IEP) de Mayer y Stevens (1994)

## 2.5 Educación emocional

Rafael Bisquerra Alzina define a la educación emocional como:

“Proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como elemento indispensable del desarrollo cognitivo (...). Se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre las emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social” (Bisquerra Alzina, 2004 citado en Ortega Navas, 2010).

Parafraseando a María del Carmen Ortega Navas (2010) se entiende que la educación emocional tiene por objetivo el desarrollo de las competencias emocionales de las personas para un mayor bienestar. Estas competencias se refieren a las habilidades, conocimientos, actitudes y comportamientos que le permiten a una persona comprender, expresar y regular adecuadamente sus emociones, logrando el conocimiento de uno mismo y de los demás. Según esta misma autora, este proceso educativo también es de importancia en la prevención de las situaciones estresantes y por ende, en la salud general.

Goleman afirma que “a lo largo de la vida resultan esenciales una mayor autoconciencia, una mejor capacidad para dominar las emociones perturbadoras, una mayor sensibilidad frente a las emociones de los demás y una mejor habilidad interpersonal [...]” (Goleman, 2009 citado en Ortega Navas, 2010).

Retomando apartados anteriores, los distintos estudios empíricos han demostrado que la inteligencia emocional ayuda a reducir y modular los efectos del estrés. Nelis, Mickolajczack y Hansenne (2009) demostraron en sus investigaciones que el entrenamiento en inteligencia emocional mejora la percepción y regulación de las emociones, y que incluso estos resultados perduran en el tiempo (Pineda Galán, 2012).

De lo expuesto, podemos ver una clara dependencia y relación entre el concepto de educación emocional y lo que es la inteligencia emocional y su relevancia para la sociedad. Esto no quiere decir que se deba hacer un entrenamiento en la evitación de emociones negativas, sino en reconocer su importancia y canalizarlas en forma positiva de modo que no perjudique el bienestar integral (Ortega Navas, 2010).

El mundo postmoderno de hoy en día exige una adaptación rápida y constante, este proceso es más fácil y menos estresante para las personas que tienen un coeficiente de inteligencia emocional óptimo. Con esto se infiere un repertorio conductual lo suficientemente flexible ante la necesidad de los cambios requeridos en diversas situaciones de presión y/o resolución de conflictos.

# **Capítulo 3:**

## **Drogas y Adicciones**

### 3.1 Introducción

En este tercer capítulo se abordarán temas relacionados a las drogas y adicciones, los criterios de diagnóstico según el DSM-V, los distintos tipos de sustancias, la diferencia entre los conceptos de adicción, dependencia, consumo y abuso. Así como también se verán los factores que influyen en el consumo y los efectos que conllevan este tipo de trastornos. Y se desarrollarán los factores de riesgo y protección que son de suma importancia para la prevención.

Los autores Becoña, Cortés, Arias, Barreiro, Berdullas, Iraurgi, Llorente del Pozo, López, Madoz, Martínez, Ochoa, Palau, Palomares y Villanueva (2011) explican cómo desde siempre el hombre ha utilizado distintas sustancias para diferentes fines (como hongos alucinógenos, hojas de coca, opiáceos, etc.), pero en tiempos más modernos ya no sólo se ve el uso o abuso de sustancias, que cada vez son más; sino que también se empezaron a considerar conductas como “adictivas” tal como es el caso de la adicción al juego, a la comida, a las compras, al trabajo, al sexo e incluso al celular, entre otras. A los efectos de este proyecto, sólo se hará foco sobre la adicción a sustancias ilícitas y no a formas de comportamiento.

Hoy en día las adicciones son una de las problemáticas más grandes (y en crecimiento) que tienen las sociedades a nivel mundial y en la Argentina es un fenómeno que se ha visto agravado en las últimas décadas en cuanto a las drogas legales como a las ilegales, produciendo graves consecuencias a nivel de salud y en el resto de los ámbitos de la vida de las personas que las padecen. Es aún más agravante el hecho de que estas sustancias se asocian al disfrute del ocio y de las relaciones sociales.

Se considera relevante aclarar que se especificarán en detalle las sustancias ilegales como la marihuana y la cocaína debido a que estas fueron las sustancias mayormente consumidas por la población de la muestra de esta investigación.

### 3.2 Discriminación de conceptos

Este breve apartado está dedicado a la diferenciación y aclaración de los conceptos comúnmente utilizados al hablar de adicciones, para evitar confusiones y que puedan comprenderse mejor las distintas temáticas del capítulo. Podemos distinguir entre los siguientes términos según el Manual de adicciones (Becoña et al., 2011 y Epstein, 2012) y el DSM V:

- Adicción: necesidad de ejecutar una determinada acción que crea placer, euforia o alivio; conociendo los efectos negativos que genera a corto y largo plazo, creando dependencia.
- Uso/Consumo: ingesta esporádica de una sustancia sin que ésta produzca consecuencias negativas en el individuo ni dependencia. Es comúnmente usado con fines recreativos.
- Abuso: es cuando se exceden los límites aceptados por la sociedad o un médico en el consumo de la sustancia. Se define como:

“Patrón desadaptativo de consumo que conlleva a un malestar 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 “(APA, 2002 citado en Epstein, 2012, pg 5).

- Dependencia: es un fuerte deseo de ingerir la droga, se produce por el consumo excesivo de la sustancia en un periodo de tiempo. Tiene que ver con el potencial adictivo de la sustancia, que es lo que tiende a producir la dependencia. Se caracteriza por síntomas fisiológicos y alteraciones en el pensamiento, las emociones y la conducta. Se pueden dar dos tipos: la dependencia física, que es un estado de adaptación tras la ocurrencia de los síntomas fisiológicos ocasionados por el consumo; y la psicológica que es el impulso psíquico que demanda un consumo regular o continuo de la sustancia para lograr la satisfacción.
- Tolerancia: “aumento significativo de la dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual” (DSM V pg 484). Este

síndrome varía según la sustancia y el organismo particular de la persona que la ingiere y se produce por un patrón de adaptación del consumo.

- Abstinencia: se trata de la condición que se produce al disminuirse la concentración de la sustancia en la sangre y tejidos del organismo cuando ha sido consumida por un tiempo prolongado. El displacer que produce este estado lleva al sujeto a consumir nuevamente la droga para aliviar los síntomas tales como: sudoración, temblores, dolor de cabeza, agitación, ansiedad, depresión, etc.
- Intoxicación: síndrome específico y reversible ocasionado sobre el sistema nervioso central, cuyos síntomas no son atribuibles a otra afección médica o trastorno mental. Conlleva a ciertos síntomas como: alteraciones en la percepción, el sueño, atención, el pensamiento, el razonamiento y la conducta psicomotriz e interpersonal.
- Policonsumo: se refiere al consumo de más de un tipo de sustancia.

### 3.3 ¿Qué son las drogas?

El ser humano siempre ha utilizado sustancias para fines medicinales, rituales religiosos o de guerra, en los que era necesario entrar en “estado de trance”, según la cultura. Con el pasar de los siglos se crearon las bebidas alcohólicas y las distintas sustancias se comenzaron a usar tanto para la medicina como para el consumo personal por búsqueda de sensaciones de placer de forma ilegal, así como la comercialización de tales sustancias (Casas, Bruguera, Duro y Pinet, 2011 citado en Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011).

Durante el siglo XIX la adicción fue considerada una enfermedad moral en la que el sujeto era adicto por propia voluntad, sin considerarla una problemática de la salud pública, por lo que no había énfasis en las terapias ni en la prevención (Epstein, 2012). Luego, a partir de mediados del siglo XX, se empezaron a utilizar más con fines de sus efectos psicoactivos. En Latinoamérica a partir del boom de consumo de los años '60 por la cultura hippie, fue cuando se crearon las normas de sanción y restricción.

Una droga es una sustancia psicoactiva (legal o no) que introducida en el organismo por cualquier vía de administración provoca modificaciones en la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento, actuando sobre

los mecanismos cerebrales encargados de regular estos procesos; pudiendo crear dependencia física, psicológica o ambas (OMS, 2004). Crean así una alteración del funcionamiento natural.

Un fármaco es una sustancia química que modifica de alguna forma una función biológica específica con fines médicos, mientras que un psicofármaco es una sustancia que actúa directamente en el cerebro alterando la cognición, el comportamiento y el ánimo (Yaria, 1993 citado en Epstein, 2012).

Fernando Caudevilla Gállico (2008) diferencia estos dos conceptos afirmando que la droga es la sustancia autoadministrada por el mismo individuo, de la cual no tiene prescripción médica ni fines de curar una patología.

El consumo de drogas es una conducta que el sujeto aprende a repetir en base a sus efectos placenteros (Epstein, 2012). Los distintos autores revisados en el rastreo bibliográfico concuerdan en ciertas razones por las que la persona recurre a la droga, siendo algunas de éstas la necesidad de ganar autoconfianza, sentirse bien, desempeñarse mejor, para disminuir la angustia y en situaciones de ansiedad o estrés, o ante la curiosidad y búsqueda de sensaciones. Una de las características principales en las conductas adictivas es la pérdida de control o compulsión (Becoña et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2004) clasifica los tipos de uso de las sustancias psicoactivas en tres:

- Uso medicinal: es el uso con prescripción médica o la automedicación
- Uso ilícito: sin prescripción médica
- Uso lícito: se refiere al uso legal sin prescripción médica para fines aceptados socialmente, un ejemplo puede ser la ingesta de bebidas alcohólicas para mantener el calor en bajas temperaturas.

Existe una gran importancia en cuanto a la cantidad acumulativa de la sustancia que se consume, el contexto en el cual se la ingiere, la forma y patrón de uso. Estos factores van a determinar el nivel de gravedad de la dependencia, aparte de los efectos a corto y largo plazo como enfermedades crónicas, accidentes o lesiones, comportamientos delictivos, consecuencias sociales e incluso hasta el suicidio (OMS, 2004).

El individuo comienza con una ingesta que por lo general es para experimentar la sensación, esto se repite según una serie de factores, pasando del uso o consumo de una sustancia hasta la dependencia a ésta en un proceso que Elisardo Becoña (2002 citado en Becoña et al., 2011) enumera en fases:

- Fase previa o de predisposición
- Fase de conocimiento
- Fase de experimentación en la que se inicia el consumo
- Fase de consolidación
- Fase de abandono o mantenimiento
- Fase de posibles recaídas

La Organización Mundial de la Salud define *adicción* como:

“Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo, a aumentar la dosis, con consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad, así como una dependencia psíquica y física de los efectos” (Martínez López, 2015, pg 48).

Otra definición es aportada por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas, del gobierno de Estados Unidos (NIDA, 2014):

“Enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos” (NIDA, 2014, pg 5).

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017) realizó un informe a nivel mundial sobre las drogas, se descubrió que un 5% de la población adulta mundial ha consumido drogas al menos una vez en el 2015; y un 6% de esos casos padecen trastornos causados por el consumo.

En este informe también se pudo revelar que los opioides son los más perjudiciales en cuanto al riesgo de sobredosis y contagio de enfermedades infecciosas como hepatitis C y VIH, los casos de estas enfermedades son el 70% de la carga de morbilidad a nivel mundial.

La drogodependencia es un problema a nivel mundial que cada vez se agrava más, aumentando la población de consumo y abuso donde se puede ver cada vez desde edades más tempranas. La Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) realizó en el 2017 una investigación en una población de entre 12 a 65 años de edad, para actualizar los datos de los estudios anteriores del año 2010. Se pudo observar un aumento del 146% en el abuso de sustancias ilícitas en adolescentes de 12 a 17 años, de los cuales casi la mitad desarrollaron dependencia y afirmaron tener facilidad para el acceso de sustancias las 24 horas.

También se arrojaron datos donde se pudo ver que el consumo de marihuana aumentó un 20% en niños y adolescentes, duplicándose desde el

2010 el porcentaje de consumidores que no consideran riesgoso su consumo. El rango etario de la población que consume marihuana se ve entre los 18 y los 34 años (SEDRONAR, 2017).

Otro dato interesante fue que más del 25% de los encuestados en edad adolescente dijeron tener dos o más personas cercanas que consumen drogas, lo cual se considera un factor de riesgo ante la posibilidad de consumo (SEDRONAR, 2017).

### **3.3.1 Criterios diagnósticos**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-V se dividen los trastornos relacionados con sustancias en dos grupos: trastornos por consumo de sustancias, y los que son inducidos por éstas. El diagnóstico se da por la presencia de dos o más síntomas en un periodo de doce meses. Los criterios diagnósticos para el primer grupo son:

- 1) Consumo de grandes cantidades de la sustancia o durante un periodo mayor al previsto
- 2) Manifestación de deseos y esfuerzos de dejar o regular el consumo, sin éxito
- 3) Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos
- 4) Intenso deseo de consumo, ansia y urgencia por éste
- 5) Incumplimiento de responsabilidades en las áreas laboral, académica o doméstica debido al consumo recurrente
- 6) La continuación del consumo a pesar de las consecuencias en lo social o interpersonal
- 7) Se descuidan o abandonan actividades importantes en lo social, laboral o recreativo debido al consumo
- 8) Consumo recurrente a pesar del riesgo físico que implica
- 9) Consumo continuo a pesar de saber que se padece un problema físico o psicológico que puede ser creado, persistir o exacerbado por el consumo de la sustancia; y la persona no puede dejarlo
- 10) Presencia de síndrome de tolerancia
- 11) Presencia de síndrome de abstinencia.

Los criterios diagnósticos para el segundo grupo son de la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales:

- 1) Desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta de una sustancia, o a la reducción o cese de ésta en el caso de la abstinencia
- 2) Cambios problemáticos significativos a nivel comportamental o psicológico debidos a la intoxicación, atribuidos a los efectos fisiológicos de la sustancia que se dan durante o al poco tiempo tras el consumo
- 3) Estos síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Los criterios diagnósticos se acompañan de un nivel de severidad según frecuencia de consumo y dosis. La gravedad puede darse en tres niveles:

- Leve (dos o tres criterios)
- Moderado (cuatro o cinco criterios)
- Severo (seis o más criterios).

Es importante tener en consideración que es muy común que una persona con una adicción presente varios tipos de conductas adictivas, esto se denomina policonsumo o poliadicción; así como también suelen encontrarse, en un 50% de los casos, en interacción con éstas (o por causa de éstas) otros tipos de patologías o trastornos de índole orgánico, psicológico y/o psiquiátrico, a lo que se le llama *co-morbilidad* (OMS, 2004; Becoña et al.; 2011; Epstein, 2012 y Martínez López, 2015).

### **3.3.2 Neurobiología de las adicciones**

Toda droga que es consumida en exceso o abuso, crea una activación del *sistema de recompensa cerebral* que implica un refuerzo para el comportamiento de ingesta (DSM V).

La drogodependencia se inicia con el consumo de pequeñas cantidades de la sustancia, esto genera un efecto denominado *priming* que favorece la compulsión del consumo y el *craving* o necesidad imperiosa de ingesta. Cuando esto se lleva a cabo durante cierto tiempo prolongado, se produce una *neuroadaptación* caracterizada por los síndromes de tolerancia y el de dependencia. Esto provoca un cambio a nivel celular en el que el organismo intenta recuperar el equilibrio homeostático previo al efecto de la droga (OMS, 2004; Becoña et al., 2011 y Bobes, Casas y Gutiérrez, 2011). Para comprender esto un poco mejor se hará a continuación una breve explicación del funcionamiento a nivel del sistema nervioso.

En su informe sobre la neurociencia del consumo, la OMS (2004) explica que el sistema nervioso está compuesto por el cerebro y la médula espinal, ésta controla los reflejos y la transmisión de la información proveniente del cuerpo al cerebro para que éste mande las órdenes de ejecutar la conducta. La otra estructura implicada es el sistema límbico, el cual se conforma por el hipocampo y la amígdala; que reciben información sensorial del cerebro para la regulación emocional y conductual.

Las sustancias psicoactivas afectan al proceso de neurotransmisión y por lo tanto, a la función neuronal, causando alteraciones en el comportamiento. Esto significa que se produce una sobreestimulación de los receptores neuronales, alterándose sus cantidades y funciones, produciendo así una reestructuración sináptica. Cuando esto ocurre, se aumenta la proyección de dopamina en el cerebro produciéndose una activación del circuito de recompensa. Esto es lo que genera el aprendizaje de la conducta adictiva, influyendo en la impulsividad, en la motivación y la formación de la dependencia a la droga, ya que presentan una fuerte propiedad de reforzamiento dada por la liberación de la dopamina (OMS, 2004; García Fernández, García Rodríguez y Secades Villa, 2011; Epstein, 2012 y Organización de los Estados Americanos, 2015).

Se puede comprender de esto que la gratificación generada por la liberación de dopamina en el cerebro, produce las sensaciones de alivio de la tensión o del dolor, una mayor excitación y un mejor rendimiento; que favorecen la compulsión hacia la sustancia y la prolongación de este circuito de recompensa defectuoso, influenciando al sistema motivacional y de aprendizaje.

El cerebro humano está programado para aprender a repetir los comportamientos que generan placer. Las drogas pueden liberar de 2 a 10 veces más cantidad de dopamina que actividades como hacer gimnasia o tener sexo, lo que mantiene este circuito de recompensa (NIDA, 2014).

Así, muchos estudios revisados han llegado a la conclusión de que las adicciones crean cambios neurológicos que desencadenan problemas en la capacidad de atención, percepción, el procesamiento de información, concentración y la ejecución de la planificación; entendiéndose alteraciones en los mecanismos de regulación de la toma de decisiones y el control inhibitorio (García Fernández et al., 2011). Además, se ha comprobado que también se producen alteraciones en los sistemas corticales que se encargan de las funciones ejecutivas, siendo éstas también las que manejan las capacidades de anticipación, el establecimiento de metas, la organización, flexibilidad cognitiva y los estados motivacionales y emocionales (Verdejo-García, López-Torrecillas, Orozco y Pérez-García, 2004 citado en García Fernández et al., 2011).

Estos efectos a nivel neurológico crean una disminución en la satisfacción de los vínculos sociales ya que se les dificulta relacionarse con otros, así como también afectan al resto de las esferas de la vida del sujeto debido a la baja motivación y la posible presencia de síntomas de depresión (Epstein, 2012).

### 3.3.3 Categorías de sustancias

Las sustancias se agrupan en distintas categorías según sus efectos (Goldstein, 2001 citado en Caudevilla Gállico, 2008 y Epstein, 2012):

- Depresores: disminuyen o retardan el funcionamiento del sistema nervioso central (alcohol, tranquilizantes, barbitúricos, opioides y derivados como la codeína, morfina, heroína y marihuana). Producen dificultades en la atención, fatiga, incoordinación motora, alucinaciones, mareos, paranoia.
- Estimulantes: aceleran la actividad del sistema nervioso y amplifican las señales nerviosas (cafeína, anfetamina, cocaína, nicotina y éxtasis). Generan problemas cardíacos, respiratorios y del sistema nervioso y digestivo, cambios en la temperatura corporal, convulsiones.

- Alucinógenos: distorsionan las sensaciones y percepciones, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento (LSD, ketamina, DMT, feniletilaminas, marihuana, éxtasis). Causan problemas cardíacos y arteriales.
- Inhalantes: son anestésicos y retardadores de las funciones corporales provocando mareos y falta de coordinación (aerosoles, gases, pegamento, pintura, solventes). Pueden dañar los pulmones, el corazón, los riñones y el cerebro.

Las drogas también se pueden clasificar como legales (alcohol, tabaco y cafeína) que son las que mayormente se consumen, o ilegales como las ya nombradas. Otra clasificación puede ser según su origen, dentro de la cual pueden ser naturales (como los hongos o vegetales como la hoja de coca) o sintéticas, que son las preparadas por procesos químicos (que pueden tener origen vegetal) (Caudevilla Gállico, 2008).

Otra clasificación que se puede hacer es la que divide las drogas en las llamadas drogas duras (anfetaminas, alcohol, cocaína y opioides como la heroína y la morfina) y las blandas (la cafeína y los derivados del cannabis como la marihuana y el hachís) (Morcillo, 2015). Es importante aclarar que esta clasificación no está hecha según el nivel de peligrosidad o el potencial adictivo de las sustancias.

### **3.4 Sustancias de consumo**

Para los efectos de este estudio y teniendo en cuenta la gran cantidad de sustancias de consumo que existen hoy en día, se realiza a continuación un breve listado de las drogas que, según la población de la muestra de esta investigación, son las consumidas con mayor frecuencia.

- **Marihuana (Cannabis)**  
El cannabis es la droga ilegal más consumida a nivel mundial. De los distintos componentes de la planta, el principal psicoactivo es el tetrahidrocannabinol (THC). Esta sustancia provoca euforia o placer como principal efecto que lleva a su consumo, el cual estimula el sistema cerebral de recompensa mediante la incrementación de

liberación de dopamina en zonas claves como el núcleo accumbens. De la misma forma influye en los procesos motivacionales negativos durante la abstinencia (Bobes, Casas y Gutierrez, 2011).

El consumo continuado de esta sustancia crea disforia y alteraciones conductuales, produciendo dependencia, disminución de la productividad, crea o empeora alteraciones y trastornos psicopatológicos (trastornos psicóticos, de ansiedad y afectivos), conducta antisocial y riesgo de consumo de otras sustancias (Bobes, Casas y Gutierrez, 2011). En base a esto podemos nombrar algunos efectos que ocasiona esta droga (Becoña et al., 2011):

- Efectos cognitivos sobre la memoria a corto plazo y dificultad de concentración
- Alteraciones en el rendimiento psicomotor
- Somnolencia
- Aumento del apetito
- Analgesia
- Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca
- Efectos respiratorios como la broncodilatación
- Enrojecimiento conjuntival y reducción de la presión intraocular
- Sequedad bucal y alteraciones gastrointestinales
- Disminución de las hormonas sexuales
- Taquicardia e hipertensión
- Mayor riesgo de bajo peso al nacer en casos de embarazo y paso de cannabinoides a la leche materna

#### ➤ Cocaína

La cocaína es un alcaloide extraído de la planta *Erythroxylon coca*. Se consumen sus hojas hace más de cinco mil años por pueblos indígenas americanos, posteriormente su consumo se fue asociando a lo lúdico por sectores sociales de clase alta. Pero en las últimas épocas, a pesar de conocerse su capacidad adictiva y toxicidad, su consumo ha aumentado y universalizado, así como también las distintas vías de administración cada vez más peligrosas (como la intravenosa, inhalada o fumada como pasta base). Esta sustancia ha sido utilizada terapéuticamente por sus propiedades anestésicas, pero actualmente no tiene ningún uso de este tipo (Bobes, Casas y Gutierrez, 2011; Morcillo, 2015).

El uso de esta droga se ha popularizado por sus efectos estimulantes y euforizantes:

- Hiperactividad e hipervigilancia
- verborragia
- incremento de la autoconfianza y sociabilidad

- inquietud, ansiedad
- comportamiento estereotipado
- irritabilidad
- excesiva sudoración y dilatación pupilar (midriasis)
- alteraciones del juicio
- insomnio
- alteraciones en el procesamiento y las funciones ejecutivas
- déficit atencional
- alteraciones visomotoras.
- Puede afectar complicaciones físicas o psíquicas llegando a producir ideaciones suicidas en personas depresivas (Bobes, Casas y Gutierrez, 2011, Becoña et. Al, 2011; Morcillo, 2015).

La intensidad de estos efectos varían según la vía de administración que determina la biodisponibilidad, pero suele tener una vida breve de aproximadamente una hora ya que tiene metabolización rápida. Los cambios neuroquímicos que produce esta sustancia afectan al encéfalo, hipotálamo y a la corteza prefrontal (Bobes, Casas y Gutierrez, 2011).

Por otra parte, activan los receptores dopaminérgicos postsinápticos, alterando también otros sistemas cerebrales actuando sobre otros neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina (Becoña et. Al, 2011). Esta inhibición del transportador de dopamina eleva la concentración de la misma, alterando el metabolismo de las neuronas (Morcillo, 2015).

### **3.5 Factores de riesgo**

Un factor de riesgo es cualquier característica individual, situacional o social que favorece el uso de sustancias tóxicas, su mantenimiento y dificultad de abandonar tal comportamiento (Muñoz-Rivas, 2001 citado en Martínez López, 2015; y Callisaya Argani, 2018). Es importante tener éstos en cuenta (junto con los factores de protección) debido a que son una fuente de información para los diversos tratamientos y políticas de prevención.

Las drogodependencias son el resultado de varios factores interrelacionados, ya que las adicciones son un fenómeno multicausal. En

cuanto a los factores de riesgo que también se deben tener en cuenta en la prevención del consumo, distintos autores (Caudevilla Gálligo, 2008; García del Castillo-López, Gázquez Petrusa y Marzo Campos, 2013; NIDA, 2014; García del Castillo, 2015 y Callisaya Argani, 2018) establecen tres categorías:

- Factores macrosociales: como la permisividad o aceptación social del consumo y la accesibilidad a las drogas
- Factores microsociales: que tienen que ver con la familia, la escuela y el grupo de pares y la presión y la violencia que se ejerza y el historial de adicciones de otros miembros de la familia
- Factores individuales: como la edad, el sexo, el autoconcepto, la autoestima, las habilidades sociales deficitarias, vulnerabilidad y la particularidad biológica, el patrón de consumo, la existencia de otras patologías y experimentación temprana de sustancias.

Estos factores también están interrelacionados con la vulnerabilidad que pueda tener el sujeto, García del Castillo (2015) propone como variables intervinientes el apego temprano, el afrontamiento de las situaciones cotidianas, la inteligencia emocional, el estrés, la resiliencia y el riesgo al cual se exponga el individuo. Éstos pueden actuar como factores de riesgo o bien como factores de protección según el interjuego de los demás elementos mencionados y el nivel de exposición del individuo a éstos.

Así, el adicto en un principio puede comenzar su consumo por la presión social ejercida por el grupo de pares o la curiosidad por probar la sustancia, favoreciendo muchas veces esto la accesibilidad a las sustancias (Callisaya Argani, 2018).

Aparte de la influencia de estos factores, también entra en juego el sistema de salud, en cuanto a las consecuencias de las adicciones, para lo cual depende el nivel socioeconómico de la persona para poder acceder a los tratamientos, internaciones, etc.; ya que se aumentan los riesgos de muchas enfermedades crónicas y trastornos (OEA, 2015).

Para poder comprender el comportamiento humano es imprescindible la integración de los componentes socio-culturales, psicológicos y biológico; los que también son importantes a la hora de la prevención de las adicciones (Becoña, 2007). Con esto el autor se refiere a la importancia de conocer la valoración cultural que se tiene en cuanto al consumo de drogas, así como también el resto de los factores influyentes que conllevan a la vulnerabilidad y a la predisposición. El proceso de socialización es fundamental. Dos variables son esenciales: el control y la calidez paternal. El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres y la calidez paterna, al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos (Becoña, 2007 y Martínez López, 2015).

En la familia también se encuentra la transmisión de valores, actitudes y creencias que influyen en la autoestima, la responsabilidad, expectativas, en el funcionamiento y adaptación a la sociedad; esto correlaciona positivamente con el consumo (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Ávila Guerrero, Vera Jiménez y Musitu, 2014 y Callisaya Argani, 2018). Por lo que se puede inferir que un factor de riesgo también sería la disfunción familiar o problemas de adicción en sus miembros.

La percepción del riesgo es una variable importante ya que las personas toman decisiones en función de las consecuencias que piensan que van a tener, por lo que la concepción que se tiene sobre las distintas drogas es muy importante (Becoña, 2007).

Esto se puede ver en la adolescencia, etapa caracterizada por cambios y búsqueda de autonomía e identidad que hacen vulnerable al sujeto en el momento en el cual se suele experimentar con el consumo de sustancias. En esta etapa se comienza el consumo entre los 18 y los 24 años de edad. A esto hay que sumarle el hecho de que hoy en día las drogas son asociadas con la diversión, al que se denomina “drogas recreativas” (Calafat, 2004 citado en Becoña, 2007), fenómeno que designa el consumo de sustancias para poder aguantar toda una noche de fiesta y los llamados after party. Lo cierto es que los adolescentes también buscan asumir riesgos como parte de ésta etapa vital y esto es una gran vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias (García del Castillo, 2015). En esta etapa también juegan las variables de sobrecarga de responsabilidades que pueda sentir el joven, así como el maltrato que pueda sufrir (Callisaya Argani, 2018).

Juana Callisaya Argani (2018) habla del factor relacionado con el contexto, con el cual hace referencia a la influencia de variables situacionales particulares de la realidad que se vive en determinada cultura o sociedad. Un ejemplo de éste sería la tecnología, con la que el individuo puede tener mayor promoción y acceso a la disponibilidad de sustancias.

Se puede observar mayor vulnerabilidad en las mujeres debido a la sensibilidad hacia los efectos de las sustancias en el organismo. Se deben tener en cuenta otros determinantes sociales que conllevan a una mayor vulnerabilidad en barrios marginales en cuanto a la venta de drogas, el uso de sustancias adulteradas (que son más dañinas), la mala nutrición debida a la situación de pobreza, lo cual repercute en las dificultades al acceso de servicios de salud, etc. (OEA, 2015).

El cerebro se mantiene en desarrollo hasta los 25 años de edad, por lo que podemos inferir que las adversidades que se produzcan en el periodo de la adolescencia pueden crear afecciones irremediables (OEA, 2015).

Se considera importante recalcar que desde luego, no todas las personas que se encuentran en situaciones que le favorecen la vulnerabilidad terminan desarrollando una adicción. Y esta problemática tampoco depende de un solo factor que la determine.

### 3.6 Factores de protección

Un factor de protección es cualquier característica que inhibe, reduce o atenúa el uso, o su probabilidad; puede ser individual o social. Muchos autores los consideran un recurso que pueden ser (Becoña, 2007; Epstein, 2012; NIDA, 2014; García del Castillo, 2015 y Callisaya Argani, 2018):

- Ambientales: tales como el apoyo social, el nivel económico, los modelos de aprendizaje en la socialización y la integración social
- Personales: dentro de los cuales se pueden nombrar la forma de afrontar problemas, autoeficacia, autoestima, el sentimiento de seguridad en sí mismo, buen autocontrol, optimismo, la percepción de riesgos, la capacidad de resistir la presión, las buenas relaciones interpersonales y el comportamiento orientado a la salud (como pueden ser actividades recreativas que mantengan a la persona lejos de contextos de consumo).

Estas variables están interrelacionadas con los factores de riesgo de modo que los que para un sujeto son factores de protección, para otro pueden ser una vulnerabilidad (Callisaya Argani, 2018), aumentando la posibilidad de daño, ya sea por las condiciones individuales o ambientales (De Vicenzi y Bareilles, 2011).

Sabemos en base a la bibliografía consultada que la gravedad de una adicción también depende del patrón de consumo, como ya se ha dicho. En este sentido es cuando entra el concepto de resiliencia que nos es de interés en su relación con las variables estudiadas en este trabajo.

Resiliencia es un término que viene del latín “resilio” que quiere decir “volver atrás”, “rebotar”. Este concepto es tomado por distintas disciplinas para explicar la capacidad de recobrar un estado original posteriormente a una presión deformadora. La Real Academia Española la define como la “resistencia de un cuerpo a la rotura”. Podemos decir entonces que se trata de la habilidad de un organismo para recuperarse, superando la adversidad. De esto depende también las características individuales de personalidad y biológicas del sujeto y un desarrollo personal y social adecuado (De Vicenzi y Bareilles, 2011 y Martínez López, 2015). Son las personas que a pesar de estar expuestas a factores de riesgo, no desarrollan una dependencia o consumo.

A esta capacidad le contribuyen factores como una buena relación con los padres, con un sentimiento de apego y seguridad desde edades tempranas, conformando una red de apoyo social; así como también podemos considerar las habilidades sociales del sujeto, como la capacidad de comunicación, de resolución de problemas y perseverancia, entre otras (OEA, 2015). Este concepto es importante ya que favorece el optimismo, la capacidad de identificar y readaptar los acontecimientos negativos; disminuyendo la vulnerabilidad a la enfermedad y las adicciones (García del Castillo, 2015). Todo esto constituye un importante factor de protección.

Otros factores personales que se deben tener en cuenta son la conducta prosocial y las estrategias de resolución de problemas. Hernández-Serrano, Espada y Guillén-Riquelme (2016) explican que éstos promueven la motivación, un autoconcepto positivo, la responsabilidad, empatía y una mayor cantidad y calidad de relaciones interpersonales. Esto se considera una habilidad que la persona puede tener, que la hace más productiva y adaptativa, mejorando su afrontamiento a situaciones problemáticas, de estrés y frustraciones que podrían ser causantes de adicción; así como también hacer frente a situaciones concretas de presión social donde se promueve el consumo.

### 3.7 Algunas consideraciones sobre la prevención

La prevención son acciones destinadas a evitar enfermedades, diagnosticarlas, tratarlas y rehabilitar cuando sea necesario; reduciendo factores de riesgo y aumentando los de protección a través de la intervención de profesionales del sector de la salud (Czeresina y Machado de Freitas, 2006 citado en De Vicenzi y Bareilles, 2011). Existen tres categorías de prevención (OEA, 2012):

- Primaria: busca reducir el número de personas que consumen por primera vez mediante intervenciones que disminuyan los factores de riesgo y fortalezcan los de protección.
- Secundaria: se enfoca en las personas que ya tienen un patrón de consumo establecido, para evitar que éste se agrave.
- Terciaria: trabaja con estrategias para limitar los efectos adversos que se puedan ocasionar en cualquier ámbito de la vida de las personas.

Para temáticas como las problemáticas en adicciones se utilizan programas de prevención *primarios* por su enfoque en la reducción de factores de riesgo o vulnerabilidades. Estos programas pueden ser (OEA, 2012):

- Universal: destinados a la población en general.
- Selectivo: dirigidos a las poblaciones específicas que presentan mayor riesgo.
- Indicada: para personas que ya presentan problemáticas de abuso y trastornos derivados de éste.

La prevención debe dirigirse a niños, adolescentes y sus familias, en ámbitos escolares y comunitarios. Se busca concretar que los programas y servicios, tanto para prevenir como para los tratamientos, sean formulados en base a la necesidad específica que tenga cada grupo; según edad, ubicación geográfica, nivel socioeconómico, etc. (UNODC, 2017 y Callisaya Argani, 2018). Por lo que todo programa de prevención debe ser evaluado constantemente en función de sus destinatarios y las investigaciones científicas, para poder tener conocimiento sobre las distintas drogas, su uso, sus efectos e información sobre los factores influyentes (Becoña, 2007; OEA, 2012 y NIDA, 2014).

Hay distintos factores a tener en cuenta cuando hablamos de prevención. Éstos tienen que ver con la lucha en contra del narcotráfico (debida a la pobre eficacia de los programas de prevención) (UNODC, 2017 y Callisaya Argani, 2018), hacer especial hincapié en la etapa de la adolescencia por lo que ya se ha tratado en la previa temática (Becoña, 2007; NIDA, 2014; Callisaya Argani, 2018), esto también ayudará a que de adultos el consumo no se vuelva adicción y que no consuman otros tipos de drogas conjuntamente y se preveerán así también otros trastornos y enfermedades físicas (Becoña, 2007 y Khan, Cleland, Scheidell y Berger, 2014 citado en Hernández-Serrano, Espada y Guillen-Riquelme, 2016).

Es importante tener en cuenta a la hora de hablar de prevención que se ha demostrado en estudios realizados desde hace décadas que existe una mayor probabilidad de que los individuos que consumen drogas legales, tales como el alcohol, puedan consumir drogas ilegales posteriormente (Becoña, 2007).

El objetivo principal siempre es la reducción de daños, balanceando los factores de protección y los de riesgo, promocionando los primeros; aumentando y mejorando la calidad de vida, fomentando las “habilidades para la vida” (Callisaya Argani, 2018). También se busca que los objetivos tengan alcances multidimensionales en las distintas áreas vitales de los sujetos, aumentando la conciencia de enfermedad y entrenando en la prevención de recaídas (Becoña, 2006 citado en Epstein, 2012). Esto último tiene especial importancia debido a que cuando la persona sabe que las recaídas son comunes y esperadas, no se afecta tanto su motivación para comenzar o continuar el tratamiento (Prochaska, Norcross y Diclemente, 1994).

### **3.8 Adicciones e inteligencia emocional**

Muchas personas que son dependientes a las drogas, utilizan estas sustancias para aliviar “temporalmente” los sentimientos de ansiedad, la ira o la depresión (Coombs y Howatt, 2005). Sin embargo, este alivio temporal en

realidad les niega el acceso a sus propias emociones y les impide el desarrollo de la autoconciencia (Dayton, 2000 y Morcillo García, 2015).

En una investigación realizada en Estados Unidos, África del Sur y Argentina en la que se evaluó la inteligencia emocional en poblaciones clínicas y su comparación en poblaciones generales, se demostró que los niveles de éste coeficiente eran mayores en la población general o “sana” (Bar-On, 1997).

Limonero, Tomas-Sabado y Fernández-Castro (2006) realizaron una investigación en la que los resultados indicaron que quienes tenían mayor frecuencia de consumo, tenían niveles más bajos en el componente de reparación emocional. Ésta refiere a la creencia que tiene el sujeto de que es capaz de atravesar estados emocionales negativos y prolongar los que sean positivos (Epstein, 2012).

En el DSM V se explica que los sujetos que presentan disfunción en los niveles cerebrales de inhibición (que influyen en algunos de los elementos que componen a la inteligencia emocional, tales como el control de los impulsos) sugieren una mayor predisposición a desarrollar problemáticas de consumo de sustancias. Esto se puede evidenciar en trastornos comportamentales tempranos, por lo que se refuerza la premisa de trabajar con habilidades, conductas y educación emocional desde temprano como una medida de prevención.

Resulta oportuno mencionar que una de las características más generales de los pacientes adictos es la impulsividad, tal como ya lo hemos visto, esto se relaciona con la falta de recursos personales ante situaciones que demandan altos niveles de estrés (Muñoz Hurtado y Tejero Pocillo, 2009 citado en Epstein, 2012). Vemos aquí nuevamente la importancia de la educación emocional.

Continuando la temática, Martin Seligman en su libro *Niños Optimistas* investigó y descubrió que si a niños de alrededor de diez años de edad se les enseña la habilidad del pensamiento y el optimismo, esto reducía un 50% la probabilidad de depresión durante la pubertad (Seligman y Reivich, 1999 en Seligman, 2005).

Esto nos puede ayudar a inferir que el desarrollar habilidades que disminuyen el índice de depresión también pueden contribuir a disminuir la vulnerabilidad de caer en el consumo de drogas tanto en la adolescencia como en la adultez si por ejemplo tiene desarrollada una visión de futuro, tolerancia a las frustraciones y control de los impulsos, entre otras.

En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales, que insiste en que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades

específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas (Becoña, 2007).

Bar-On (1997) añade respecto de las relaciones interpersonales que cuando los niveles de empatía no son altos, los individuos presentan dificultades en el registro de los sentimientos ajenos, lo cual los lleva a demostrar insensibilidad en los vínculos; además esto puede hacer que queden al margen de las distintas situaciones sociales (Epstein, 2012).

Según otro estudio de Seligman y Diener, las personas que tienen una vida social rica y satisfactoria son más felices y por lo tanto presentan menos vulnerabilidades (Seligman, 2005). Podemos tomar este descubrimiento para referirnos a la influencia que tiene el contexto social en las personas, sobre todo en adolescentes que son más propensos en ésta época del desarrollo. Otro autor como Goleman señala que el reconocimiento y la utilización de las emociones funcionan como un beneficio de la motivación y las relaciones con otros (Morcillo García, 2015), lo cual repercute positivamente para la prevención y el tratamiento.

Siguiendo lo argumentado hasta el momento, las personas que trabajen en mejorar éstas capacidades de la inteligencia emocional son quienes poseerán habilidades superiores en la resolución de conflictos, motivación, comunicación y autoestima (Goleman, 1998 y Morales Ortiz, 2007 citado en Epstein, 2012). Hernández-Sosa et al. (2016) explican en su investigación que una conducta prosocial tiene un efecto significativamente positivo en la frecuencia del consumo.

En líneas generales, podemos observar que a mayor nivel de inteligencia emocional como rasgo, menor vulnerabilidad hacia problemas de salud y adicciones, así como también una mayor capacidad para afrontar las presiones (García del Castillo, 2015 y Trinidad, 2002 citado en Martínez López, 2015).

De acuerdo con Oblitas Guadalupe (2002), el sujeto que mantiene esta problemática de consumo y se encuentra en tratamiento, necesita de una psicoeducación en estrategias de control de la agresividad, asertividad, entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas. Debido a que al carecer de habilidades inter e intrapersonales adecuadas, no se tiene la capacidad necesaria para controlar el estado emocional sin acudir al consumo de la sustancia (Epstein, 2012 y Callisaya Argani, 2018).

Cáceres, Salazar y Tobas (2006), Villa Moral, Sirvent y Blanco (2011) en sus estudios científicos pudieron demostrar déficits severos en la asertividad de

los pacientes con adicciones, concluyendo así, en la importancia y necesidad del entrenamiento psicosocial; el cual ayudaría a aumentar el conocimiento de sí mismo y por ello la regulación emocional, favoreciendo la autoeficacia (Epstein, 2012).

**SEGUNDA PARTE:  
PRÁCTICA**

## **Capítulo 4:**

# **Metodología de la Investigación**

## 4.1 Introducción

En este apartado se desplegará detalladamente el plan de investigación del presente trabajo. Éste se elige en función de los objetivos y de las condiciones de indagación, es decir, del método (León y Montero, 2003).

Se abarcarán teóricamente cada uno de los aspectos metodológicos de dicho estudio, interrelacionándolos con el trabajo de campo realizado. También se explicarán los instrumentos metodológicos utilizados para la recolección de los datos empíricos y su posterior análisis.

## 4.2 Método de investigación

El método científico de una investigación es un “procedimiento concreto que se emplea, de acuerdo con el objeto y fines de la investigación, para organizar los pasos de ésta y propiciar resultados coherentes” (Hernandez Sampieri citado en Cubo de Severino, 2014, pg 124). Otra conceptualización está dada por los autores del libro *Metodología de la Investigación*, Orfelio León e Ignacio Montero (2003) que lo definen como “conjunto de pasos reglados que utiliza la ciencia para la ampliación de sus conocimientos”, siendo éste un método bastante estandarizado.

La principal característica de este método es la replicabilidad que permite que otros investigadores puedan realizar el mismo estudio y obtener los mismos resultados, estableciendo reglas más o menos universales sobre la función de la naturaleza y el ser humano (León y Montero, 2003).

Esta investigación se enfoca en el *método deductivo*, debido a que se parte de una teoría o ley general mediante el uso de la razón y de la cual se deducen conclusiones de un fenómeno particular para ser contrastadas en la

realidad (León y Montero, 2003; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

El *enfoque* metodológico de este trabajo es cuantitativo ya que, epistemológicamente hablando, se basa en construir una teoría posible de generalización para resolver problemas en momentos específicos a partir del análisis estadístico de los datos recopilados mediante instrumentos psicométricos (León y Montero, 2003).

Por la naturaleza de los objetivos, la presente es una investigación con alcance y método de análisis *descriptivo* ya que sirve para para analizar cómo es el fenómeno, sus componentes y cómo se manifiesta, analizando eventos ya ocurridos naturalmente (Cubo de Severino, 2014; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

En el presente estudio se trabaja con un *diseño no experimental* en el que se realiza el trabajo de campo donde el fenómeno se da de manera natural, es decir, sin manipulación deliberada de las variables. Es un estudio de tipo *transversal* donde se recolectan datos de un momento determinado, para describir variables y analizar su incidencia en un periodo de tiempo acotado. (Cubo de Severino, 2014; Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 2014).

El *objeto de estudio* de esta investigación es la inteligencia emocional en personas que presentan trastornos por consumo de sustancias.

Las preguntas de investigación y los objetivos derivados de éstas en este estudio son:

#### Preguntas de Investigación

- ¿Qué niveles de coeficiente de inteligencia emocional presentan las personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias?
- ¿Cuáles son las habilidades de inteligencia emocional predominantes en personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias?

#### Objetivo General

- Aportar conocimiento científico acerca del coeficiente de inteligencia emocional de personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias.

#### Objetivos Específicos

- Describir los niveles de coeficiente emocional en personas que están en tratamiento por consumo de sustancias.
- Analizar cuáles son las habilidades de inteligencia emocional predominantes en personas que están en tratamiento por consumo de sustancias.

### Hipótesis

- Es posible que un bajo nivel de coeficiente de inteligencia emocional pueda asociarse a una mayor vulnerabilidad hacia el consumo de sustancias y a la adicción.

Las *variables* de una investigación son los distintos fenómenos implicados en ella, que el investigador decide estudiar, presentan diferentes valores o cualidades que son registrados y por lo tanto es necesario definirlos operativa u operacionalmente (León y Montero, 2003). En este estudio se trabajó con las variables: inteligencia emocional y problemática de consumo.

La *muestra* utilizada es de tipo intencional ya que se buscaron y seleccionaron sujetos con determinadas características necesarias para llevar a cabo la investigación según los objetivos planteados (Hernández Sampieri, Fernandez Collado y Baptista Lucio, 2014). Es también de tipo no probabilística debido a que en el proceso de muestreo no se pudo determinar la probabilidad de inclusión de los sujetos de una población de gran tamaño como parte de la muestra (León y Montero, 2003). Los participantes fueron elegidos en base a un triple criterio de selección, ya que la muestra debe tener tres características (León y Montero, 2003):

- 1) Representatividad de la población total de estudio para poder generalizar los resultados. Esto no fue posible en dicha investigación debido al tamaño reducido de la muestra.
- 2) Idoneidad, es decir, que la selección de los sujetos sea en base a las características del fenómeno que se desea estudiar; en este caso fueron personas con problemáticas de consumo.
- 3) Accesibilidad, teniendo en cuenta las limitaciones espaciales y temporales de la investigación.

Para esta unidad de análisis se trabajó con una población de 30 sujetos cuya participación fue voluntaria y que tenían las siguientes características particulares: hombres y mujeres de un rango etario entre 20 y 40 años, pertenecientes al Gran Mendoza y que se encontraban en tratamiento y asistencia por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas. Los participantes conformaban grupos de tratamiento en la institución privada Cable a tierra

situada en Godoy Cruz y en la institución pública Tejada Gómez de Ciudad Capital.

### **4.3 Instrumento metodológico**

El instrumento metodológico es definido por León y Montero (2003) como “herramienta de medición de una variable psicológica a la que se asigna un número que indica un grado de intensidad. El proceso se realiza mediante preguntas con respuestas cerradas”.

Para este tipo de investigación se ha considerado oportuno el uso de una escala, donde cada estímulo registra un cierto grado en el que el sujeto se sitúa dentro de determinada afirmación (León y Montero, 2003), ésta es el inventario de inteligencia emocional de Bar-On. También se utilizó secundariamente un cuestionario anónimo sobre consumo.

#### **4.3.1 Inventario de inteligencia emocional (EQ-I) de Bar-On**

Este inventario fue diseñado por Bar-On (1988) originariamente para medir el funcionamiento emocional y social. Luego decidió que sería más útil a los efectos científicos para la psicología del bienestar. Es un instrumento que se ha traducido a más de treinta idiomas, ha sido validado en distintos grupos de género y edades y ha servido para recolectar data intercultural a través de los años (Bar-On, 2006).

El instrumento seleccionado para la recolección de datos fue el Inventario EQ-I de Inteligencia Emocional de Bar-On (1997). Es una escala de autoinforme conformada por 133 afirmaciones que componen una escala tipo Likert de cinco puntos y que ha sido diseñada para la población a partir de los 16 años de edad (Bar-On, 2007). Mientras más alto el puntaje de la escala, se predice un funcionamiento más efectivo en las demandas diarias de la vida; y mientras más bajo sea el puntaje, se podrá suponer mayores dificultades a la hora de enfrentar problemas emocionales, sociales y comportamentales (Bar-On, 2006).

Esta técnica se eligió porque dentro de los distintos cuestionarios que miden la inteligencia emocional éste es el que mide la mayor cantidad de elementos que la componen y esto es de gran interés a la hora de relacionar tales componentes con las adicciones.

Los datos se obtienen mediante la sumatoria de los puntajes de 5 escalas de componentes del coeficiente emocional y sus subcomponentes correspondientes a 15 subescalas. Los puntajes directos que se obtienen, en general, nos aportan información que permite conocer el nivel de desarrollo de las habilidades emocionales del sujeto encuestado.

En la escala se evalúa el coeficiente emocional total en base a la sumatoria de los puntajes directos de las 15 subescalas que conforman las 5 escalas del Cociente Emocional que son las siguientes (Bar-On, 2006; Tornello, 2017):

- Intrapersonal
- Interpersonal
- Adaptabilidad
- Manejo de la tensión
- Estado de Ánimo General

Las subescalas pertenecientes a cada una son:

Cociente Emocional Intrapersonal: se obtiene mediante la sumatoria de los puntajes directos de los siguientes sub componentes:

- a) Conocimiento emocional de sí mismo
- b) Seguridad
- c) Autoestima

- d) Autorrealización
- e) Independencia

Cociente Emocional Interpersonal: cuyos sub componentes son:

- a) Relaciones interpersonales
- b) Responsabilidad social
- c) Empatía

Para hallar el valor de la escala de Relaciones Interpersonales se requiere además de sumar los puntajes directos de sus subescalas, restarle al total obtenido la sumatoria de los siguientes Ítems: 55; 61; 72; 98; 119.

Cociente Emocional de Adaptabilidad: se suman los puntajes directos de los siguientes sub elementos:

- a) Solución de problemas
- b) Prueba de la realidad
- c) Flexibilidad

Cociente Emocional de Manejo de Tensión: éste se obtiene mediante la sumatoria de:

- a) Tolerancia a la tensión
- b) Control de los impulsos

Cociente Emocional del Estado de Animo General: Se obtiene mediante la suma de los puntajes directos de las subescalas:

- a) Felicidad
- b) Optimismo

El resultado de éstas 15 subescalas se obtiene mediante la suma de las puntuaciones asignadas para cada afirmación según los haya marcado el evaluado, considerando su valor, ya sea éste ítem positivo o negativo. Los ítems que se cuantifican como positivos se puntúan tal cual haya sido la asignación dada por el sujeto. Y los ítems negativos, se puntúan con el valor inverso al asignado por el sujeto. Así, los ítems que hayan sido puntuados con tres, puntúan con el mismo valor (Bar-On, 1997 y Tornello, 2017).

Los ítems que corresponden a cada sub escala son (Tornello, 2017):

<b>Subescala</b>	<b>Ítems positivos y negativos</b>
Conocimiento emocional de sí mismo	+7 +9 -23 -35 -52 +63 +88 -116
Seguridad	-22 +37 +67 -82 +96 -111 -126
Autoestima	+11 -24 +40 -56 -70 +85 +100 +114+129
Autorrealización	+6 -21 -36 -51 -66 +81 +95 +110 -125
Independencia	+3 -19 -32 -48 -92 -107 -121
Empatía	-18 +44 +55 +61 +72 +98 +119+124
Relaciones interpersonales	-10 -23 +31 +39 +55 +62 -69 +84+99 +113 -128
Responsabilidad social	+16 -30 -46 +61 +72 +76 +90 +98+104 +119
Solución de problemas	+1 +15 -29 +45 +60 -75 +89 -118
Prueba de realidad	+8 -35 -38 -53 -68 -83 +88 -97+112 - 127
Flexibilidad	-14 -28 -43 -59 +74 -87 -103 -131
Tolerancia a la tensión	+4 +20 +33 -49 -64 +78 -93 +108 -122 - 76
Control de impulsos	-13 -27 -42 -58 -73 -86 -102 -110 -117 -130
Felicidad	-2 -17 +31 +47 +62 -77 -91 +105+120
Optimismo	+11 +20 +26 +54 +80 +106 +108 -132

Finalmente, a este resultado total, se le resta la sumatoria de los valores absolutos de los siguientes ítems: 11, 20, 23, 31, 62, 88, 108. Esto es necesario debido a que hay algunos ítems que pertenecen a dos escalas simultáneamente.

A continuación se muestran las pautas generales de interpretación (Tornello, 2017):

<b>Puntajes</b>	<b>Pautas de Interpretación</b>
121 o más: Muy Alto	Capacidad emocional altamente desarrollada, inusual.
110 a 120: Alto	Capacidad emocional muy desarrollada o alta. Buenas habilidades emocionales.
91 a 109: Promedio	Capacidad emocional adecuada dentro de lo esperable: Promedio.
80 a 90: Bajo	Baja capacidad emocional, se presentan dificultades en las habilidades emocionales.
79 o menos: Muy Bajo	Muy baja capacidad emocional, se encuentra extremadamente por debajo del promedio, presentando una marcada inhabilidad emocional.

#### 4.3.2 Confiabilidad y validez

El inventario se validó en Lima con una muestra de 1996 personas mediante análisis factorial y se ha validado en varios países tales como España, México, Canadá y Argentina; en poblaciones de distintas edades y género (Ruvalcaba Romero, Gallegos Guajardo, Lorenzo, Maryurena y Borges del Rosal, 2014).

Dupertuis y Moreno (1996) realizaron la adaptación al español de este inventario (1997a, 1997b), la cual fue sometida a análisis de fiabilidad y validez (Regner, 2008).

En Argentina, la licenciada Evangelina Regner (2001) estudió la validez convergente y discriminante junto con la fiabilidad en una muestra de 352 sujetos de la Provincia de Entre Ríos. En cuanto a la fiabilidad, la prueba alcanzó los valores de alpha de Cronbach: escala intrapersonal,  $\alpha = .91$ ; escala interpersonal,  $\alpha = .72$ ; escala de adaptabilidad,  $\alpha = .76$ ; escala de manejo del estrés,  $\alpha = .85$  y escala de estado de ánimo general,  $\alpha = .85$ . Se observaron correlaciones negativas altas ( $r = -.665$  a  $-.759$ ) entre el EQ-i y el factor de neuroticismo, esto demuestra que el inventario estaría relacionado con la personalidad (Regner, 2008). Los resultados obtenidos por otras investigaciones también demostraron que este inventario presenta correlaciones bajas con la inteligencia verbal y que tiende a solaparse con medidas de personalidad (Davies et al., 1998; Dawda y Hart, 2000; Newsome et al., 2000; Brackette y Mayer, 2003; Livingstone y Day, 2005 y Van Rooy et al., 2005 citados en Regner, 2008).

#### **4.3.3 Cuestionario anónimo de consumo**

Este cuestionario fue redactado para administrarse secundariamente al inventario EQ-I a los fines de recolectar datos complementarios sobre los patrones de consumo e información demográfica de los sujetos participantes de la muestra.

Éste es de carácter anónimo, tiene una extensión de sólo una carilla con 12 preguntas, en las que el sujeto debe completar escribiendo a mano o bien marcando con una cruz en la o las opciones que correspondan a su caso, de los siguientes campos:

- Edad y sexo
- Estado civil
- Ciudad de residencia
- Tipo/s de sustancia/s que consume
- Edad de comienzo del consumo
- Si considera que tiene un problema de consumo
- Frecuencia del consumo
- Vía/s de administración de la/s sustancia/s

- Si tiene conocidos que consuman y si éstos son amigos o familiares
- Si ha realizado tratamiento previo por problemática de consumo y qué tipo/s de tratamiento/s, dándose como opciones de respuesta: ambulatorio, no ambulatorio (refiriéndose éstas a no internación e internación respectivamente), psicológico y psiquiátrico.

En las preguntas referidas al tipo de sustancia de consumo y la edad de inicio de éste se dejó espacio suficiente para que los participantes escribieran sus respuestas. El resto de las preguntas del cuestionario fueron redactadas para responder marcando con cruz la o las respuestas para luego ser tabuladas en el proceso estadístico.

#### **4.4 Procedimiento del trabajo de campo y recolección de datos**

En cuanto al procedimiento del trabajo de campo se realizó en las instituciones mencionadas previamente, donde se pactó una entrevista previa con las psicólogas responsables para la aprobación del trabajo de campo: la licenciada Nayla Balecki, organizadora de grupo de tratamiento en la institución Cable a tierra; y la licenciada Gabriela Dick de la institución Tejada Gómez.

En un primer momento, en cada encuentro, se les explicó a los participantes sobre la investigación y la relevancia de su participación voluntaria; a quienes decidieron participar se les entregó un consentimiento informado para que firmaran, en el cual se explicitaban los datos del proyecto y su participación en carácter voluntario, anónimo y confidencial; así como que la información derivada de la investigación se utilizaría exclusivamente con fines estadísticos.

Luego se procedió a la entrega del inventario seleccionado y de su explicación para que lo respondieran de manera anónima. Éste fue administrado de forma grupal en Cable a tierra y de forma individual en Tejada Gómez. En esta segunda institución hubieron algunos casos de sujetos

analfabetos por lo cual se tuvo que proceder a la lectura del inventario y del cuestionario, tras su posterior consentimiento, para que lo respondieran de forma oral.

#### **4.5 Análisis de los datos**

Posteriormente a completar los treinta inventarios y cuestionarios se procedió a la obtención de los puntajes directos de los inventarios EQ-I tal y como fueron detallados en la descripción del instrumento y a la tabulación de éstos y de la información obtenida mediante los cuestionarios. Para la tabulación de las respuestas del cuestionario se armaron categorías para clasificarlas en las preguntas que podían marcarse más de una respuesta e incluso combinarse éstas. Esto se realizó en la pregunta de vía/s de administración (en la que podían seleccionarse entre una y cuatro vías), en la de conocidos que también consumieran (en la cual podían seleccionarse una o dos respuestas) y en la de tipo de tratamiento realizado previamente (en la que podían marcarse entre una a cuatro respuestas).

Luego se continuó con el análisis estadístico de los datos recolectados. Se obtuvieron la media y desviación estándar de cada escala, subescala y de la totalidad de la muestra; así como también el conteo de la frecuencia relativa en término de proporciones y de porcentajes, sistematizando y organizando los datos para su posterior presentación respondiendo a cada uno de los objetivos de este estudio.

**Capítulo 5:**  
**Presentación, Análisis y Discusión**  
**de los Resultados**

## **5.1 Introducción**

En este último capítulo se llevará a cabo la presentación de los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico de los datos recolectados en el trabajo de campo, los cuales serán expuestos mediante tablas y gráficos descriptivos. Mediante este proceso también se llevará a cabo la caracterización detallada de la población que compone la muestra de esta investigación.

Luego se procederá al análisis y discusión de éstos resultados según los objetivos de la investigación, mediante una descripción intramuestral y una integración de éstos resultados con la información arrojada por otras investigaciones científicas revisadas.

Finalmente se presentarán las conclusiones finales del presente trabajo, sintetizando e integrando los aportes más significativos realizados al estudio sobre el tema y teniendo en cuenta los objetivos generales y específicos de esta investigación y la hipótesis.

## **5.2 Presentación de los resultados**

### **5.3 Caracterización de la muestra**

La población de la muestra fue compuesta por 30 participantes, hombres y mujeres, de un rango etario que osciló entre los 20 y los 40 años de edad, a partir de lo cual se obtuvo una edad media de 28 años. El 90% de los sujetos fueron de sexo masculino, siendo el restante 10% de sexo femenino (tabla n°1).

**Tabla nº 1:** Variables del cuestionario anónimo de consumo

<b>Variables</b>		
Género	F	F%
Masculino	27	90%
Femenino	3	10%
<b>Frecuencia de consumo</b>		
Diario	12	40%
Recreativo	8	27%
Ocasional	10	33%
<b>Red de consumo</b>		
Familiares	3	10%
Amigos	24	80%
Ninguno	3	10%
<b>Tratamiento previo</b>		
Si	26	87%
No	4	13%
<b>Tipo de tratamiento</b>		
Ambulatorio/No ambulatorio	15	58%
Salud mental	2	8%
Combinado	9	35%
<b>Insight</b>		
Si	30	100%
No	0	0
Tal vez	0	0

En la presente tabla se muestran las frecuencias relativas y en porcentajes de las distintas variables medidas en el cuestionario anónimo de consumo. Éstas se explicarán más en detalle a continuación.

En cuanto a la frecuencia de consumo de estas sustancias, a partir del mismo cuestionario se pudo observar que el 40% de los individuos presentan un patrón de consumo de frecuencia diaria, el 27% consume de forma recreativa y el 33% restante tiene un consumo ocasional o episódico (tabla nº1).

Con respecto a la vía de administración de la droga, en el cuestionario se listaron cuatro vías: oral, pulmonar (fumada), intranasal (aspirada) e intravenosa o inyectada. El uso de éstas es unitario o combinado según el policonsumo.

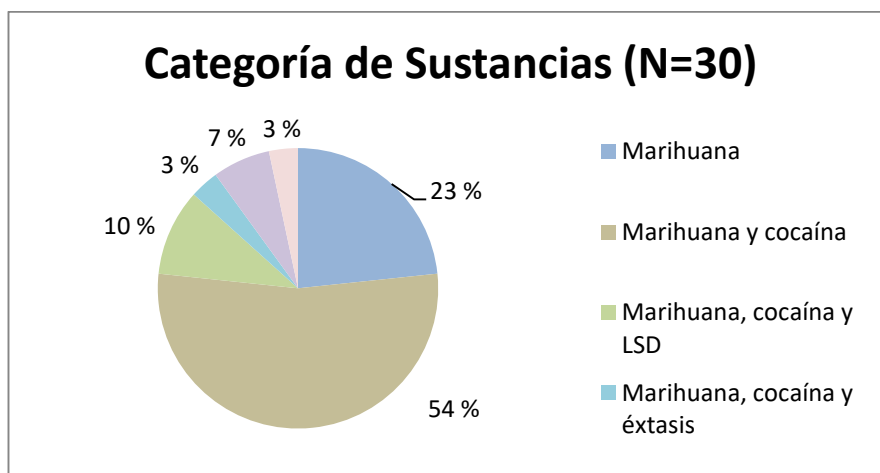
En lo que se refiere a la presencia de familiares o amigos que consuman sustancias psicoactivas y que formen parte del entorno de las personas que componen la muestra de este estudio, los resultados demuestran que del 100% de la muestra, hay un 80% de los sujetos que tienen amigos que también consumen, otro 10% tienen familiares y sólo el 10% restante no tiene ningún conocido que consuma (tabla nº1).

En base a las respuestas obtenidas en el cuestionario también se recolectaron datos referidos a los tratamientos por consumo de sustancias, entre los que se pudo observar que el 87% de los sujetos pertenecientes a la muestra ya habían realizado tratamiento previo por esta problemática, siendo éste un gran porcentaje a tener en cuenta. Y por lo tanto, un 13% de los sujetos no había realizado ningún tipo de tratamiento previo al actual (tabla nº1).

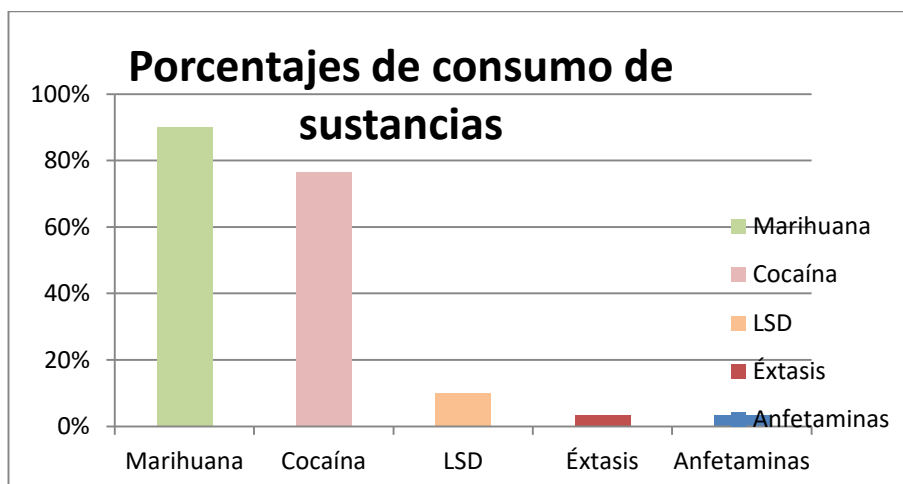
Es un dato relevante también el hecho de que el 100% de la muestra afirmó considerar tener un problema de consumo.

En cuanto a los tipos de tratamiento realizados, el 58% de los participantes había hecho tratamiento de tipos ambulatorio o no ambulatorio; el 7% había asistido a tratamiento en salud mental, siendo psicológico o psiquiátrico. Ante esto se pudo observar también que el 35% de la población de la muestra había realizado alguna vez tratamientos de tipos combinados entre los mencionados (tabla nº1).

Con respecto a las sustancias de consumo, se pudieron encontrar las siguientes categorías en base a las respuestas del cuestionario anónimo sobre consumo:

**Gráfico 1:** Categorías de sustancias

En esta figura se detalla que el 54% de los participantes consume marihuana y cocaína, un 23% solamente marihuana, un 10% de los sujetos consumen tanto marihuana y cocaína como así también LSD; hay un 7% de la población que consume sólo cocaína. Por otro lado, se puede ver que un 3% consume tanto marihuana y cocaína como éxtasis y el restante 3% de la muestra consume conjuntamente cocaína y anfetaminas.

**Gráfico 2:** Porcentajes de consumo de las sustancias en la muestra de 30 sujetos

En este gráfico se observa claramente el predominio de las sustancias consumidas por los sujetos de la muestra. Se detalla que el 90% de los participantes consumen marihuana. El 77% de los sujetos que componen la muestra consumen cocaína. Un 10% de la muestra consume LSD. El 3% de las personas encuestadas consumen éxtasis. Y un 3% de los sujetos de la muestra consumen anfetaminas.

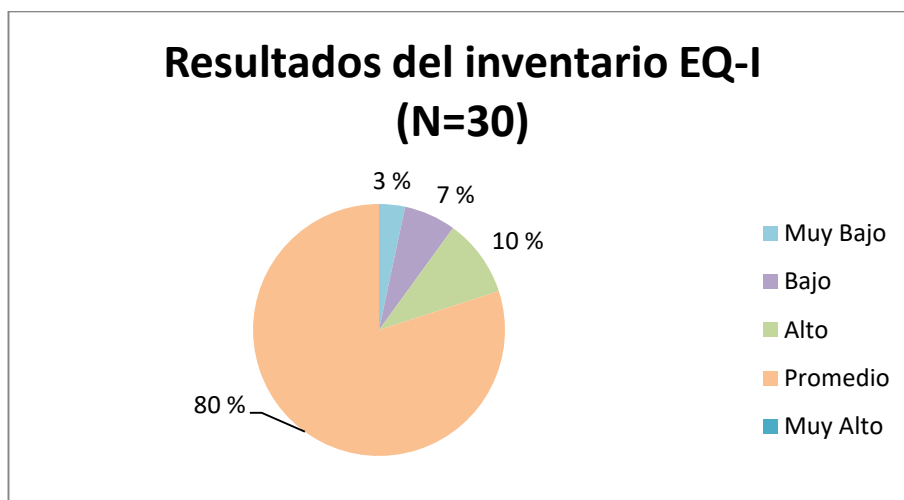
Con respecto al primer objetivo de la investigación que busca describir los niveles de coeficiente de inteligencia emocional en personas con problemáticas de consumo, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla nº 2:** Estadísticas descriptivas de los puntajes del EQ-I en una población muestral de 30 sujetos

Estadísticas descriptivas de los puntajes del EQ-I de la muestra		
EQ-I	Media	DE
CE TOTAL	404,8	46,3
Intrapersonal	137	21,1
Interpersonal	87,9	15,1
Adaptabilidad	84,1	9,1
Manejo de tensión	63,6	10,8
Estado de ánimo general	61,1	12,6
Conocimiento de sí mismo	26,7	5,2
Seguridad	23,3	4,6
Autoestima	31,1	7,4
Autorrealización	31,9	5,6
Independencia	23,9	5,2
Relación interpersonal	40,7	7,6
Responsabilidad social	36,1	6,6
Empatía	29	7,1
Solución de problemas	24,6	4,2
Prueba de realidad	32,9	5,5
Flexibilidad	26,3	5
Tolerancia a la frustración	30,8	5,8
Control de impulsos	32,8	7,6
Felicidad	32,8	7,3
Optimismo	28,2	6,9

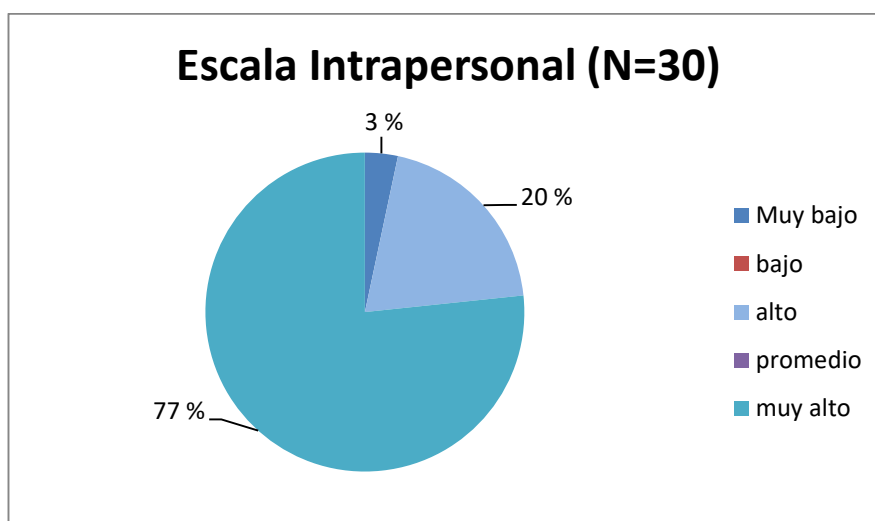
Como muestra esta tabla, se obtuvieron una media=404,8 y una desviación estándar de 46,3. También se pueden ver estas mediciones para las cinco escalas del inventario y sus divisiones en cada una de las quince subescalas. Esto nos demuestra cómo la mayoría de los individuos de la muestra se encuentran dentro de la media, es decir, dentro del promedio de lo esperable.

**Gráfico 3:** Resultados del Inventario de Coeficiente de Inteligencia Emocional de Bar-On



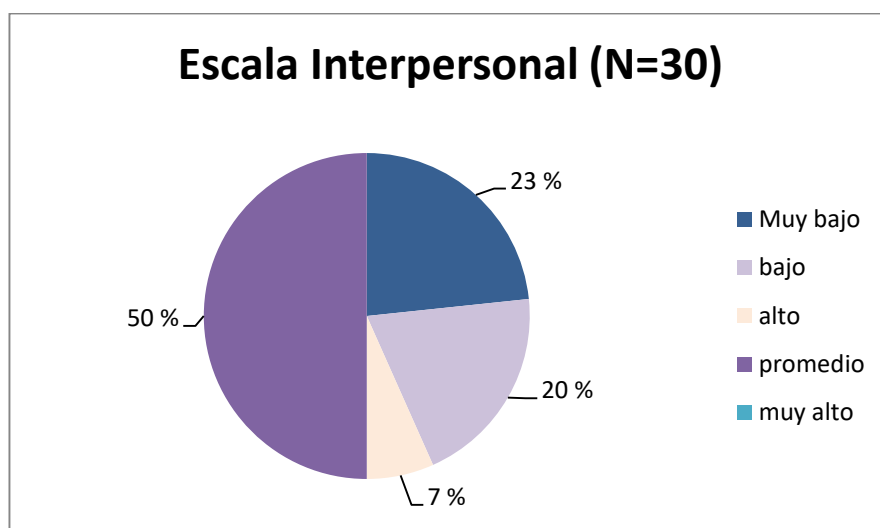
La presente figura muestra el porcentaje de los distintos resultados del inventario según la media y la desviación estándar intramuestral. Se puede observar que el 80% de la muestra ha obtenido un puntaje final del inventario correspondiente a “promedio”, esto indica que la mayoría de los sujetos en la muestra presentan un desarrollo de las habilidades emocionales dentro de lo esperable teniendo en cuenta su problemática. El 10% de los individuos obtuvieron un puntaje “alto” según lo cual se interpreta buena habilidad emocional. Un 7% de los encuestados obtuvieron resultados “bajos”, lo cual indica dificultades en lo emocional. Y un 3% de la muestra obtuvo un puntaje “muy bajo”, mostrando marcadas dificultades en la capacidad emocional.

**Gráfico 4:** Resultados de la escala intrapersonal

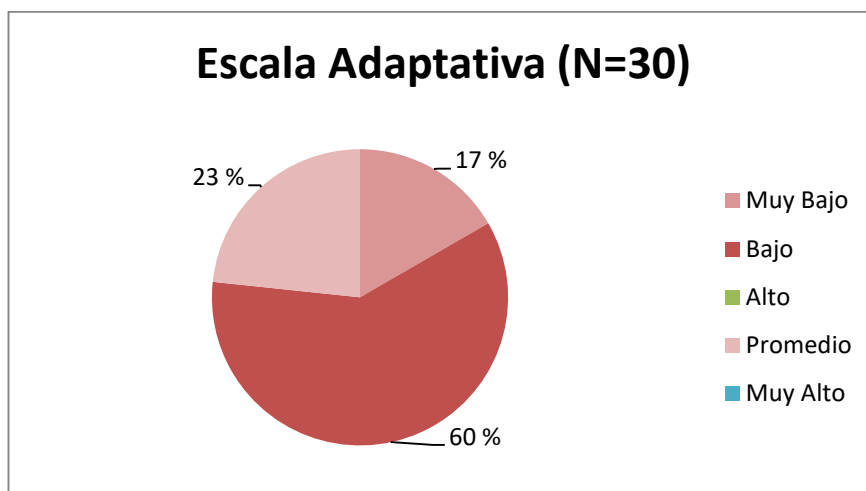


En base a este gráfico de torta se puede observar que la gran mayoría de la muestra, siendo un 77% de ésta, obtuvieron una puntuación “muy alta” en esta escala; lo cual indica una buena comprensión emocional de sí mismo, asertividad y aceptación de los propios aspectos positivos y negativos. Se observa que el 20% de los participantes obtuvieron puntajes “altos” lo cual indica una relativa buena capacidad en estos aspectos intrapersonales. Y un 3% de los encuestados obtuvieron una puntuación “muy baja” con respecto al resto de la muestra, por lo cual infiere dificultades en el autoconocimiento, autoconcepto e independencia.

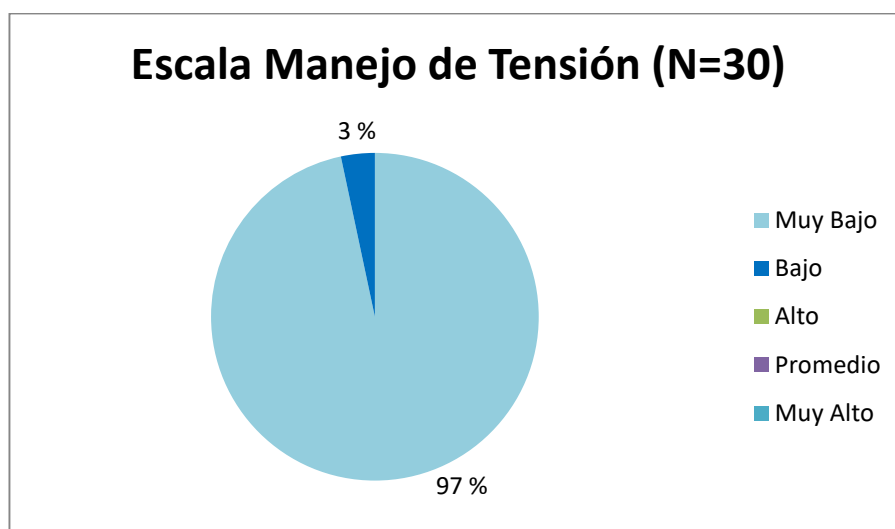
**Gráfico 5:** Resultados de la escala interpersonal



De acuerdo con esta figura, se puede ver que el 50% de la población presentó una puntuación “promedio”, esto se refiere a la capacidad esperable para entablar y mantener relaciones con los demás, pudiendo tener un nivel aceptable de empatía. El 23% obtuvieron puntajes dentro de lo “muy bajo” indicando fuertes dificultades en el ámbito relacional. El 20% obtuvo resultados “bajos”, lo cual también demuestra las mismas dificultades, aunque en menor grado. Y el 7% de los individuos obtuvieron puntuaciones “altas” en esta escala, indicando una capacidad relacional más desarrollada que el resto de los participantes.

**Gráfico 6:** Resultados de la escala adaptativa

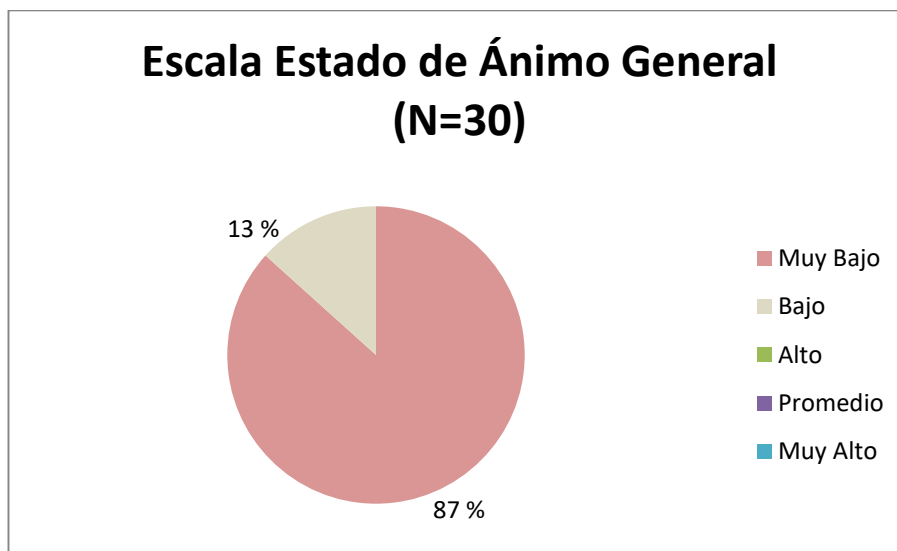
A partir de las cifras que muestra este gráfico podemos observar que el 60% de la población ha obtenido puntuaciones “bajas” en esta escala, por lo que se puede afirmar que estos sujetos presentan dificultades en sus habilidades para resolver problemas con la flexibilidad necesaria. Un 23% obtuvo puntuaciones “promedio” indicando un desarrollo esperable de éstas capacidades; y el 17% restante de la muestra obtuvieron puntajes “muy bajos” con respecto a la capacidad de adaptación.

**Gráfico 7:** Resultados de la escala manejo de tensión

En la presente gráfica se demuestra que el 97% de los sujetos, casi la totalidad de la muestra, obtuvieron puntuaciones consideradas “muy bajas”, esto refiere a la fuerte dificultad de tolerar el estrés y las frustraciones, así como el control de los impulsos tanto conductuales como emocionales. El

restante 3% de la población obtuvo puntajes “bajos” que así mismo demuestran las mismas problemáticas aunque no tan marcadas.

**Gráfico 8:** Resultados de la escala de estado de ánimo general



En este gráfico que representa los resultados de la última escala del inventario, arroja las cifras que demuestran que un 87% de la población muestral encuestada obtuvieron puntajes “muy bajos”, esto significa que los sujetos se encuentran en una situación particular que les incapacita momentáneamente el disfrute de las situaciones y emociones positivas. Y el 13% restante de los individuos obtuvieron puntuaciones “bajas” también en esta escala denotando bajos niveles de felicidad y optimismo.

Con respecto al segundo objetivo de la investigación, que busca analizar cuáles son las habilidades de inteligencia emocional predominantes en la muestra utilizada para el presente estudio; se pudieron observar los siguientes resultados:

Como se describió previamente, las habilidades que predominan en los sujetos participantes de la muestra son las intrapersonales, ya que el 77% de los sujetos obtuvo puntuaciones equivalentes a puntajes muy altos (gráfico 4). Esto indica que los individuos poseen una buena capacidad de autoconocimiento, percatándose de los propios sentimientos y emociones.

También se refiere a la capacidad de independencia para autodirigirse hacia un objetivo (Bar-On, 2006).

En segundo lugar, se pudo observar el predominio de las habilidades interpersonales, con un promedio del 50% de la población de la muestra (gráfico 5). Esto muestra que la mitad de las personas encuestadas tienen una capacidad dentro de lo esperable para entablar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias y significativas en cuanto a la cercanía emocional e intimidad, con un buen nivel de empatía y responsabilidad social (Bar-On, 2006).

Se considera importante aclarar que los resultados de esta investigación no son de carácter generalizable debido a que no se encuentran baremos del instrumento metodológico para la población local. Del mismo modo se considera esta limitación en base al tamaño de la muestra.

#### **5.4 Análisis y discusión de los resultados**

En este apartado se discutirán los resultados presentados anteriormente en base a los objetivos de investigación, teniendo en cuenta que se trata de un análisis intramuestral.

Partiendo de los resultados del presente estudio, se han podido aportar información relacionada con el coeficiente de inteligencia emocional en personas con problemáticas de consumo según los objetivos planteados.

El resultado del inventario EQ-I arroja el nivel de cociente emocional, entendiéndose por éste la medición del éxito de una persona para afrontar las exigencias de su entorno y las relaciones con los demás de una forma adaptada y satisfactoria (Bar-On, 1997).

Retomando el capítulo anterior, los datos presentados indican que los niveles de coeficiente emocional en los sujetos que conforman la muestra comprueban que casi el 80% de estos individuos han obtenido un puntaje total del inventario promedio (gráfico 3), ya que tales puntajes entran en la media estadística obtenida en base a la muestra (media=404,8) (Tabla nº 2).

Siguiendo a esta cifra, le continúa el 10% de los individuos que obtuvieron puntajes altos (gráfico 3).

Esto nos indica que, como ya se mencionó previamente, los sujetos presentan un desarrollo de las habilidades emocionales relacionadas con las esferas intrapersonal (en cuya escala el 77% de los sujetos obtuvieron puntajes equivalentes a muy alto, gráfico 4) e interpersonal (en la que el 50% obtuvo puntuaciones promedio, gráfico 5) que se encuentran dentro de lo esperable. Siendo estas dos escalas las únicas en las que se obtuvo mayor puntaje por la mayoría de la muestra.

A partir de estos resultados se interpreta que estas personas presentan un buen nivel de desarrollo en las habilidades o capacidades que conciernen a la comprensión emocional de sí mismo, la asertividad, el autoconcepto, la autorrealización y la independencia; así como también a la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social (Bar-On, 2006). La presencia de estas capacidades se podría considerar un factor de protección de tipo personal (Callisaya Argani, 2018), tomándolas como fortalezas y potencialidades que poseen influencia en la motivación en general, lo cual repercute en el tratamiento contra la adicción.

Se considera apropiado señalar que estos resultados son considerados positivos en una comparación intramuestral, pero que se puede predecir que no sería de tal manera en una comparación con una muestra de mayor tamaño o con una muestra de distintas características. Esta predicción se basa en resultados de estudios previos realizados en distintos países como Estados Unidos, África, Colombia y Argentina entre otros, donde se llegó a resultados que demostraban mayores niveles de CIE en poblaciones consideradas "sanas" en comparación con poblaciones que presentaban vulnerabilidad hacia problemas de salud y adicciones (Bar-On, 1997; Epstein, 2012; Morales Ortiz, 2007 citado en Epstein, 2012; Conza Amaya, 2013; García del Castillo, 2015; Ruiz Aranda, 2009 citado en Morcillo, 2015; Trinidad, 2002 citado en Martínez López, 2015 y Callisaya, 2018).

Analizando estas cifras finales correspondientes a las primeras dos escalas del inventario, y en relación a los resultados obtenidos en las otras tres escalas; se pudo analizar que los puntajes en general abarcan las categorías de "bajo" a "muy bajo" en estas últimas (gráficos 6, 7 y 8); denotando una gran cantidad de dificultades, características de personas con problemáticas de consumo. A pesar de que, en la totalidad de las cinco escalas, este porcentaje sólo abarca el 10% muestral; siendo el 7% bajo y el 3% muy bajo (gráfico 3).

Estas tres escalas del EQ-I son las de adaptabilidad (en la que el 60% de los encuestados obtuvieron puntajes bajos, gráfico 6), manejo de tensión

(en la que un 97% obtuvo puntuaciones muy bajas, gráfico 7) y estado de ánimo general (en la cual el 87% también obtuvo un puntaje muy bajo, gráfico 8). Dentro de éstas se encuentran las subescalas que miden niveles más específicos de las habilidades que las componen; cuyas puntuaciones detalladas infieren dificultades y problemáticas en el desarrollo de las distintas habilidades emocionales compuestas por: la flexibilidad, la capacidad para resolver problemas, la prueba de realidad, la tolerancia a la frustración, el control de los impulsos, la felicidad y el optimismo (Bar-On, 2006). Esto se relaciona con las conclusiones de múltiples investigaciones bibliográficas revisadas en el presente proyecto.

Teniendo en cuenta estos valores, se puede comprender que los sujetos presentan puntuaciones que se apartan considerablemente del promedio (gráfico 3). Esta información en general es considerada esperable teniendo en cuenta la problemática por la que están atravesando estas personas, sin embargo; nos demuestran las dificultades a la hora de enfrentar situaciones que involucran frustraciones y solucionar problemas.

El hecho de que estas escalas hayan dado puntuaciones tan bajas en porcentajes tan altos, demostraría que los sujetos presentan marcadas dificultades en tales habilidades, debido a la falta de recursos personales ante situaciones de estrés y afrontamiento de problemas en la vida cotidiana. Estos resultados también fueron relevantes en investigaciones anteriores (Muñoz Hurtado y Tejero Pocillo, 2009 citado en Epstein, 2012).

En contraposición a esto, la revisión bibliográfica coteja que la presencia de las habilidades emocionales como el autoconocimiento, la identificación, expresión y manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y el manejo del estrés y frustraciones, disminuyen las probabilidades de consumir drogas, en tanto que permiten resolver los problemas de manera más positiva y eficaz (Caceres, Salazar y Tovar, 2006 citado en Epstein, 2012 y García del Castillo, 2015 y Trinidad, 2002 citado en Martínez López, 2015).

En relación a las temáticas abarcadas en capítulos anteriores de este estudio, la reflexión sobre estos resultados tan bajos lleva a considerar las premisas de numerosos investigadores que ante resultados similares, proponían la educación emocional o entrenamiento en habilidades sociales. El objetivo principal de esto es el desarrollo de las competencias emocionales para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar (Seligman, 2005). De esto se desprende la posibilidad de que los sujetos mejoren la percepción y regulación emocional, compensando sus déficits (Pineda Galán, 2012).

En otra investigación realizada (Caceres, Salazar y Tovar, 2006 citado en Epstein, 2012) sobre el consumo de drogas legales e ilegales, se describió

que la presencia de ansiedad, depresión y estrés, entre otros factores está vinculada con el consumo de sustancias, así como con el déficit en el control de los impulsos y que esto predispone a las personas a una mayor vulnerabilidad hacia la adicción, además de que se observa la tendencia a baja motivación en los distintos ámbitos de la vida.

Consecuentemente, en la misma investigación se describió la insatisfacción con las relaciones interpersonales, por lo que las personas que consumen drogas le atribuyen un alto valor a las mismas, ya que para ellos son un medio funcional ante la frustración generada por sus inhabilidades emocionales (Caceres, Salazar y Tovar, 2006 citado en Epstein, 2012).

En lo que respecta al presente estudio, se observa una discrepancia en este aspecto a tales resultados ya que, como ya fue mencionado, la gran mayoría de las personas obtuvieron puntajes promedios en lo interpersonal. Pero por otro lado, los estudios empíricos revisados en la bibliografía permiten corroborar la hipótesis de este trabajo, en donde se presume que es posible que un bajo nivel de CIE pueda conllevar a una mayor vulnerabilidad hacia el consumo/abuso de sustancias y a la adicción.

Además del análisis del inventario de coeficiente de inteligencia emocional también se administró el cuestionario de consumo del cual se discuten los siguientes resultados.

Se obtuvo una media etaria de 28 años del total de la población encuestada. De esta cantidad de sujetos se pudo demostrar que un 23% consume sólo marihuana y un 7% sólo cocaína. De esto se infiere que el 30% de los individuos consume únicamente un tipo de sustancia. Mientras que el 54% de consume marihuana y cocaína. Se encontraron dentro de la muestra sujetos que consumen marihuana y cocaína en combinación con una tercera droga; tres sujetos combinaban éstas dos sustancias mencionadas junto con LSD, un individuo con éxtasis y otra de las personas, con anfetaminas (gráfico 1).

En función de estos porcentajes se puede afirmar que el 70% de la población de la muestra de esta investigación presenta policonsumo de sustancias. Algo interesante de notar es que dentro de todas las categorías de sustancias que se consumen con mayor frecuencia se encuentra la cocaína. En un estudio realizado en España se concluyó que ésta es considerada la tercera droga que está de moda junto con el alcohol y la marihuana o cannabis; y es ubicada como la segunda junto con la marihuana en cuanto a drogas ilícitas (Martínez López, 2015).

En un metaanálisis desarrollado por Kun y Demetrovics (2010 citado en García Castillo, 2013), se utilizaron 51 estudios que incluían las variables estudiadas y se comprobó que los niveles bajos en la inteligencia emocional (especialmente en componentes como la diferenciación y regulación de las emociones) se asocian con el fumar de modo compulsivo, un mayor uso del alcohol y su combinación con otras drogas ilegales.

En otro estudio llevado a cabo por los investigadores Riley y Schutte (2003) con una población adulta, concluyeron de este mismo modo que los niveles bajos en inteligencia emocional son predictores de un afrontamiento pobre y deficiente con los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas (García Castillo, 2013).

En cuanto a la frecuencia de consumo, los datos del cuestionario arrojan que el 40% de la población consume diariamente, un 27% de forma recreativa y un 33% de manera ocasional o episódica (tabla nº1).

En relación a lo expuesto, Limonero, Tomas-Sabado y Fernández-Castro (2006) llegaron a la conclusión de que quienes tenían mayor frecuencia de consumo, presentaban niveles más bajos en el componente de reparación emocional (éste refiere a la creencia que tiene el sujeto de que es capaz de atravesar estados emocionales negativos y prolongar los que sean positivos) (Epstein, 2012). Se aprecia en este análisis la clara relación con los resultados obtenidos por los participantes de esta investigación en la escala de estado de ánimo general, en la que el 87% obtuvo puntajes muy bajos y el restante 13% puntajes bajos (gráfico 8), aún así marcando que el total de los sujetos presentan fuertes dificultades en lo que respecta a las subescalas de felicidad y el optimismo; no pudiendo expresar ni disfrutar de emociones positivas lo que conlleva a una incapacidad de optimismo frente a situaciones de adversidad.

En base de lo planteado hasta aquí, se pudo inferir que la mayoría presenta un patrón de consumo elevado que promueve el reforzamiento de la adicción y la gravedad de la misma, así como la combinación de sustancias y sus vías de administración aumentan la peligrosidad de los efectos combinados y la adquisición de enfermedades y trastornos.

Otra de las variables analizadas a partir del cuestionario de consumo son las relacionadas con las personas que conforman el contexto de los participantes y que también consumen algún tipo de sustancia. Se observó que el 80% de los sujetos tiene amigos que consumen y un 10% tiene algún familiar con esta problemática (tabla nº1). Esto nos permite ver que el 10% de los sujetos no tiene ninguna persona cercana que consuma. Este es un dato importante ya que, si bien es un porcentaje pequeño, la ausencia de una red de

consumo es un factor positivo a la hora de influir en el tratamiento de la adicción.

Estos datos se pueden analizar en base a los datos que se obtuvieron por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2017) donde se conoció que más del 25% de los encuestados en edad adolescente dijeron tener dos o más personas cercanas que consumen drogas, lo cual se considera un factor de riesgo ante la posibilidad de consumo. Si tenemos en cuenta este dato con la edad promedio de la muestra de este trabajo (28 años) podríamos deducir que la mayoría de los sujetos estuvieron expuestos a un entorno de consumo o abuso de sustancias durante su periodo de adolescencia y que esto puede haber influido en el posterior consumo.

Con respecto a los tratamientos, se calculó el promedio de sujetos que habían realizado tratamiento previamente, el cual fue un 87% de la población; así como el o los tipos de tratamientos realizados (tabla nº1). Se destaca que este es un porcentaje importante y positivo debido a que las estadísticas indican que mientras más intentos de rehabilitación tenga un sujeto, mayor son las posibilidades de éxito (Epstein, 2012 y Morcillo, 2015). Según cifras de la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR, 2017) sólo el 18,8% de las personas que tienen problemas de drogas continúan el tratamiento.

El 58% de las personas que afirmaron haber hecho alguna vez tratamiento, especificaron que fue de tipo ambulatorio y/o no ambulatorio; esto significa que han asistido a centros de asistencia y/u hospitales con internación o sin ésta. El 7% ha realizado previamente tratamiento en salud mental, refiriéndose éste a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Y un 35% de la muestra afirmó haber realizado tratamientos combinados, incluyendo cualquiera o todas las combinaciones mencionadas. Esto denota la importancia de la integración de distintos tipos de terapias y disciplinas para el estudio y el abordaje de la problemática de un modo integrativo y holístico.

A partir de esto se rescata que si bien se deduce que más de la mitad de las personas han abandonado tratamientos previos o bien los han terminado y han sufrido recaídas; se puede considerar este hecho como un factor positivo ya que actualmente estas personas se encuentran nuevamente haciendo terapia, lo que muestra un posible incremento en la motivación y expectativas de cambio, factores que, como se ha visto en la teoría de este proyecto, se interrelacionan con la inteligencia emocional.

Otro dato obtenido de gran relevancia fue que el 100% de los sujetos encuestados afirmaron considerar tener un problema de consumo (tabla nº1),

esto nos demuestra un alto nivel de insight, necesario para movilizar los procesos de cambio que se deben llevar a cabo para un tratamiento exitoso (Prochaska, Norcross y Diclemente, 1994).

A continuación se hace mención a la discusión de los resultados según el segundo objetivo específico de este trabajo.

Las habilidades de inteligencia emocional predominantes en las personas que presentan problemáticas de consumo de sustancias ilegales pertenecientes a la muestra utilizada, como ya se abarcó previamente en este capítulo, son aquellas capacidades que componen las escalas en las que se obtuvieron mayores puntajes (gráfico 4 y gráfico 5).

Se especificó en lo expuesto que la mayoría (77%) había obtenido puntajes muy altos en la escala intrapersonal (gráfico 5). Estos puntajes se analizaron según las subescalas de: conocimiento de sí mismo, seguridad, autoestima, autorrealización e independencia; y se consideran como una muy buena capacidad de los sujetos en la diferenciación y comprensión de los propios sentimientos y emociones, pudiendo expresar éstos y las propias opiniones en tiempo y forma, la habilidad de reconocer los aspectos positivos y negativos de sí mismo que conforman su autoconcepto; y un buen nivel de independencia en la toma de decisiones propias (Bar-On, 2006).

Esto se considera como una influencia positiva ante el tratamiento porque se puede deducir que influye en la autoestima y seguridad del sujeto y en el reconocimiento de las propias limitaciones y posibilidades; cualidades necesarias para un repertorio conductual orientado a metas.

Además, también se obtuvieron en segundo lugar puntajes promedio en la escala interpersonal por la mitad de la muestra (50%, gráfico 4). El análisis de sus subescalas relación interpersonal, responsabilidad social y empatía; de las cuales las puntuaciones nos indicarían niveles de habilidades esperados en cuanto a la capacidad de comprender emociones y sentimientos en los demás, entablar y mantener relaciones interpersonales de modo satisfactorio, con cercanía emocional y empatía. También refiere un funcionamiento relativamente adecuado dentro de un grupo social, cooperando y demostrando responsabilidad social (Bar-On, 2006).

Con estas referencias se podría pensar que son factores de protección de tipo social (Callisaya Argani, 2018) frente a las adicciones en cuanto a que las personas del entorno cumplan un rol de apoyo para el sujeto, ya que como se ha nombrado con anterioridad, el entorno del individuo es un factor de alta influencia; y por esta razón es importante considerarlo a la hora de tratar el problema de drogas, aumentando las posibilidades de eficacia.

## 5.5 Conclusiones

Para comenzar se recuerda que los resultados obtenidos en esta investigación sólo pueden ser válidos para la muestra utilizada en este estudio; ya que ésta fue no probabilística, de características específicas y de un tamaño limitado, por lo que las conclusiones no pueden ser representativas ni generalizables a otras poblaciones.

Teniendo en cuenta los resultados del presente trabajo se retomaron algunas consideraciones a fines de señalar los aportes que resultan de interés para la comunidad científica. En base a los objetivos formulados de aportar conocimiento sobre el coeficiente de inteligencia emocional en personas que se encuentran en tratamiento por consumo de sustancias, describir estos niveles y analizar cuáles son las habilidades de inteligencia emocional que predominan en los sujetos estudiados; se pudo arribar a las siguientes conclusiones.

Se observaron grandes diferencias entre los ámbitos intra e interpersonal de la inteligencia emocional de los participantes en comparación con las demás esferas estudiadas que abarcan las habilidades de adaptación, manejo de tensión y estado de ánimo general. Los sujetos en estas dos primeras escalas mencionadas obtuvieron puntajes altos, mientras que en el resto de las escalas obtuvieron puntuaciones bajas y muy bajas. En los resultados totales de coeficiente de inteligencia emocional la totalidad de la población de la muestra obtuvo puntuaciones promedio en una comparación intramuestral.

A pesar de esto, se pudo inferir que en general, los puntajes totales en comparación con las distintas escalas fueron bajos, como se mencionó previamente. Estos resultados fueron esperables ya que los déficits en tales capacidades son característicos de las personas que presentan problemáticas con sustancias.

Por lo tanto se pudo deducir que los sujetos que formaron parte de este estudio presentan dificultades en las áreas que involucran habilidades de solución de problemas y la flexibilidad necesaria para esto, tolerancia a la frustración y control de los impulsos. Lo cual conllevaría que estas personas no puedan disfrutar de situaciones y emociones positivas. Esto es una inferencia relevante ya que referiría a la incidencia como factor de riesgo hacia el inicio del consumo y el desarrollo de una adicción, ya que las personas pueden comenzar el consumo como forma de aliviar estados de ánimo negativos generados por distintos estresores o situaciones ansiógenas. Por lo tanto, se

pudo corroborar la hipótesis de a menor nivel de CIE, mayor vulnerabilidad hacia el consumo y abuso de sustancias y a la adicción.

También se pudo concluir que gran parte de la muestra presenta policonsumo, mayormente de marihuana y cocaína en cuanto a sustancias ilícitas, con un patrón de consumo diario. Se recuerda que en esta investigación se han considerado sólo las sustancias ilegales.

Como conclusión se puede rescatar que se obtuvieron buenas puntuaciones en habilidades como conocimiento de sí mismo, autorrealización, independencia, empatía, responsabilidad social y relaciones interpersonales. Se puede considerar estas capacidades como posibles reforzadores en la terapia de la adicción. Otro dato alentador al respecto fue que la totalidad de los sujetos encuestados afirmaron considerar que su consumo era un problema. Esto es de gran importancia ya que son factores que presentan gran influencia en interjuego junto a la motivación para promover el cambio conductual necesario en un tratamiento, potenciando las posibilidades de una rehabilitación efectiva y disminuyendo las probabilidades de recaídas.

En cuanto a tratamientos, se observó que la mayoría ya había realizado tratamientos previos, siendo combinados entre categorías ambulatorias, no ambulatorias, psicológico y psiquiátrico. Aunque el tratamiento en salud mental fue el de menos porcentaje, con esto podemos recalcar la importancia que este tipo de terapia tiene en los tratamientos por consumo de sustancias. Como parte de nuestro deber profesional y ético, es necesario incorporar los tratamientos interdisciplinarios para tener un abordaje integral de la problemática.

En lo que respecta a las limitaciones de este estudio, se observaron éstas tanto con respecto al instrumento como a la muestra (como se mencionó al principio de este apartado). También se encontró la limitación del instrumento de recolección de datos, ya que no se encontraron baremos estandarizados para la población local. Por esta razón, queda pendiente para otras investigaciones la adaptación del inventario de inteligencia emocional (EQ-I) a la población mendocina, ya que sólo está validado en la provincia de Entre Ríos. Así como la replicación de este estudio para la comparación de los resultados longitudinalmente en distintas etapas del tratamiento por consumo de sustancias.

Esta investigación invita a reflexionar sobre la problemática estudiada y sus aportes, para producir la apertura de interrogantes que conlleven a futuras investigaciones sobre estas variables ya que no hay suficientes estudios empíricos al respecto.

El problema de consumo se ha visto altamente diseminado a todas las clases sociales, con implicancias que alcanzan desde la adicción a los distintos trastornos que pueden ocasionar hasta incluso la muerte; afectando no sólo a las personas que consumen sino a las que también componen sus ámbitos familiar, social y laboral; así como también al resto de la sociedad.

A la vez, esto nos lleva a reflexionar la importante influencia que tenemos como sociedad hacia las personas que presentan problemáticas por consumo de sustancias. ¿Podemos como sociedad prevenir las adicciones con un cambio de la forma en que vemos a estas personas, en lugar de continuar la aplicación masiva de campañas concientizadoras que a veces parecen no surtir el efecto deseado? Ante esto podríamos preguntarnos a fines de investigar, ¿qué tan influyente es el rol que juega la estigmatización social de la “persona adicta” con respecto al autoconcepto de estos sujetos? Y qué tan influyente es esto en la inteligencia emocional. ¿Sería tal vez más eficiente y eficaz que las políticas de recuperación de personas con problemáticas de adicciones reforzaran el enfoque hacia los recursos y potencialidades de estos sujetos?.

De acuerdo a de los resultados de este trabajo también se abren las preguntas ¿hay variaciones en los resultados de coeficiente de inteligencia emocional entre mujeres y hombres? Y de ser así, ¿en qué aspectos de la inteligencia emocional se podrían observar tales diferencias?, ¿qué género presentaría mayor vulnerabilidad frente a las adicciones en base a los niveles de CIE?.

Con los resultados positivos obtenidos de las subescalas del inventario de inteligencia emocional (intrapersonal e interpersonal) y los datos que se obtuvieron del cuestionario de consumo referidos todos estos como factores de protección, tanto personales como ambientales o sociales; sería interesante retomar estos datos para una futura investigación y relacionarlos con índices de resultados en el tratamiento por la adicción, considerando variables como por ejemplo las recaídas y la resiliencia.

También resultaría de interés científico el estudio de los niveles de inteligencia emocional en una muestra de sujetos con problemáticas de consumo en comparación con otra población que no presente consumo de sustancias, para conocer sobre qué habilidades predominan en cada grupo de sujetos.

Al finalizar esta investigación, surge el interrogante de lo que se podría haber hecho diferente en ella. En este caso hubiese sido enriquecedor haber agregado como tercer instrumento metodológico el Test VIA de fortalezas personales, de su autor Martin Seligman. Para conocer las fortalezas o potencialidades de los participantes de la muestra desde la psicología positiva; aspectos considerados altamente influyentes en el bienestar personal, así como interrelacionados con los componentes de la inteligencia emocional.

Estos datos hubiesen aportado aún mayor información sobre las competencias y habilidades de las personas, ya que no todos tienen las mismas. Y se habría podido tener así en cuenta las fortalezas que presentan los participantes para poder haberlas considerado como factores de influencia positiva en la inteligencia emocional; pero también la posibilidad de desarrollo de las potencialidades en las que presentarían déficits.

Finalmente, como reflexión para terminar este recorrido, se puede concluir que la inteligencia emocional influye en la capacidad para enfrentar situaciones problemáticas de la vida cotidiana, generando alternativas de solución lo más adaptativas y funcionalmente adecuadas como sea posible. Esto quiere decir que entrenando y desarrollando las habilidades que caracterizan a los sujetos, se podría compensar aquellas menos desarrolladas, contribuyendo a la disminución de la vulnerabilidad hacia las adicciones.

Con esto se podrían aumentar los niveles de CIE y sabemos, en base a la teoría y las evidencias empíricas, que la inteligencia emocional puede mejorar y predecir la adaptación del sujeto lo cual tiene importantes repercusiones en el funcionamiento y bienestar físico y psicológico. Esto es, al final, mejorar la calidad de vida de las personas, lo cual es el objetivo final de todo profesional de la psicología.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, C. y Giuliani, M. F. (2014). Explorando la Inteligencia Emocional en Tres Franjas Etarias: un estudio realizado en la Argentina. *Envelhecer*, 19 (1). Recuperado de:  
<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/31312/31005>
- American Psychiatric Association, Kupfer, D.J.; Regier, D. A.; Arango López, C.; Ayuso-Mateos, L.; Vieta Pascual, E. y Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana, Madrid.
- Balsa Vidal, H. y Fernández Modamio, M. (2005). Inteligencia. En Uruchurtu, I. y Segarra Echeverría, R., *Introducción a la psicopatología* (pp 257-260). Barcelona: Editorial Ars Medica.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18. Recuperado de:  
[http://www.eiconsortium.org/pdf/baron\\_model\\_of\\_emotional\\_social\\_intelligence.pdf](http://www.eiconsortium.org/pdf/baron_model_of_emotional_social_intelligence.pdf)
- Bar-On, R. (2007). *Educating People to be Emotionally Intelligent* [versión electrónica]. Recuperado de:  
<http://www.belfastbookbinding.com/kindle/download/id=320581&type=stream>
- Becoña, E. (enero-abril, 2007). Bases Psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1). Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/778/77828103.pdf>
- Becoña, E.; Cortés, M.; Arias, F.; Barreiro, C.; Berdullas, J.; Iraugui, I.; Llorente del Pozo, J. M.; López, A.; Madoz, A.; Martínez, J. M.; Ochoa, E.; Palau, C.; Palomares, A. y Villanueva, V. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación* [versión electrónica]. Recuperado de:  
<http://www.drogasextremadura.com/archivos/ManualAdiccionesPsicologosClinicos2011.pdf>
- Bobes, J.; Casas, M. y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de Trastornos Adictivos* [versión electrónica]. Recuperado de: <http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Adictivos.pdf>

- Calero, A.; Schmidt V. y Bugallo, L. (2016). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions*, 16 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/839/83943611005/>
- Callisaya Argani, J. I. (enero-junio, 2018). Factores de Riesgo y Protección ante el Consumo de Drogas en Jóvenes del Municipio de La Paz. *Drugs and Addicted Behavior*, 3(1). Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2635/2002>
- Capponi, R. (2006). Psicología y psicopatología de los modos o elementos del vivenciar. En Capponi, R., *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica* (pp 123-125, 181-184). Chile: Editorial Universitaria.
- Castillo, K. (2012). *Inteligencia Emocional: un estudio exploratorio en niños desde un modelo de habilidades cognitivas* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Caudevilla Gállego, F. (2008). Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo. Grupo de Intervención en Drogas semiFYC (curso). Recuperado de: <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Cholíz Montañes, M. (2005). Psicología de la Emoción: el proceso emocional. Departamento de Psicología Básica, Universidad de Valencia. Recuperado de: <http://www.academia.edu/download/34266078/2. Psicologia de la emocion. El proceso emocional.pdf>
- Conza Amaya, M. J. (2013). *Caracterización de las adicciones y su influencia en el desarrollo de la inteligencia emocional en los habitantes del barrio Las Mercedes del Cantón Huaquillas*. (Tesis de Licenciatura en Psicología Educación y Orientación). Facultad de Educación, Arte y Comunicación, Universidad Nacional de Loja, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/5007>
- Cubo de Severino, L., Puiatti, H. y Lacon, N. (2014). *Escribir una Tesis: Manual de estrategias de producción*. Editorial Comunicarte. Argentina.
- De Vicenzi, A. y Bareilles, G. (2011). Promoción de la Salud y Prevención Escolar del Consumo de Drogas en Contextos de Vulnerabilidad Social. *Educación y Educadores*, 14 (3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/834/83422605008.pdf>

- Eguiluz Uruchurtu, I., Erroteta Palacio, J.M., Guadilla Fernández, M.L. y Segarra Echeverría, R. (2005). Psicopatología de la afectividad. En Uruchurtu, I. y Segarra Echeverría, R., *Introducción a la psicopatología* (pp 165-173). Barcelona: Editorial Ars Medica.
- Epstein, E. (2012). *Inteligencia Emocional en Pacientes Adictos*. (Tesina de grado de Psicología). Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10226/964>
- Extremera, N.; Fernández-Berrocal, P. y Mestre Navas, J. M. (2004). Medidas de evaluación de la Inteligencia Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80536203>
- Fredickson, B. (marzo, 2000). Cultivating Positive Emotions to Optimize *Health and Well-Being*. *Prevention & Treatment*, 3. Recuperado de: <http://wisebrain.org/papers/CultPosEmot.pdf>
- Gancedo, M. (2008). Psicología Positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, (9). Recuperado de: <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/handle/10226/569>
- García del Castillo, J. A.; García del Castillo-López, A.; Gázquez Petrusa, M. y Marzo Campos, J. C. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y Drogas*, 13 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83929573001.pdf>
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de Vulnerabilidad Psicosocial en el Ámbito de la Salud y las Adicciones. *Health and Addictions*, 15 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/839/83938758001/>
- García Fenández, M. y Giménez Mas, I. (2010). La Inteligencia Emocional: propuesta de un modelo integrador. *Espiral: Cuadernos del profesorado*, 3 (6). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/3736408.pdf>
- García Fernández, G.; García Rodríguez, O. y Secades Villa, R. (2011). Neuropsicología y Adicción a las Drogas. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2). Recuperado de: <http://www.papelesdel psicologo.es/pdf/1950.pdf>
- Gardner, H. (2003). *Inteligencias Múltiples: la teoría en la práctica*. Argentina: Editorial Paidós.

- Goleman, D. (1997). *La Inteligencia Emocional: porqué es más importante que el Cociente intelectual*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Grecco, C. (2010). Habilidades sociocognitivas y el proceso emocional en la solución de problemas interpersonales. Cátedra Optativa: Introducción a los procesos cognitivos. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza, Argentina.
- Grewal, D. y Salovey, P. (2006). Inteligencia Emocional. *Mente y Cerebro*, 16. Recuperado de: <http://amscimag.sigmaxi.org/4Lane/ForeignPDF/2005-07GrewalSpanish.pdf>
- Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. 4ª edición. McGrawHill/Interamericana editores.
- Hernández-Sosa, O.; Espada, J. y Guillén-Riquelme, A. (2016). Relación entre Conducta Prosocial, Resolución de Problemas y Consumo de Drogas en Adolescentes. *Anales de Psicología*, 32(2). Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n2/psicologia\\_practica.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v32n2/psicologia_practica.pdf)
- Hervás, G. (diciembre, 2009). Psicología Positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23 (3). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/274/27419066003/>
- León, O. y Montero, I. (2003). *Metodología de la Investigación en Psicología y Educación*. España: McGrawHill/Interamericana editores.
- Luponi Perugini, M. L. y Castro Solano, A. (2010). Psicología Positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias Psicológicas*, 4 (1). Recuperado de: <http://centrocppa.org/wp-content/uploads/2015/11/lupano.pdf>
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y Desarrollo de la Psicología Positiva: análisis desde su historiografía crítica. Institución CONICET. Universidad Nacional de San Luis. Argentina. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5645290.pdf>
- Martinez, M. E. (junio, 2014). Future Bright: a transforming vision of human intelligence. *Investigación y Ciencia*, 453. Recuperado de: <https://www.investigacionyciencia.es/revistas/investigacion-y-ciencia/ms-cerca-de-una-nueva-fsica-601/inteligencia-12126>
- Martínez López, A. (2015). *Importancia de la Resiliencia e Inteligencia Emocional en el Consumo de Cocaína*. (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10578/8693>

- Morcillo García, J. (2015). *Inteligencia Emocional y Prevención de Recaídas en Pacientes en Tratamiento por Dependencia a la Cocaína*. (Tesis doctoral). Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=62262>
- Moreno, J. (2006). Valores, actitudes hacia el alcohol y consumo en adolescentes varones. *Límite Revista de Filosofía y Psicología*, 13 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/836/83601310/>
- Muñoz, N. V. (2015). *Inteligencia Emocional en Estudiantes de Psicología*. (Tesina de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- National Institute on Drug Abuse (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción. Recuperado de:  
<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017). Resumen, Conclusiones y Consecuencias en Materia de Políticas. Informe Mundial sobre las Drogas. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR\\_Booklet1\\_Exsum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf)
- Organización de los Estados Americanos (2012). El Problema de las drogas en las Américas: estudios. Recuperado de:  
[http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de:  
<http://problematcadeadicciones.blogspot.com.ar/>
- Ortega Navas, M. del C. (2010). La Educación y sus implicaciones en la Salud. *REOP*, 2 (21). Recuperado de:  
<http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:revistaREOP-2010-21-2-5230&dsID=Documento.pdf>
- Páramo, M. A. (2012) *Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

- Park, N., Peterson, C. y Sun, J. (enero, 2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicológica*, 31 (1). Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v31n1/art02.pdf>
- Piaget, J. (1972). Inteligencia y adaptación biológica. En Piaget, J., *Psicología de la inteligencia*. Buenos Aires. Ed. Psique.
- Pineda, C. (2012). *Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en Estudiantes Universitarios de Ciencias de la Salud*. (Tesis doctoral: Facultad de Psicología. Universidad de Málaga). Recuperado de: [https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5384/TDR\\_PINEDA\\_GALAN.pdf?sequence=1](https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/5384/TDR_PINEDA_GALAN.pdf?sequence=1)
- Puerta Climent, E. (mayo, 2012). Psicopedagogía de las Emociones. *Avances en Supervisión Educativa*, (16). Recuperado de: <https://avances.adide.org/index.php/ase/article/view/375>
- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. y Diclemente, C.C. (1994). *Cambiando para bien*. New York, Avon Books.
- Regner, E. (julio, 2008). Validez convergente y discriminante del Inventario Bar-On (EQ-i). *Interdisciplinaria*, 25 (1). Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1668-70272008000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100002)
- Ruvalcaba Romero, N. A., Gallegos Guajardo, J., Lorenzo Alegría, M. y Borges del Rosal, A. (2014). Propiedades Psicométricas del inventario de competencias socioemocionales para adolescentes (EQi-YV) en población mexicana. *Evaluar*, 14. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/viewFile/8409/11958>
- Sánchez-Sosa, J. C.; Villarreal-González, M. E.; Ávila Guerrero, M. E.; Vera Jiménez, A. y Musitu, G. (2014). Contextos de Socialización y Consumo de Drogas Ilegales en Adolescentes Escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v23n1/08.pdf>
- Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (2017). Resumen de los Resultados del Estudio 2017 de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de: <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/1.pdf>
- Seligman, M. E. P. (2005). *La Auténtica Felicidad*. España. Ediciones B, S.A.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivistas: una propuesta integradora. *Terapia Psicológica*, 31 (1). Recuperado de:

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082013000100011&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071848082013000100011&script=sci_arttext)

- Tornello, G. (2017). *La Masculinidad y su Relación con la Inteligencia Emocional* (Tesis de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Trujillo Flores, M. M. y Rivas Tovar, L. A. (enero a junio, 2005). Orígenes, Evolución y Modelos de la Inteligencia Emocional. *Innovar*, 15 (25). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81802502>
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la Inteligencia Emocional a través del Inventario BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147118178005.pdf>
- Valencia Vásquez, J. (2016). Orígenes de la Psicología Positiva y el Estudio Científico de la Gratitud. *Revista Psicológica de la Universidad Católica de San Pablo*, 6 (2). Recuperado de: <http://ucsp.edu.pe/investigacion/psicologia/wp-content/uploads/2017/03/6.-Psicolog%C3%ADa-positiva-y-estudio-cient%C3%ADfico-de-la-gratitud.pdf>
- Vera Poseck, B. (enero, 2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/778/77827102/>

# **ANEXOS**

## Anexo nº1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018, Mendoza

Estimado/a:

Se lo invita a colaborar con su participación en el proyecto de tesis “Inteligencia Emocional en Personas con Problemáticas de Adicciones” llevado a cabo por la estudiante de la carrera Licenciatura en Psicología, Carla Bilmezis Buglio, perteneciente a la Universidad del Aconcagua. Dicho estudio tiene como principal objetivo: Aportar conocimiento científico acerca del coeficiente de inteligencia emocional. El mismo se encuentra bajo la dirección del Lic. Federico Richard.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este programa y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera, sin necesidad de dar explicaciones. Si usted participa en esta investigación, no tendrá un beneficio directo, pero ayudará a encontrar, en un futuro, soluciones a problemáticas actuales.

Su participación será anónima, es decir, no se compartirá la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que se recoja se mantendrá confidencial. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre a los efectos de obtener datos estadísticos. Los resultados del estudio se publicarán para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación, pero siempre bajo estrictas normas de confidencialidad que resguarden su identidad.

Firma:\_\_\_\_\_

Aclaración:\_\_\_\_\_

D.N.I.:\_\_\_\_\_

Contacto:\_\_\_\_\_

**Anexo nº2****CUESTIONARIO ANÓNIMO SOBRE CONSUMO**

Edad: .....

Sexo: .....

Estado civil: Soltero Separado/Divorciado Concubinato Viudo Casado 

Ciudad de residencia: .....

¿Qué tipo de sustancia/s consume?

.....  
.....

¿A qué edad comenzó el consumo? .....

¿Considera usted que tiene un problema con el consumo?

Si  No  Tal vez 

¿Cuál es la frecuencia de su consumo?

Diario  Recreativo  Ocasional o episódico 

¿Qué vía/s de administración de la/s sustancia/s utiliza?

Oral  Pulmonar (fumada)  Intravenosa o inyectada Intranasal (aspirada) 

¿Tiene amigos o familiares que consuman algún tipo de sustancia?

Si  No Amigo/s  Familiar/es 

¿Ha realizado alguna vez tratamiento por problemas de adicciones?

Si  No 

Si su respuesta fue "sí", indique de qué tipo:

Ambulatorio  No ambulatorio  Psicológico  Psiquiátrico

## Anexo nº3

### Inventario EQ-I de Inteligencia Emocional de Bar-On:

Universidad del Aconcagua

Facultad de Psicología

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Hijos: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo 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	2	3	4	5
Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso

1.	Para superar las dificultades que se me presentan actúo paso a paso	1	2	3	4	5
2.	Es duro para mí disfrutar de la vida.	1	2	3	4	5
3	Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5
4.	Sé cómo enfrentar los problemas más desagradables.	1	2	3	4	5
5.	Me agradan las personas que conozco.	1	2	3	4	5
6.	Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.	1	2	3	4	5
7.	Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.	1	2	3	4	5

8.	Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).	1	2	3	4	5
9.	Reconozco con facilidad mis emociones.	1	2	3	4	5
10.	Soy incapaz de demostrar afecto.	1	2	3	4	5
11.	Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de situaciones.	1	2	3	4	5
12.	Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.	1	2	3	4	5
13.	Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.	1	2	3	4	5
14.	Me resulta difícil comenzar cosas nuevas	1	2	3	4	5
15.	Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella	1	2	3	4	5
16.	Me gusta ayudar a la gente.	1	2	3	4	5
17.	Me es difícil sonreír.	1	2	3	4	5
18.	Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.	1	2	3	4	5
19.	Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.	1	2	3	4	5
20.	Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles.	1	2	3	4	5
21.	Realmente no sé para que soy bueno(a).	1	2	3	4	5
22.	No soy capaz de expresar mis ideas.	1	2	3	4	5
23.	Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos con los demás.	1	2	3	4	5
24.	No tengo confianza en mí mismo(a).	1	2	3	4	5
25.	Creo que he perdido la cabeza.	1	2	3	4	5
26.	Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.	1	2	3	4	5
27.	Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.	1	2	3	4	5

28.	En general, me resulta difícil adaptarme.	1	2	3	4	5
29.	Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo	1	2	3	4	5
30.	No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen	1	2	3	4	5
31.	Soy una persona bastante alegre y optimista.	1	2	3	4	5
32.	Prefiero que otros tomen decisiones por mí.	1	2	3	4	5
33.	Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.	1	2	3	4	5
34.	Pienso bien de las personas.	1	2	3	4	5
35.	Me es difícil entender cómo me siento.	1	2	3	4	5
36.	He logrado muy poco en los últimos años.	1	2	3	4	5
37.	Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir.	1	2	3	4	5
38.	He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.	1	2	3	4	5
39.	Me resulta fácil hacer amigos(as).	1	2	3	4	5
40.	Me tengo mucho respeto	1	2	3	4	5
41.	Hago cosas muy raras.	1	2	3	4	5
42.	Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas.	1	2	3	4	5
43.	Me resulta difícil cambiar de opinión.	1	2	3	4	5
44.	Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.	1	2	3	4	5

45.	Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.	1	2	3	4	5
46.	A la gente le resulta difícil confiar en mí.	1	2	3	4	5
47.	Estoy contento(a) con mi vida.	1	2	3	4	5
48.	Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo(a).	1	2	3	4	5
49.	No puedo soportar el estrés.	1	2	3	4	5
50.	En mi vida no hago nada malo.	1	2	3	4	5
51.	No disfruto lo que hago.	1	2	3	4	5
52.	Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.	1	2	3	4	5
53.	La gente no comprende mi manera de pensar.	1	2	3	4	5
54.	Generalmente espero lo mejor.	1	2	3	4	5
55.	Mis amigos me confían sus intimidades.	1	2	3	4	5
56.	No me siento bien conmigo mismo(a).	1	2	3	4	5
57.	Percibo cosas extrañas que los demás no ven.	1	2	3	4	5
58.	La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.	1	2	3	4	5
59.	Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.	1	2	3	4	5
60.	Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.	1	2	3	4	5
61.	Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que	1	2	3	4	5

	hacer en ese momento.					
62.	Soy una persona divertida.	1	2	3	4	5
63.	Soy consciente de cómo me siento.	1	2	3	4	5
64.	Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.	1	2	3	4	5
65.	Nada me perturba.	1	2	3	4	5
66.	No me entusiasman mucho mis intereses.	1	2	3	4	5
67.	Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.	1	2	3	4	5
68.	Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor.	1	2	3	4	5
69.	Me es difícil llevarme con los demás.	1	2	3	4	5
70.	Me resulta difícil aceptarme tal como soy.	1	2	3	4	5
71.	Me siento como si estuviera separado(a) de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
72.	Me importa lo que puede sucederle a los demás.	1	2	3	4	5
73.	Soy impaciente.	1	2	3	4	5
74.	Puedo cambiar mis viejas costumbres.	1	2	3	4	5
75.	Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.	1	2	3	4	5
76.	Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
77.	Me deprimó.	1	2	3	4	5

78.	Sé como mantener la calma en situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
79.	Nunca he mentado.	1	2	3	4	5
80.	En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.	1	2	3	4	5
81.	Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.	1	2	3	4	5
82.	Me resulta difícil decir "no" aunque tenga el deseo de hacerlo.	1	2	3	4	5
83.	Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.	1	2	3	4	5
84.	Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos	1	2	3	4	5
85.	Me siento feliz con el tipo de persona que soy	1	2	3	4	5
86.	Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.	1	2	3	4	5
87.	En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.	1	2	3	4	5
88.	Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a).	1	2	3	4	5
89.	Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.	1	2	3	4	5
90.	Soy capaz de respetar a los demás.	1	2	3	4	5
91.	No estoy muy contento(a) con mi vida.	1	2	3	4	5
92.	Prefiero seguir a otros a ser líder.	1	2	3	4	5
93.	Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.	1	2	3	4	5
94.	Nunca he violado la ley	1	2	3	4	5

95.	Disfruto de las cosas que me interesan.	1	2	3	4	5
96.	Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.	1	2	3	4	5
97.	Tiendo a exagerar.	1	2	3	4	5
98.	Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.	1	2	3	4	5
99.	Mantengo buenas relaciones con los demás.	1	2	3	4	5
100.	Estoy contento(a) con mi cuerpo	1	2	3	4	5
101.	Soy una persona muy extraña.	1	2	3	4	5
102.	Soy impulsivo(a).	1	2	3	4	5
103.	Me resulta difícil cambiar mis costumbres.	1	2	3	4	5
104.	Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.	1	2	3	4	5
105.	Disfruto las vacaciones y los fines de semana.	1	2	3	4	5
106.	En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.	1	2	3	4	5
107.	Tengo tendencia a depender de otros.	1	2	3	4	5
108.	Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles	1	2	3	4	5
109.	No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora	1	2	3	4	5
110.	Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten	1	2	3	4	5
111.	Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.	1	2	3	4	5

112	Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.	1	2	3	4	5
113	Los demás opinan que soy una persona sociable.	1	2	3	4	5
114	Estoy contento(a) con la forma en que me veo.	1	2	3	4	5
115	Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.	1	2	3	4	5
116	Me es difícil describir lo que siento.	1	2	3	4	5
117	Tengo mal carácter.	1	2	3	4	5
118	Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema	1	2	3	4	5
119	Me es difícil ver sufrir a la gente.	1	2	3	4	5
120	Me gusta divertirme.	1	2	3	4	5
121	Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.	1	2	3	4	5
122	Me pongo ansioso(a).	1	2	3	4	5
123	No tengo días malos.	1	2	3	4	5
124	Intento no herir los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
125	No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.	1	2	3	4	5
126	Me es difícil hacer valer mis derechos.	1	2	3	4	5
127	Me es difícil ser realista.	1	2	3	4	5
128	No mantengo relación con mis amistades.	1	2	3	4	5

129	Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).	1	2	3	4	5
130	Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.	1	2	3	4	5
131	Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.	1	2	3	4	5
132	En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.	1	2	3	4	5
133	He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.	1	2	3	4	5