



Universidad Miguel Hernández
Departamento de Psicología de la salud

Tesis doctoral

**Inteligencia emocional y prevención de recaídas
en
pacientes en tratamiento por dependencia a la
cocaína**

Jesús Morcillo García
2015

Directores:
José Antonio García del Castillo Rodríguez
Juan Carlos Marzo Campos



Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.

Mahatma Gandhi





AGRADECIMIENTOS

La ejecución de esta tesis doctoral ha sido posible gracias al apoyo, ánimo, sugerencias y colaboración de muchas personas, a las cuales estaré siempre agradecido. Han sido varios años de fuerte trabajo que al final han resultado muy fructíferos, no solo por la culminación de lo que puede ser el proyecto formativo más importante de mi vida, sino por el aprendizaje y las experiencias que durante la realización de la misma he obtenido.

Muchas gracias a mis compañeros/as de trabajo de la Clínica Cazorla, a los que están y a los que se fueron, por la experiencia y el aprendizaje que durante todos estos años me habéis dado.

En especial, mi gratitud y respeto a todos mis pacientes, por las experiencias vividas y la enseñanza que me habéis brindado, despertando en mí el interés y la capacidad para desarrollar esta tesis. Sin vosotros esto no hubiera sido posible. Gracias.

Gracias a los coordinadores de Proyecto Hombre Alicante y Proyecto Hombre Murcia que accedieron a dejarme pasar los cuestionarios, así como a las personas que participaron en ellos.

Otro soporte fundamental para la realización de esta tesis ha sido mi familia, la cual representa el lugar donde recobro el ánimo cuando la tarea se hace agotadora. Gracias por el apoyo incondicional que siempre me habéis concedido; a mi esposa Araceli, mi hija Ara y mi hijo Hugo. En mi familia de origen no puede faltar la memoria de mi madre, la vitalidad de mi padre y también a mis hermanas Encarna y Pilar.

Pero los artífices de esta obra han sido, sin ninguna duda, los directores de tesis, ellos son los responsables de que este proyecto se haya concluido con éxito. He tenido mucha suerte y ha sido para mí un honor haber compartido con vosotros esta extraordinaria travesía.

José Antonio García del Castillo ha sabido dirigir con inigualable maestría esta tesis para hacer de algo que al principio carecía de forma, en un trabajo, a mi juicio, bien definido y perfilado. Gracias por todo, te estaré eternamente agradecido.

Juan Carlos Marzo, con su carácter siempre afable y animoso, y su capacidad de

trabajo ha sabido transformar los momentos difíciles y complicados para mí en grandes oportunidades de aprendizaje. Muchas gracias por tus consejos y sugerencias.

Quiero dedicar también esta tesis a la memoria del profesor, sacerdote y amigo Antonio Yelo Templado, con el que he compartido grandes momentos en algo que nos unía fuertemente: el amor por la naturaleza.

Por último no quiero acabar los agradecimientos sin nombrar a una persona muy especial en los últimos años, con el que he compartido y revivido, desde el diván, gran parte de las secuencias pasadas y algunas presentes que conforman mi vida. Gracias Osvaldo Rubli, psicólogo y psicoanalista de gran experiencia y sabiduría sin el cual no hubiese podido culminar con éxito este y otros proyectos de mi vida.



ÍNDICE

1.	MARCO TEÓRICO	
1.1.	Introducción.....	3
1.2.	Antecedentes y estado actual del tema.....	5
1.3.	Introducción a la cocaína.....	6
1.3.1.	Drogas.....	6
1.3.1.1	Clasificación de las drogas por peligrosidad, Nutt, D. (2010).....	10
1.3.2.	Cocaína.....	13
1.3.2.1.	Formas de consumo.....	16
1.3.2.2.	Manifestaciones clínicas comunes.....	18
1.3.2.3.	Efectos a corto y largo plazo.....	24
1.3.2.4.	¿Cómo actúa la cocaína en el cerebro?.....	26
1.3.3.	Adicciones mixtas: consumidores de alcohol y cocaína.....	27
1.4.	Características psicológicas del consumidor.....	30
1.4.1.	Adictos a la cocaína y Síndrome de Abstinencia.....	33
1.4.2.	Tipos de consumidores.....	35
1.5.	Tratamiento del consumidor de cocaína.....	36
1.5.1.	Fármacos.....	38
1.5.2.	Vacunas.....	40
1.5.3.	Intervenciones conductuales.....	41
1.5.4.	Terapia psicoanalítica.....	44
1.5.5.	Terapia grupal.....	46
1.5.6.	Terapia familiar y de pareja.....	47
1.5.7.	Objetivos terapéuticos del tratamiento.....	48

1.5.8. Planificación del tratamiento.....	52
1.5.9. Fases del tratamiento y tiempo de duración.....	52
1.5.10. Inducción y motivación al tratamiento.....	55
1.5.11. Adherencia al tratamiento.....	59
1.6. Resiliencia y drogas.....	66
1.7. Apoyo social: el contexto socio-familiar del individuo.....	72
1.8. Autoeficacia y adicción.....	75
1.9. Recaída.....	80
1.9.1. Recaídas asociadas al craving.....	85
1.9.2. Postura de los terapeutas ante recaídas.....	86
1.9.3. Qué es el Modelo de Prevención de Recaídas.....	87
1.9.4. Recaídas y calidad de vida: posibles causas.....	89
1.10. La inteligencia emocional.....	91
1.10.1. ¿Qué es la Inteligencia Emocional?.....	93
1.10.2. Diferentes teorías y componentes de la inteligencia emocional.....	95
A) Teorías de la inteligencia emocional.....	95
A.1.) Teoría de la Inteligencia Emocional (Goleman, D.).....	95
B) Teorías mixtas.....	108
C) Teorías de habilidades.....	111
C.1.) Teoría de Salovey y Mayer.....	111
D) Teoría triárquica de la inteligencia.....	113
E) Teoría de las inteligencias múltiples.....	115
F) Teoría rasgo.....	120
G) Otras teorías.....	121
G.1.) Teoría de Cooper y Sawaf.....	121

G.2.) Teoría de Boccardo, Sasia y Fontenla.....	121
G.3.) Teoría de Matineaud y Engelhartn.....	122
G.4.) Teoría de Bonano.....	123
1.10.3. Cociente Intelectual y Cociente Emocional.....	123
1.10.4. La inteligencia emocional y las adicciones.....	124
1.10.4.1. Las emociones.....	128
1.10.4.2. Relación entre la percepción emocional y el consumo de cocaína.	131
1.10.4.3. Importancia de las variables emocionales en el estudio de caso...	132
1.10.4.4. Déficit emocional en adictos y alcohólicos.....	133
1.10.4.5. La inteligencia emocional y la cocaína.....	134
1.10.4.6. Teorías sobre la prevención del consumo.....	135
1.10.4.7. El papel de la inteligencia emocional en el tratamiento psicoterapéutico del adicto.....	139
1.11. Apoyo social, inteligencia emocional, autoeficacia y resiliencia como elementos claves para una mayor abstinencia, motivación y adherencia al tratamiento.....	142
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	
2.1. Objetivos.....	151
2.1.1. Objetivo general.....	151
2.1.2. Objetivos específicos.....	151
2.2. Hipótesis.....	152
3. METODOLOGÍA	
3.1. Método.....	159
3.2. Diseño.....	159
3.3. Participantes.....	159
3.3.1. Criterios de inclusión.....	160

3.3.2. Criterios de exclusión.....	160
3.4. Instrumentos.....	160
3.4.1. Consentimiento Informado.....	160
3.4.2. Inteligencia Emocional Rasgo.....	161
3.4.3. Apoyo social percibido.....	163
3.4.4. Resiliencia.....	164
3.4.5. Consumo de cocaína.....	164
3.4.6. Autoeficacia.....	165
3.4.7. Motivación.....	165
3.4.8. Recaídas.....	167
3.4.9. Adherencia al tratamiento.....	167
3.4.10. Encuestas.....	167
3.5. Variables.....	168
3.5.1. Variables descriptivas.....	168
3.5.2. Variables independientes.....	169
3.5.3. Variables dependientes.....	169
3.6. Procedimiento.....	169
4. RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	173
4.1.1. Datos sociodemográficos.....	173
4.1.2. Consumo de drogas.....	176
4.1.3. Infancia y entorno familiar.....	180
4.1.4. Tratamiento y abstinencia.....	181
4.1.5. Contrastes de hipótesis.....	184

5. DISCUSIÓN	
5.1. Discusión.....	211
5.2. Variables explicativas para la prevención de las recaídas en población adulta consumidora de cocaína.....	212
6. CONCLUSIONES	
6.1. Conclusiones.....	225
6.2. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación.....	227
6.3. Implicaciones prácticas.....	229
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	237
7.1. Fuentes de Internet.....	261
8. ANEXOS.....	265
8.1 Consentimiento informado para participantes de investigación.....	266
8.2. Cuestionario sociodemográfico.....	267
8.2.1. Nivel socio demográfico.....	268
8.2.2. Nivel de creencia religiosa.....	270
8.2.3. Su relación con el consumo de cocaína.....	271
8.3. Cómo medir EQ según el TEIQue-SF.....	277
8.4. Escala de resiliencia.....	279
8.5. Medición de la autoeficacia.....	281
8.6. Medición de la motivación.....	283
8.7. Medición de las recaídas en la adicción a la cocaína.....	284
8.8. Medición de la escala de apoyo social percibido (EASP).....	285
8.9. Medición del consumo.....	287
8.10. Medición de la adherencia al tratamiento (CAD).....	291



RESUMEN

RESUMEN

El estudio de la inteligencia emocional (IE) se ha convertido en pieza fundamental en trabajos sobre la prevención de drogodependencias; entendida esta como la capacidad que tiene el individuo de adaptarse e interaccionar con el entorno, dinámico y cambiante a raíz de sus propias emociones. El objetivo de la presente investigación es evaluar la influencia de la inteligencia emocional, la resiliencia, el apoyo social y la autoeficacia, sobre las variables dependientes: motivación, abstinencia y adherencia al tratamiento; en la prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína y sus efectos. Se pretende crear un conjunto de evaluaciones y análisis alusivos todos ellos a una muestra de población adicta a la cocaína de las provincias de Alicante y Murcia. El diseño utilizado ha sido de tipo cuantitativo descriptivo transversal y ex post facto para analizar las variables estudiadas (descriptivas, dependientes e independientes). La muestra se obtuvo en los centros de drogodependencias Clínica Cazorla de Alicante y Proyecto Hombre de Alicante y Murcia. Participaron un total de 123 sujetos en un periodo de recolección que duró 6 meses. Se tuvo en cuenta criterios de inclusión: personas consumidores de cocaína o policonsumidores donde la sustancia principal fuese la cocaína y que permanecían abstinentes como mínimo un mes. Así como criterios de exclusión: patologías duales, diagnósticos previos psiquiátricos y consumo de otras sustancias. De los resultados obtenidos se deduce que las variables inteligencia emocional, resiliencia y apoyo social cumplen un papel importante durante el tratamiento por consumo de cocaína y, por consiguiente, como prevención de recaída. La IE presenta una relación positiva significativa y directa con las variables dependientes: abstinencia, adherencia al tratamiento, percepción de bienestar tras haber abandonado la

conducta de consumo, motivación; así como con la probabilidad de permanecer sin consumir a medio plazo. Por lo tanto, sí se cumplen las hipótesis planteadas, en la misma dirección que los estudios llevados a cabo por otros autores. Sin embargo, la IE no ha resultado significativa en relación con las variables dependientes planteadas como hipótesis de tiempo sin consumo a corto plazo. Esto va en contra de investigaciones realizadas por algunos teóricos. Por su parte, la resiliencia tiene un efecto directo y positivamente significativo según las hipótesis planteadas: motivación (Resiliencia Autoaceptación) y posibilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo (Resiliencia Autoaceptación). No ha resultado significativa la relación entre la resiliencia y las variables dependientes abstinencia, percepción de bienestar por haber dejado la cocaína y adherencia al tratamiento. Con respecto al apoyo social percibido, únicamente ha resultado relevante en su conexión con la adherencia al tratamiento para el apoyo social sanitario, no así para la familia e iguales. En cuanto a la autoeficacia, en la hipótesis planteada, relacionándola con la capacidad de recuperación, los resultados logrados no apoyan su planteamiento.

Palabras clave: Inteligencia emocional, resiliencia, apoyo social, autoeficacia, prevención de recaídas, dependencia, cocaína.

ABSTRACT





ABSTRACT

The study of the emotional intelligence (EI) has become in a fundamental piece in studies about prevention in drug dependencies; considering it as the capacity that persons have for adapting and interacting with the environment, dynamic and changing from their own emotions. The objective of this research is to evaluate the influence of EI, resilience, social support and self-efficacy, on dependent variables: motivation, abstinence and treatment adherence, for preventing relapses in patients with treatment for cocaine addiction and its effects. It pretends make a group of evaluations and analyses in reference to a sample of population addicted to cocaine from Alicante and Murcia. The design of the study is quantitative descriptive transversal, and ex post facto for analysing the variables considered (descriptive, dependent and independents). The sample is from clinics for drug: Clínica Cazorla from Alicante and Proyecto Hombre from Alicante and Murcia. Were included a total of 123 people in a recollection period of 6 months. The criterion for been included were: people with consume of cocaine, poly consumers where the main substance were cocaine and with a permanent abstinence of a minimum of a month. Criterion for excluding were: dual pathology, previous psychiatric diagnostic and consumer of other substances. Results indicate that IE, resilience and social support have an important role during treatment for cocaine consume and, consequently, for preventing relapse. IE has a direct, positive and significant relation with dependent variables: abstinence, treatment adherence, wellness perception after abandoning consumes behaviour, motivation; as well as the probability for stating without consume after a middle period. In consequences, the hypotheses were confirmed in the same direction of previous studies. However, IE has not been significant in the relation with the dependents variables without

consume in near time period. This result is opposite to previous studies. Resilience has direct, significant and positive effect in the direction of the hypothesis considered: motivation (auto-acceptation resilience) and possibility for staying without consume after a short and middle period (acceptation resilience). The relation between resilience and variables dependents (abstinence, wellness perception after abandoning consumes behaviour and treatment adherence) has not been confirmed. In relation with perceived social support, only has been relevant in its connexion with treatment adherence for medical social support, not for the family, neither for equals. The hypothesis for self-efficacy, related with capacity of recuperation, has not been confirmed.

Key words: emotional intelligence, resilience, social support, self-efficacy, prevention of relapses, dependency, cocaine.



MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción

Hoy en día el consumo de drogas, en especial la cocaína, en España está alcanzando unos niveles alarmantes. Según el informe de la encuesta EDADES (2013), las sustancias más consumidas en los últimos 12 meses por sujetos entre 15 y 64 años son: el alcohol (78,3%), el tabaco (40,7%), hipnosedantes (12,2%), el cannabis (9,2%), la cocaína (2,2%), el éxtasis (0,7%), las anfetaminas (0,6%), los alucinógenos (0,3%), heroína (0,1%) y los inhalables volátiles (0,1%). Sin embargo, según el informe del Observatorio Español de Droga y Toxicomanías (OEDT, 2013), el mayor porcentaje de nuevas demandas de tratamiento es por cocaína (44%), seguido de heroína (32%) y cannabis (18,1%). Y, aunque el porcentaje de reincidentes es mucho mayor en sujetos dependientes de heroína (80,7%), el 35,8 por ciento de las personas que solicitan tratamiento por dependencia a la cocaína ya han pasado por un tratamiento anterior. Por otra parte, en los porcentajes de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias, vuelve a ocupar el primer lugar la cocaína (49%), seguida del alcohol (39%), los hipnosedantes (34,1%), la heroína (26,8%) y el cannabis (22,8%). Este consumo de cocaína y los problemas derivados de la misma es lo que ha determinado que nos centremos en el estudio del sujeto estigmatizado por dependencia de la cocaína.

El consumo de cocaína en España no es un problema exclusivamente individual sino también social. En este sentido, resulta un grave error tratar de abordar un problema general de una manera singular, por lo que es necesaria una perspectiva que articule tanto elementos individuales, como estructurales y de interacción social (Torregrosa,

2004). Sin embargo, la mayor parte de las intervenciones propuestas para estudiarlo y solucionarlo provienen de las ciencias médicas y la psicología clínica (Barlow y Durand, 2003; Caballero, 2005) siendo menores los estudios que se ocupan de la dimensión psicosociológica del consumo de sustancias (Navarro, 2000; Pons y Berjano, 1999; Saiz, 2007).

Por otra parte, debemos reconocer que aunque la cocaína ha existido desde hace mucho tiempo, el problema surge ahora en un concreto momento histórico, social y cultural. Tal y como Horney (1960) argumentaba para las psicopatologías, podríamos pensar que la cultura desempeña un papel esencial en el consumo de cocaína. Así, el consumo de cocaína podría ser un síntoma más de una sociedad determinada, que estableciendo una serie de roles, prácticas y ejercicios, define a los individuos que en ella conviven (Saiz Galdós, 2008).

El interés de este trabajo pasa por ver cómo puede la inteligencia emocional ser un factor que posibilite a las personas adictas a la cocaína recuperar la relación con el entorno que restablezca las emociones e incluya una serie de destrezas tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la constancia, la empatía, la rapidez mental, etc. Estas suponen características personales como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que son imprescindibles para adaptarse de forma adecuada al entorno social.

El futuro no está escrito en ninguna parte; la inteligencia emocional no es un parámetro fijado desde el momento del nacimiento: cabe desarrollarla, cuidarla, fomentarla (Goleman, 1995).

1.2. Antecedentes y estado actual del tema

La evolución experimentada en las sociedades desarrolladas durante las últimas décadas ha conducido a un cambio profundo y radical del fenómeno de los estupefacientes, tanto en lo que hace a su función, su magnitud, modos de consumo, etc. Actualmente en España las drogas aparecen como insertas dentro de la cultura del ocio, lo que contrasta con la imagen a la que estaban asociadas en los ochenta, cuando eran vistas principalmente como símbolos de la marginalidad y el crimen.

La heroína ha sido reemplazada por otras drogas como la marihuana, la cocaína o el éxtasis, mezcladas entre sí o con alcohol y tabaco, fruto de un cambio en los patrones de consumo. En ese sentido, el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo señala que la edad de los consumidores es cada vez más baja, y que el consumo se encuentra incorporado a la vida cotidiana como un elemento trivial y carente de riesgo, en el marco de actividades de recreación y socialización (Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas, 2013).

En las últimas décadas dentro del campo de la psicología se ha tratado de ampliar el conocimiento sobre los factores y mecanismos implicados en el origen, desarrollo, mantenimiento y consecuencias del fenómeno droga y la relación existente con la inteligencia emocional.

Podemos mencionar en primer lugar el trabajo de Guitart (2005), un trabajo de campo con alcohólicos en tratamiento en el marco de Alcohólicos Anónimos. Llega a la conclusión de que las personas que se mantuvieron mayor tiempo en abstinencia y en recuperación eran también aquellas que poseían una mayor puntuación en el cuestionario

de inteligencia emocional.

Ruiz-Aranda et al. (2009) estudia la relación que existe entre las diferentes capacidades de la inteligencia emocional y la mayor o menos inclinación de los adolescentes a iniciarse en el consumo de cocaína, llegando a conclusiones similares que el estudio antes mencionado sobre la relación entre el alcohol y la inteligencia emocional, en la medida en que sugiere que existe un riesgo mayor a consumir cocaína entre los adolescentes que muestran déficits de desarrollo en inteligencia emocional, y que un entrenamiento en IE puede ayudar a prevenir el consumo de cocaína.

Por otra parte, Ruiz-Aranda et al. (2006), enfoca el mismo tema de estudio, en el ámbito de la universidad, y llega a la conclusión de que los estudiantes que consumen tabaco o cannabis presentan niveles bajos en el componente de Reparación del TMMS (Trait Meta-Mood Scale).

1.3. Introducción a la cocaína

¿Qué es? ¿Cómo actúa en el sistema nervioso y qué efectos produce? En esta parte del trabajo nos ocuparemos de responder los interrogantes planteados sobre la cocaína, pero antes desarrollaremos el concepto de droga.

1.3.1. Drogas

El término “droga” y su funcionabilidad no es un concepto que ha nacido en estas últimas décadas, puesto que como referencia podemos mencionar que ya en el año 1969 la Organización Mundial de la Salud (1969, 2) se había referido a que “el término de droga resulta aplicable a toda sustancia, terapéutica o no, que introducida en el cuerpo

por cualquiera de los mecanismos clásicos (inhalación de vapores o humos, ingestión, fricciones, etc.) o nuevos (administración parental, endovenosa, etc.) la administración de los medicamentos es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico”.

Dicha alteración condicionada por las consecuencias recientes (psicoactivos) o persistentes (crónicos), genera en el individuo una predisposición a reiniciarse de forma continua en el consumo de la sustancia. Por ello, la capacidad de generar dependencia, física o psíquica, en el sujeto es justamente uno de los indicadores principales para definir a una sustancia como droga. No obstante, esta dependencia no se mide únicamente por la relación existente entre la sustancia y el Sistema Nervioso Central (SNC) que posee reacciones bioquímicas agudas, duraderas o crónicas a corto, medio o largo plazo sino que se trata de una situación más compleja, donde también intervienen otros factores como, por ejemplo, la estructura social donde se maneja el individuo, sus vínculos, etcétera.

Con respecto al concepto de droga, existen diversas clasificaciones. Una de las más polémicas y a partir de la cual se han desarrollado nuevas categorías de droga, es la que propuso Craig y Byck (1982). Los autores las agruparon según fueran “duras o pesadas”, cuando crean adicción física, o “blandas o ligeras” cuando no generan adicción.

Según la clasificación de Craig y Byck (1982), una droga dura es aquella que produce adicción y/o dependencia física y psíquica en el consumidor; en cambio, el consumo de una sustancia adictiva de tipo “ligera” únicamente produce adicción y/o dependencia física o psicológica. Esta diferenciación entre ambos tipos de drogas ayudó

a distinguirlas según los efectos que éstas ocasionen en el organismo. Es decir, las drogas blandas no representan un alto riesgo para la salud, al menos a corto plazo; mientras que las drogas duras son altamente adictivas, por lo que producen serios daños a la salud del cocainómano. Ejemplos de ambos tipos de drogas:

- Drogas duras: dentro de esta clasificación encontramos a las anfetaminas, los opioides (heroína, morfina, etcétera), el alcohol y la cocaína
- Drogas blandas: dentro de este grupo podemos mencionar a la cafeína y a los derivados del cannabis (marihuana, hachís, etcétera).

Esta clasificación de las drogas que mencionamos, en "blandas" y "duras" presenta complicaciones y debates ya que puede malinterpretarse con el nombre de "duras" o "blandas" que unas son perjudiciales y otras no lo son, o son menos perjudiciales para la salud del individuo. Estas apreciaciones que se hacen a partir de los nombres que se le atribuyen en dicha clasificación pueden generar una mala interpretación, ya que las drogas "blandas" pueden tener efectos peores que las drogas "duras" en el organismo. Es decir que a partir de determinadas dosis las drogas denominadas "blandas" pueden tener efectos tan nocivos como las consideradas "duras".

Siguiendo con la definición de conceptos, es importante aclarar dos términos varias veces mencionados en la definición de droga: adicción y dependencia.

- ✓ Dependencia: se entiende como dependencia al estado psíquico y ocasionalmente físico generado por la acción de un fármaco sobre un organismo vivo. Sus rasgos principales son las alteraciones de la conducta y otras respuestas que incluyen indefectiblemente un impulso inevitable de consumir la droga, con el objeto de

experimentar sus efectos y evitar el malestar que genera la abstinencia (Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, 1969).

- ✓ Adicción: implica un estado que se caracteriza por la necesidad física impostergable de una determinada cantidad de droga en el cuerpo con el fin de mantener el funcionamiento normal del mismo, alcanzando la adicción un punto en que la falta de consumo genera una serie de trastornos que constituyen lo que se conoce como síndrome de abstinencia (Comité de Expertos en Farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud, 1969).

La clasificación de Craig fue impulsora y novedosa para la década de los '80, pero más recientemente distintos autores han propuesto nuevas clasificaciones de droga. A continuación, una de las últimas categorías sobre drogas que se presentó en el informe de "Prevención y Tratamiento en drogodependencia I", (Ojeda, 2011).

"De acuerdo al tipo de sustancias:

- Legales: cola, té, café, tabaco y alcohol.
- De prescripción médica: narcóticos, sedantes, tranquilizantes, hipnóticos, antiparkinsonianos y antianoréxicos.
- Ilegales: marihuana, cocaína, heroína, drogas de síntesis como el éxtasis, etcétera.

Según la forma de obtención:

- Naturales: alcohol, opio, marihuana, morfina, etcétera.

- Semisintéticas: cocaína, heroína...
- Sintéticas: metadona, anfetamina, drogas de síntesis y diseño...

Dependiendo de la acción que provocan las drogas en el organismo:

- Estimulantes, excitantes o simpaticomiméticos: cocaína, anfetaminas, cafeína y nicotina.
- Depresores, sedantes o psicodélicos: alcohol, opiáceos, tranquilizantes e hipnóticos.
- Alucinógenos, psicodélicos o psicodislépticos: cannabis, LSD y mescalina”.

1.3.1.1. Clasificación de las drogas por peligrosidad de David Nutt (2010)

David Nutt (2010), en su estudio “Daños por drogas en el Reino Unido” efectúa una clasificación de las drogas de acuerdo a su peligrosidad. Allí afirma que las drogas que se posicionan como las principales causa de daños a las personas y al conjunto de la sociedad son el alcohol y el tabaco. Dicha clasificación de acuerdo al daño surge con la finalidad de proporcionar una mejor orientación en cuanto a los daños que causan las drogas, que son variados.

Para llegar a la misma, Nutt llevó a cabo un estudio en el que se le asignó una puntuación de 100 a la droga más perjudicial, a partir de la evaluación de diferentes criterios. Mientras que el 0 equivale a la ausencia de daños provocados por la droga en cuestión. Luego, se comparó la puntuación de cada droga, en todos los criterios analizados, lo que permite observar que algunas que fueron puntuadas como 100 son más peligrosas que otra de igual puntuación.

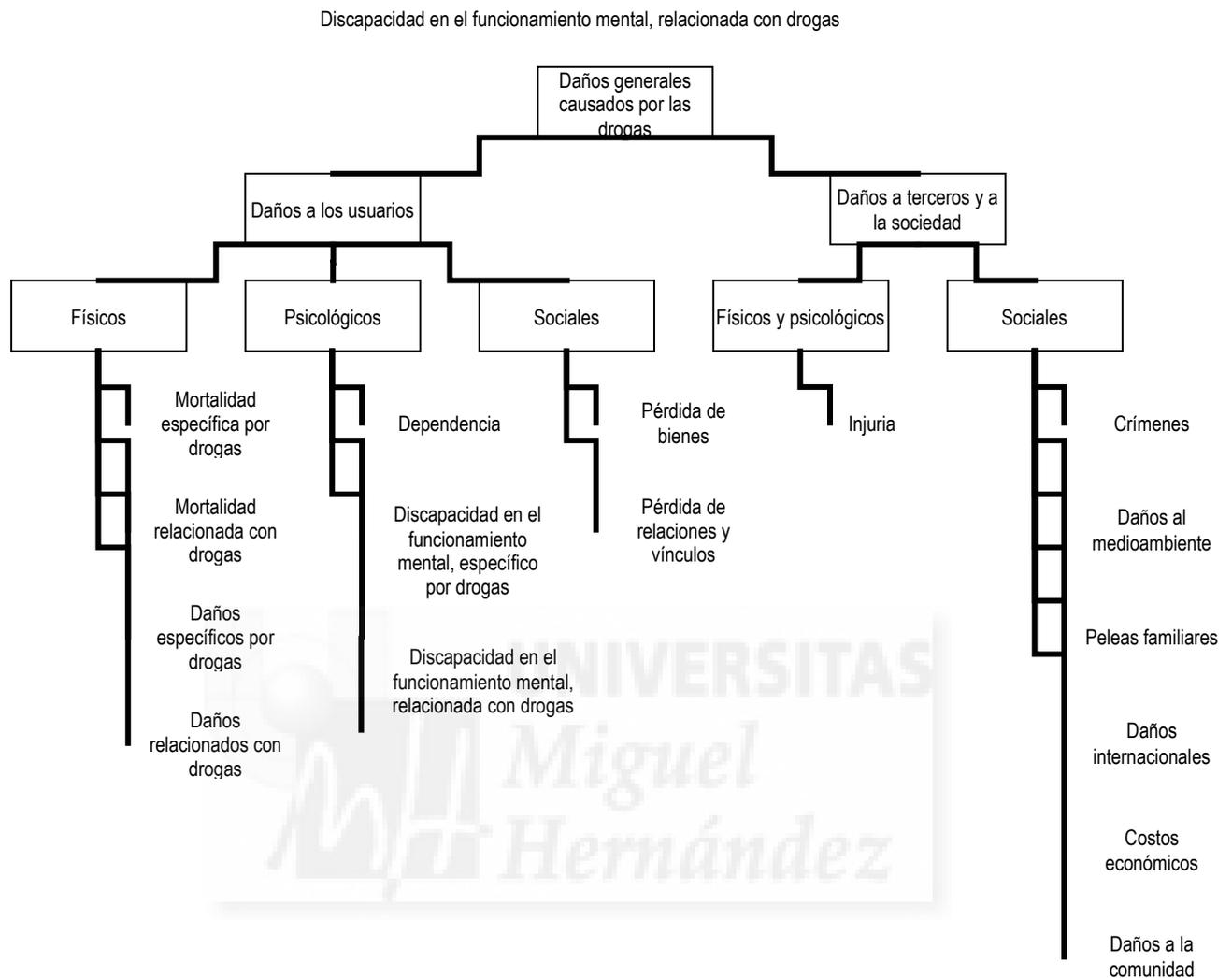
Nutt señala también que no se debe considerar menos peligrosa a una droga que

obtuvo una puntuación de 50 en dicha clasificación, ya que es tan perjudicial como la otra, solo que los daños son diferentes.

La clasificación según la peligrosidad de las drogas parte de los actores sobre los que sucede el daño, dividiéndose así en dos subgrupos: la peligrosidad a partir del daño a usuarios, por un lado, y la peligrosidad a partir del daño a terceros o a la sociedad, por el otro. Asimismo, tanto el daño al usuario como el daño a terceros consideran diversos factores, que van desde el daño físico, el psicológico y el daño social.

Por otro lado, el daño físico no será el mismo en el caso de peligrosidad de daño a usuarios que en el caso de peligrosidad de daño a terceros, y lo mismo sucede con el daño psicológico y el social, que en cada uno de los subgrupos de peligrosidad de daño consideran fenómenos diferentes. De todas las consideraciones que comprende el estudio elaborado por Nutt, encuentra como la droga más dañina en su peligrosidad de daño al usuario a la heroína, luego al crack y en tercer lugar a las metanfetaminas.

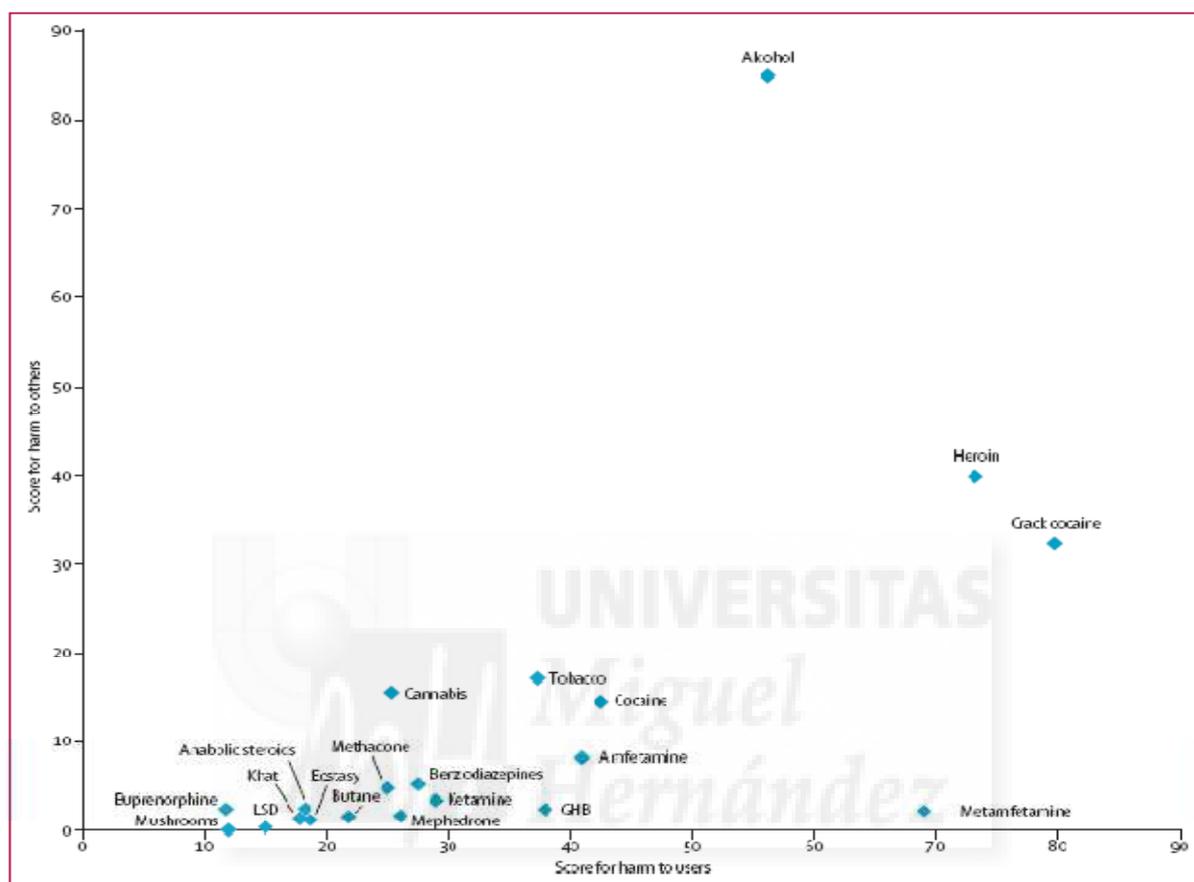
Gráfico 1.1. Criterios de evaluación de daños por drogas



Fuente: Elaboración propia a partir de Nutt, (2010). “Drug harms in the UK: a multicriteria decisión análisis”.

Mientras que en la clasificación según la peligrosidad de daño a terceros y a la sociedad, las drogas más dañinas resultaron ser, según el estudio de Nutt, el alcohol en primer lugar, seguido por la heroína y en tercer lugar el crack.

Gráfico 1.2. Peligrosidad de daño al usuario y peligrosidad de daño a terceros y a la sociedad, en diferentes tipos de drogas.



Fuente: Nutt, (2010)

Asimismo, los daños específicos por drogas y los daños relacionados con las drogas pueden estimarse a partir de datos estadísticos en materia de salud; de los que surge, de acuerdo al estudio efectuado por Nutt que, alcohol, heroína y crack son las drogas que ocasionan, tal como se señalara, la mayor peligrosidad de daño a terceros y a la sociedad.

1.3.2. Cocaína

La cocaína (alcaloide) es un polvo blanco que se obtiene secando las hojas de la

planta de la coca, *Erythroxylum coca*. Se la conoce popularmente como “coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”. Algunos de sus nombres en inglés son “coke”, “C”, “snow”, “flake” y “blow”.

Esta droga es un estimulante extremadamente adictivo que afecta de forma directa al cerebro; hace que el individuo se sienta hiperestimulado, eufórico, lleno de energía y mentalmente alerta después de consumir la sustancia. La cocaína es una droga que origina una fuerte adicción y el desarrollo de graves problemas mentales y físicos. Incluso con una sola toma es posible llegar a la sobredosis y fallecer. Esta sustancia puede aspirarse por la nariz, consumirse por vía oral, inyectarse o fumarse. El crack es el término aplicado a la cocaína de "base libre" que se prepara en pequeños gránulos o cristales (rocks) que se fuman a través de una pipa de agua.

La cocaína ha sido llamada la droga de los años 80 y 90 por su gran popularidad y uso extendido en esos tiempos. Sin embargo, no es una droga nueva ya que en realidad es uno de los fármacos que se conoce desde hace bastante tiempo. Las hojas de la coca se han ingerido desde hace miles de años, mientras que la sustancia química pura, el clorhidrato de cocaína, se empezó a consumir hace 100 años. A principios del siglo XX, por ejemplo, la cocaína purificada se convirtió en el principio activo básico que se empleaba en la mayoría de los tónicos y elixires creados para tratar una gran variedad de enfermedades. La cocaína pura era extraída originalmente de la hoja del arbusto de la coca que crecía principalmente en Perú y Bolivia. No obstante, en la década de los 90, Colombia se convirtió en el país con mayor cultivo de coca.

Hoy en día, según el sitio Web The National Institute on Drug Abuse (NIDA), la cocaína es una droga clasificada bajo la Lista II de la Ley sobre Sustancias Controladas, esto significa que si bien tiene un alto margen de abuso sólo es aceptable su uso bajo

prescripción médica. Por ejemplo, esta sustancia se solía utilizar como anestesia local en casos de operaciones quirúrgicas de la vista, los oídos o la garganta.

Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como “free base” (que no son solubles en agua).

- ✓ La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada (“snorting”).
- ✓ Los cristales de cocaína o “free base” han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua, y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.

Mecanismo de acción

Según estudios (Caballero Martínez, 2005; Carroll, 1997) de metabolismo en adictos crónicos, la relación entre las dosis de esta droga y la dopamina, no deja de asombrar. De acuerdo a las evidencias registradas, existe una vinculación directa entre el consumo elevado de cocaína y la ocupación del receptor de dopamina. Esto significa que mientras mayor sea el consumo, mayor será el porcentaje del transportador inhibidor de dopamina. Esta inhibición provoca una elevada concentración de dopamina alterando el metabolismo de las neuronas, sobre todo de la glucosa.

Por otro lado, también se ha comprobado que el consumo elevado de cocaína

genera desórdenes en el área post-sináptica, causando la generación de adenosín monofosfato cíclico (AMPC) y alterando la producción proteica. En consecuencia, se produce un aumento de las frecuencias de los impulsos nerviosos en esta región. En síntesis, los adictos crónicos sufren depleción de los valores de dopamina y reducción de su producción en las neuronas dopaminérgicas (Craig Van Dyke y Byck, 1982).

Metabolismo

Una vez ingerida la droga, esta se destruye rápidamente en el hígado a través de las enzimas. Tiene dos formas de eliminación: principalmente mediante la orina, como benzoilecgonina, y de forma secundaria a través de la saliva y otros humores.

Dosis Tóxica

El grado de toxicidad de la cocaína es variable. Según el nivel de sensibilidad del consumidor, hay personas que reaccionan a los efectos de la droga con pequeñas cantidades de la misma, experimentando rápidamente estado de shock; incluso hay casos en que esto se produce mientras se está aplicando la droga. De acuerdo con las estadísticas, la cifra tóxica ronda los 0,20 a 0,30 gramos de cocaína, mientras que en los adictos puede alcanzar los 3 gramos.

1.3.2.1. Formas de consumo

Hay tres formas comunes de consumir esta droga: se puede inhalar, fumar e inyectar.

1- Inhalación “*snorting*”: el consumidor aspira la cocaína en polvo a través de la

nariz, luego es absorbida hacia el torrente sanguíneo por las membranas nasales.

2- Fumar: consiste en inhalar el vapor o el humo de la cocaína; de este modo, la sustancia se deposita en los pulmones donde es absorbida rápidamente hacia el torrente sanguíneo.

3- Inyectar: en esta forma de uso, el cocainómano utiliza una aguja para introducir la sustancia de manera directa y así llegar ésta rápidamente al torrente sanguíneo.

De los tres métodos, la aplicación intravenosa de cocaína actúa rápidamente en el torrente sanguíneo. No obstante, las tres opciones pueden generar adicción además de otros problemas severos de salud, incluso el riesgo de contraer VIH y otras enfermedades infecciosas es realmente significativo.

Por otro lado, de acuerdo a la forma de administración de la droga, es la intensidad y duración de los efectos de la cocaína (aumento de energía, agudeza mental, etcétera). De esta forma, cuanto más rápidamente ingresa la sustancia al torrente sanguíneo y llega al cerebro, más intensa es la euforia. De los métodos mencionados, la cocaína inyectada o fumada causa mayor euforia que la inhalada. Según la administración de la droga, la euforia perdura...

- De 15 a 30 minutos si la droga se inhala
- De 5 a 10 minutos si se fuma.

Por esta razón, los cocainómanos repiten la administración de la droga a fin de mantener la euforia. Incluso, hay consumidores que aumentan las dosis hasta alcanzar el estado de euforia que desean.

El abuso de cocaína se asocia a:

- Infarto de miocardio
- Arritmias cardíacas
- Hipertensión severa transitoria
- Accidentes cerebrovasculares
- Hiperpirexia
- Convulsiones

Además, el consumo de cocaína se caracteriza por:

- Hiperprolactinemia (aumento de los niveles de la hormona prolactina en sangre)
- Excesiva sudoración
- Hipertermia
- Midriasis (dilatación de la pupila)
- Niveles sub-óptimos de vitaminas y minerales
- Disminución de las vitaminas B1, B6 y C
- Malnutrición generalizada

1.3.2.2. Manifestaciones clínicas comunes

Las complicaciones clínicas más frecuentes son:

Complicaciones cardíacas

Las complicaciones cardiovasculares asociadas al uso de cocaína abarcan un

amplio espectro incluyendo arritmias, isquemia cerebral, infarto agudo de miocardio y muerte súbita; además de asociarse a hipertensión, taquicardia, hiperpirexia y taquipnea.

Arritmia, isquemia e infarto de miocárdio.

Los mecanismos implicados en la causa del desarrollo de esta patología son: (1) alteraciones del automatismo cardíaco por efecto directo sobre el tejido miocardio; (2) desregulación autonómica por incremento de la estimulación adrenérgica y neurohumoral; (3) alteraciones eléctricas resultantes de la inducción de isquemias transitorias y (4) potenciación de las arritmias por reentrada.

En cocainómanos se encontraron alteraciones del ritmo cardíaco severas, fibrilaciones ventriculares, que pueden causar hasta la muerte del adicto; también cuadros de taquicardias ventriculares polimórficas (es un tipo de taquicardia que se produce en corazones aparentemente sanos a raíz de un desorden físico o emocional) y taquicardias supraventriculares (frecuencia cardíaca acelerada) en pacientes con isquemia e infarto de miocardio después del uso de cocaína (Rollingher, 1986).

Los niveles circulantes de catecolaminas (grupo de sustancias que incluyen la adrenalina, la noradrenalina y la dopamina) pueden aumentar hasta 5 veces en pacientes intoxicados con cocaína, pudiendo causar arritmias letales sobre todo en condiciones de isquemia.

Miocarditis y miocardiopatía

Se ha encontrado relación entre la presencia de miocarditis (inflamación del miocardio) y el consumo de cocaína, a raíz del abuso de droga.

Endocarditis

Según estudios médicos, la aplicación de cocaína por vía endovenosa puede causar endocarditis. Esta asociación es menor en pacientes adictos a drogas por vía parenteral.

Complicaciones respiratorias

Las complicaciones respiratorias que genera la cocaína dependerán del tipo de consumo y sobre todo de la vía de administración. El uso de cocaína intranasal causa trastornos respiratorios de las vías altas; en cambio, el consumo inhalado de cocaína base o crack produce complicaciones de las vías respiratorias bajas.

Complicaciones de las vías aéreas superiores

Con frecuencia, adictos a la cocaína experimentan sinusitis, osteítis y perforación del tabique nasal. Esto se relaciona con el consumo de cristales de cocaína esnifada por vía intranasal.

Perforación del tabique nasal

La perforación del tabique nasal es frecuente y se produce por una combinación del efecto traumático de la inhalación de cristales de cocaína a gran velocidad, y los ciclos repetidos de vasoconstricción e hipoxia (suministro inadecuado de oxígeno) de la mucosa nasal, anestesia de la mucosa y trauma.

La sintomatología incluye inicialmente “ruido” nasal, hemorragia nasal y dolor y, posteriormente, silbidos por entrada de aire en inspiración(Oztezcan, 2000).

Complicaciones de las vías aéreas inferiores

El consumo de cocaína puede generar insuficiencia de la función pulmonar, hemorragia pulmonar, obstrucción aérea, eosinofilia (aumento exagerado de un tipo de glóbulos blancos), etcétera.

Complicaciones del aparato digestivo

Los usuarios de cocaína pueden padecer anorexia, náuseas, vómitos, diarreas y, aunque poco frecuente, úlceras gastroduodenales con hemorragia y perforación; colitis isquémicas.

Hepáticas

La cocaína es una toxina hepática específica. Esta droga es metabolizada fundamentalmente por las colinesterasas plasmáticas (son enzimas caracterizadas por grandes fluctuaciones interindividuales e intraindividuales) y hepáticas, pero una pequeña proporción de la dosis administrada sigue una vía oxidativa microsómica hepática que conduce a la aparición de radicales libres. Las lesiones hepáticas agudas tóxicas por cocaína son de tipo citolítico (anatomía patológica).

Metabolismo

Además del elevar la temperatura corporal por incremento de la actividad muscular y de la reducción del volumen de los vasos sanguíneos, la cocaína genera el incremento de calor por pérdida del control de la dopamina. Este cuadro puede acompañarse de convulsiones, que incluso pueden causar la muerte súbita con dosis bajas pero continuas de la droga.

Se ha observado que esta hipertermia corporal se modifica en relación a la temperatura ambiental: ante temperaturas ambientales elevadas, la hipertermia inducida por cocaína es mayor incrementando la toxicidad aguda. Marczuck y cols. (1998) hicieron una revisión de las muertes por sobredosis de cocaína en Nueva York durante el período de 1990 a 1995. Los autores comprobaron que las altas temperaturas del ambiente estaban asociadas de forma significativa a un mayor nivel de mortalidad en las sobredosis. Temperaturas ambiente mayores a 31 grados centígrados aumentan las reacciones agudas cardiovasculares con hipertensión, taquicardia, vaso espasmo coronario, arritmia, hipertermia y muerte por intoxicación de cocaína.

Otras complicaciones asociadas al consumo de cocaína

Ojo

Esta droga ocasiona midriasis, vasoconstricción conjuntival, nistagmo vertical (movimientos rápidos e involuntarios hacia arriba y abajo).

Neurológicas

La complicación más frecuente es la cefalea; también cuadros de hemorragia

cerebral (generalmente subaracnoideas) y convulsiones.

Embarazo, feto y recién nacido

El consumo de cocaína durante el embarazo se asocia a un riesgo elevado de aborto, de muerte fetal intrauterina, etcétera. La droga atraviesa la placenta y produce efectos nocivos en el feto, especialmente lesiones cerebrales isquémicas. Los bebés tienden a nacer con menor peso y con menor perímetro cefálico. Además, el síndrome de muerte súbita neonatal es del 15 %.

Los bebés que nacen con intoxicación de cocaína presentan el llamado "Síndrome del niño inquieto". Este cuadro se caracteriza por irritabilidad del sistema nervioso vegetativo, retraso en la talla y peso, microcefalia y también la aparición de anomalías genitourinarias, déficit intelectual y trastornos de conducta.

Cuadro 1.1. Complicaciones médicas más frecuentes en consumidores de cocaína.

Intoxicación (efectos simpaticomiméticos)
ORL (sinusitis, perforación de tabique)
Cardiovasculares (infarto agudo de miocardio, arritmias)
Neurológicas (convulsiones, localidad, cefaleas, mareos)
Respiratorias (neumotórax, bronquitis, pulmón de "crack")
Obstétricas (abruptio placentaria, teratogenia)
Sexuales (disfunciones sexuales, amenorrea, ginecomastia...)
Infecciones IV (VIH, hepatitis, etc.)
Endocrinas
Otras: renales y gastrointestinales

Fuente: Caballero Martínez, 2005.

1.3.2.3. Efectos a corto y largo plazo

A continuación se enuncian los efectos de esta droga a corto y largo plazo, según su método de consumo y también cuáles son las consecuencias por sobredosis:

Efectos inmediatos del consumo de cocaína

Interfiere con la reabsorción de la dopamina, un químico cerebral asociado con el placer y el movimiento, produciendo un efecto de euforia. Poco después de su consumo, el usuario puede experimentar los siguientes síntomas:

- Mayor frecuencia cardíaca y respiratoria; además de incremento de la presión arterial y de la temperatura corporal después del consumo de una pequeña cantidad de la droga.
- Dosis elevadas (más de 100 mg) pueden causar trastornos de conducta, de carácter imprevisible o violento.
- Dentro de los síntomas físicos podemos encontrar: dolores torácicos, problemas visuales, náuseas, fiebre, espasmos musculares, convulsiones y muerte seguida de convulsiones, estado de coma, insuficiencia cardíaca o fallo del sistema nervioso central que origina un paro respiratorio.
- Durante el período de euforia, el consumidor puede presentar ansiedad, irritabilidad, hiperestimulación, reducción de la fatiga, etcétera.
- Si el consumo de la droga es frecuente, los consumidores pueden sufrir paranoia e, incluso, cuadros de psicosis paranoide, con alucinaciones auditivas y una desconexión con la realidad.

Efectos a largo plazo

La cocaína puede causar las siguientes secuelas a largo plazo para la salud:

Efectos psicológicos

- El consumo de cocaína puede originar dependencia, produciendo depresión cuando el individuo no experimenta la hiperestimulación durante su consumo.
- Después de un consumo repetido, el estado de hiperestimulación es reemplazado por sensaciones de nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, oscilaciones del humor, paranoia, trastornos del sueño y pérdida de peso.
- La cocaína produce problemas emocionales, escolares y laborales y el aislamiento de la familia y del grupo de amistades.
- La cocaína origina problemas psiquiátricos como psicosis, paranoia, depresión, ansiedad y delirios.

Efectos físicos

- La inhalación frecuente de cocaína produce lesión de las fosas nasales e inflamación y congestión de los conductos nasales.
- La aplicación de la droga por vía parenteral conlleva a mayor riesgo de presentar hepatitis e infección por el VIH
- Las infecciones respiratorias graves son más frecuentes en adictos que fuman cocaína.
- Más allá de la forma de consumo, existen evidencias médicas que asocian directamente el uso de cocaína con la presencia de infarto de miocardio, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, ictus, dolor abdominal y náuseas.

- Esta droga tiene la capacidad de reducir el apetito, por lo tanto no es extraño que los cocainómanos sufran desnutrición.

Según la forma de consumo

Puntualmente, cada método de consumo de cocaína puede producir efectos concretos de salud, incluyendo:

Resoplando: secreción nasal crónica, hemorragia nasal, pérdida del olfato, ronquera y dificultad para tragar.

Ingerir: gangrena intestinal grave debido a una reducción en el flujo de sangre a los intestinos.

La inyección: reacciones alérgicas graves. Aumento del riesgo de contraer el VIH, la hepatitis y otras enfermedades de transmisión sanguínea.

1.3.2.4. ¿Cómo actúa la cocaína en el cerebro?

Como dijimos anteriormente, la cocaína es una droga altamente adictiva, estimulante y tóxica que afecta y desestructura el cerebro.

Cuando la droga se aplica de forma local, actúa en el cerebro bloqueando la conducción nerviosa, y sobre todo afecta las fibras sensitivas de manera reversible. Luego, cuando los efectos de la droga desaparecen, el nervio recupera su función.

Pero además de lo mencionado, la cocaína afecta significativamente el Sistema Nervioso Central (SNC), de arriba hacia abajo. Los síntomas son: inquietud, excitación, convulsiones tónicas y sobre todo clónicas. Además, aumenta la capacidad mental y la

habilidad para el desarrollo muscular, posiblemente porque disminuye la sensación de fatiga.

Después de los efectos estimulantes, continua lo que se denomina como “depresión cerebral” por agotamiento de los centros nerviosos y por el efecto propio de tal sustancia sobre él.

Estudio de referencia: recientemente, investigadores de la Escuela de Medicina *Mount Sinai* en Manhattan han descubierto cómo la cocaína daña el cerebro y se convierte en adictiva.

El estudio fue dirigido por Mary Kay Lobo, (2010) del Departamento de Neurociencias en el *Mount Sinai School of Medicine*; los investigadores encontraron que las dos neuronas principales (D1 y D2) en la zona cerebral denominada Nucleus accumbens, parte importante del centro de recompensa del cerebro, tienen efectos opuestos en la recompensa de cocaína. La activación de las neuronas D1 se incrementa al mismo tiempo que la activación de las neuronas D2 disminuye la recompensa de la cocaína.

1.3.3. Adicciones mixtas: consumidores de alcohol y cocaína

En el siguiente capítulo abordaremos la asociación entre la Inteligencia Emocional y la adicción a la cocaína, y también la relación de las emociones con otras adicciones como, por ejemplo, el alcoholismo. Por ello, en este apartado nos ocuparemos primero de analizar el perfil de los adictos a cocaína y alcohol conjuntamente.

Según Flanner y cols. (2004) las drogas más frecuentemente asociadas con la cocaína son el alcohol, el cannabis y la heroína, en ese orden.

Así mismo como apuntan Patiño, Gras, Font-Mayolas y Baltasar (2013), los

consumidores de cocaína son más proclives a consumir otras drogas.

Por otra parte, de acuerdo a resultados estadísticos del Instituto de Investigación de Drogodependientes (2001), no es reciente el hecho de que en las Unidades de Conductas Adictivas se encuentre con frecuencia un patrón de consumo mixto, utilizando los sujetos de forma concomitante varias drogas. Puntualmente, este estudio se refería a que en las Unidades de tratamiento de pacientes alcohólicos se había comprobado que varios adictos a esta sustancia tenían también predisposición al consumo de cocaína, denominándose poli-consumidores.

Teniendo en cuenta la información ofrecida por el Instituto de Investigación de Drogodependientes (2001, 189), se estima que “dentro de los poli consumos en el consumidor de cocaína el más frecuente es el de alcohol como droga primera y la cocaína como secundaria para mantenerse despierto”. Sin embargo, Rounsaville y cols. (1991) y Kleinman y cols. (1990) consideraron que no siempre se puede determinar si el consumo de alcohol es primario o secundario. Lo cierto es que en varios estudios clínicos a pacientes adictos a cocaína, se hallaron porcentajes de alcoholismo que duplicaron los promedios medidos en adictos a cocaína y opiáceo.

Aparentemente, los motivos para el consumo mixto de cocaína y alcohol pueden tener que ver con escapar de problemas personales, el gusto por lo prohibido, placer, o para mejorar la interacción social (Generalitat Valenciana, 1997).

Dichos motivos encuentran conexión con los efectos del etanol y de la cocaína; lo cual puede provocar un consumo abusivo de ambas sustancias. En páginas anteriores ya nos hemos referido a los efectos de la cocaína, por lo tanto, brevemente vamos a exponer las consecuencias del etanol y los efectos del consumo mixto:

Efectos del etanol: euforia, cambios de carácter, somnolencia, etcétera. A nivel somático; trastornos hepáticos, gástricos, impotencia... Y en el orden social; desajustes familiares, separaciones, discusiones, etcétera.

Efectos del cocaetileno o etilcocaína (cocaína + alcohol): ansiedad, euforia, riesgo de muerte súbita e incremento del ritmo cardíaco a razón de 3 a 5 veces más que en otro tipo de droga.

Cuadro 1. 2. Consecuencias del consumo individual y mixto de sustancias adictivas, según la Generalitat Valenciana (1997).

CONSECUENCIAS	ALCOHOL	COCAÍNA	ALCOHOL + COCAÍNA*
Problemas en estudios	5'4%	4'5%	
Problemas en trabajo	19'7%	9'5%	38'3%
Problemas familiares y de relación.	5'4%	16'2%	79'2%
Problemas económicos	6'1%	19'2%	
Enfermedades	6'1%	8'9%	22%
Accidentes – Problemas legales	4'1%	5'7%	18'8%

Fuente: Generalitat Valenciana, 1997.

Cabe destacar que el policonsumo más importante entre los consumidores de sustancias adictivas, es justamente el de etanol y cocaína. Posiblemente, esta situación se deba a los efectos euforizantes y estimulantes del cocaetileno, ya que actúan contrarrestando las consecuencias depresoras del alcohol.

En este sentido, los consumidores frecuentes de sustancias mixtas de alcohol y cocaína poseen tasas más elevadas de problemas físicos múltiples y de infecciones, en relación a los alcohólicos o adictos a cocaína puros.

1.4. Características psicológicas del consumidor

El perfil general de los consumidores de cocaína se corresponde con el de personas jóvenes que cuentan, en general, con unos aceptables niveles de integración social y que desarrollan estilos de vida normalizados. Estas serían sus principales características: varón, con un nivel de instrucción/académico medio y residente en núcleos urbanos. No hay especiales diferencias en los niveles de consumo según el tipo de ocupación y la clase social. No obstante, aunque el consumo de cocaína es una conducta mayoritariamente masculina, su uso se está extendiendo entre las mujeres jóvenes. De hecho, entre los estudiantes de secundaria el porcentaje de chicas consumidoras es ligeramente superior al de los chicos.

La mayoría de los consumidores de cocaína son también habituales de otras sustancias, fundamentalmente alcohol, tabaco y cannabis, pero también anfetaminas, éxtasis, benzodiazepinas y alucinógenos. Según la encuesta EDADES (2013), en la población general de 15 a 64 años que había consumido cocaína en el último año, casi un 99% había consumido también alcohol, un 85,1% tabaco, un 81,6% cannabis, un 29,6% anfetaminas, un 27,5% éxtasis y un 20,8% alucinógenos.

Para Uzategui (1998), el consumidor de cocaína suele iniciarse en el consumo de drogas entre los 9 y los 20 años (90,2%), con mayor grado de precocidad en el caso del sexo femenino de 9 a 12 años (40%) que en el masculino con una edad de 13 a 16 años (44,1%). La droga que funciona como portal habitualmente el alcohol (80,4%), siendo habitualmente la invitación de un familiar o amigo (52,7%) lo que dispara el consumo. El sitio de inicio de consumo más frecuente es su propia casa (71,5%), con una frecuencia de consumo de varias veces al día (41,1%)”.

Para Yablonsky; citado por Luna, (1998) la persona que sufre dependencia de las

drogas tiende a negar la existencia de dificultades en relación con el consumo, y esta actitud de negación predomina también entre los familiares. Asimismo, el drogodependiente tiende a manipular a sus familiares o personas que lo rodean, mintiendo o echando mano a cualquier recurso con el fin de contentar su deseo de consumo.

Maselli (1985, 52) describe tres períodos en el desarrollo de la drogodependencia:

“El primero se produce desde el contacto inicial con la sustancia psicoactiva, hasta el momento en el que los maestros o padres se enteran de su afición. Esta etapa es llamada por algunos ‘la luna de miel’, ya que el drogodependiente siente su relación con la sustancia como ‘positiva’ (...). El segundo período aparece con la revelación pública de la situación. Ello produce lo que pudiera llamarse un shock familiar. Negaciones, sentimientos de culpa y de impotencia hacen su aparición. El drogodependiente comienza a prometer que dejará la droga; la familia cree en sus promesas y lo complace en sus necesidades materiales, ya que domina el sentimiento de culpa. (...) A partir del momento en el cual los familiares y, más raramente, el drogodependiente, piden asesoramiento médico comienza el tercer período. Aquí la familia y el joven han ido venciendo la negación, el autoengaño, el victimismo y se integran al tratamiento.”

En síntesis, los consumidores de cocaína son:

- Adolescentes y adultos jóvenes (15-29 años).
- Los hombres (3 veces más que las mujeres).
- Las personas de clase media.
- Los desempleados.

- Las personas inactivas.
- Las personas que frecuentan lugares de diversión nocturna.
- Los adultos mayores dependientes a los opiáceos.

En un estudio llevado a cabo por Carou, Romero y Luengo, (2013) se analizó la relación existente entre factores de personalidad y consumo de drogas. Se comparó concretamente las variables de personalidad de la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el autocontrol para establecer su relación con el consumo de sustancias. En el trabajo la exploración abarcó no solo a pacientes consumidores de cocaína sino también a adictos a la heroína y a un tercer grupo que, los autores, consideraron de mención especial: pacientes consumidores actualmente de cocaína pero que anteriormente lo fueron de heroína, a los que llamaron cocaheroínómanos.

Los resultados del trabajo arrojaron datos de interés como que las tres variables examinadas incidían directamente en el aumento y frecuencia del consumo, en la precocidad de la edad de inicio y en mayor dificultad para mantener la abstinencia a las drogas. Por lo tanto, concluyen, que se debe tener presente estos datos a la hora de establecer un tratamiento de drogodependencias. Refieren especial atención al grupo de cocaheroínómanos los cuales presentan un perfil psicológico de mayor gravedad de la adicción con más deterioro psicosocial y marginalidad, desde una perspectiva sociodemográfica (Carou et al. 2013)

En el trabajo llevado a cabo por Martínez-González, Albein-Urios, Lozano-rojas y Verdejo-García, (2014) se intentó conocer algunas de las características psicológicas del consumidor de sustancias que podían incidir en el abandono del tratamiento en pacientes ya iniciados en dicho tratamiento por adicción a la cocaína. El estudio mostró que, por

ejemplo, la presencia de trastornos de la personalidad no afecta de manera directa al abandono, al menos durante los primeros dos meses; aunque dentro de los perfiles cognitivos de personalidad sí aparecía el antisocial como mayor probabilidad de abandono. El análisis determinó que entre los factores que más incurrían en que los pacientes abandonasen el tratamiento aparecían: menor nivel de calidad de vida autopercibida, niveles muy elevados de impulsividad, en especial las experiencias de fuertes impulsos referentes a los afectos positivos, y la presencia de sentimientos adversos como afectos, emociones, sensaciones y otros sentimientos que aquejen al paciente.

1.4.1. Adictos a la cocaína y Síndrome de Abstinencia

Es importante destacar que el consumo de cocaína frecuente puede hacer que los consumidores de esta droga desarrollen tolerancia y dependencia. Cuando la cocaína se consume repetidamente, el cerebro se adapta y se vuelve cada vez menos sensible a esta sustancia, por lo que la dosis de consumo debe ser incrementada gradualmente para obtener los mismos efectos. Esto es la tolerancia.

Por otra parte, se denomina Síndrome de Abstinencia a la situación en la cual el consumidor de cocaína abandona la droga experimentando alteraciones psicológicas que desaparecen cuando vuelve a consumir la sustancia. Este cuadro se produce porque el cerebro se adapta a la presencia de la droga, y cuando ésta se interrumpe bruscamente, aparecen los desórdenes cerebrales que estaban enmascarados por el consumo.

No obstante, la persona que es dependiente de la cocaína “no puede estar sin ella” porque su organismo se acostumbró a la droga y sólo funciona “normalmente” si la recibe con frecuencia. Sin embargo, es importante hacer una salvedad, ya que un sujeto

puede tener dependencia sin ser adicto a esta droga, aunque la dependencia con frecuencia conduce a la adicción. Los dependientes pueden no ser consumidores compulsivos y, por tanto, no son adictos.

La adicción implica, como se ha mencionado anteriormente en este trabajo, un ferviente e irresistible deseo de droga; el consumidor busca compulsivamente cocaína y pierde el control de este consumo ignorando los riesgos que esto conlleva.

Por lo tanto, la adicción a la cocaína es, sobre todo, una enfermedad que precisa de un tratamiento llevado a cabo por profesionales para la recuperación del organismo y del tejido cerebral.

Efectos durante la abstinencia

Como anticipamos en el punto anterior, la adicción a la cocaína también tiene efectos durante los períodos de abstinencia, e incluso pueden presentarse durante varias semanas.

- Disforia.
- Menor rendimiento psicomotor.
- Irritabilidad.
- Letargo.
- Astenia.
- Apatía sexual.
- Bradipsiquia
- Alteraciones cognitivas (memoria, concentración).

- Baja autoestima.
- Hiperfagia.
- Hipersomnia.
- Bradicardia.
- Síntomas físicos no específicos: sudoración, temblores.

1.4.2. Tipos de consumidores

Basándonos en las características conductuales del consumo de cocaína podemos diferenciar el uso "recreacional" del consumo compulsivo que caracteriza a la enfermedad adictiva. Bajo la denominación de consumidores "recreacionales" es posible clasificar cuatro subgrupos.

1. Experimental. Se trata de aquél consumidor que sólo ha probado la droga una o pocas veces, sin tener la intención de repetir el consumo. Éste no ha encontrado en la droga la euforia esperada e incluso, hasta le produce disforia.

2. Ocasional. Este es el llamado consumidor "social" porque usa drogas ocasionalmente. Por lo general, los episodios de consumo coinciden con ambientes sociales tales como una fiesta. Su consumo es bajo, por lo que experimenta pocas consecuencias adversas como resultado. No obstante, hay que tener en cuenta que, en la mayoría de los casos, los adictos han iniciado el uso de la droga como consumidores ocasionales.

3. Abuso. Este patrón señala al tipo de consumidor que puede eventualmente abusar de las drogas intoxicándose. Dentro de esta categoría, los cocainómanos consumen dosis desde medio a un gramo; incluso, también se animan a experimentar con la inyección

intravenosa de la droga o fumando base libre. Este tipo de abuso es absolutamente consciente y difiere cualitativamente del consumo adictivo. El abusador puede manejar la situación escogiendo limitar el consumo de droga y hasta volviéndose un consumidor social.

4. Consumo compulsivo. Es característico en pacientes que han desarrollado dependencia química o tolerancia hacia la cocaína. Su consumo puede no ser frecuente, pero cuando se produce es compulsivo y con pérdida del control involuntario.

1.5. Tratamiento del consumidor de cocaína

El impacto que el consumo frecuente de esta droga genera a nivel emocional y orgánico, hace que muchas veces se generen inconvenientes específicos en el tratamiento. Estas dificultades presentan cierta similitud con las que se encuentran en los casos de dependencia alcohólica, y pueden mencionarse principalmente las siguientes:

- “Uso ampliamente extendido, sobre todo en la franja de edad entre los 18 años y los 40 años.
- Consumo inicialmente asociado a situaciones lúdicas.
- Baja percepción en los estadios iniciales de uso-abuso de la posibilidad de dependencia por parte de los usuarios.
- Una funcionalidad intrapersonal e instrumental atribuida a los efectos primarios de la cocaína.
- Excesiva utilización asociada a otras sustancias, generalmente depresores.
- De las drogas conocidas, es el agente reforzante más potente y que provoca probablemente mayor condicionamiento clásico y operante.

- En demasiados casos, el objetivo inicial del paciente es hacer programas para uso controlado.
- Mayores diferencias en la patología secundaria en función de la vía de administración. De mayor a menor potencial adictivo debido a una duración más corta de la acción y picos sanguíneos más altos nos encontramos con: vía fumada como base libre, endovenosa, intranasal y oral” (Hervás y Gradolí, 2003, 45).

Gran parte de los programas que se utilizan para el tratamiento de adicción a la cocaína adoptan el “modelo de dependencia química”, considerando la dependencia a esta sustancia adictiva como “una enfermedad en sí misma y no como un mero problema secundario que surge de una condición psiquiátrica subyacente. Estos programas emplean un enfoque multidisciplinario y proporcionan una serie de técnicas de comportamiento, cognitivas, educativas y de autocontrol” (Hervás y Gradolí, 2003, 45). Es necesario aclarar, que cuando se habla de adicción a una determinada sustancia, nos estamos refiriendo, en muchas ocasiones, a la sustancia adictiva principal, ya que sabemos que una gran parte de los adictos no son toxicómanos «puros», es decir, adictos a una sola sustancia, sino politoxicómanos. Sin embargo, los tratamientos de drogodependencia, generalmente, están destinados a abordar la adicción de la sustancia de referencia o sustancia principal.

Según el NIDA (2010, 5) “en el 2006 la cocaína representaba alrededor del 14% de todas las admisiones a los programas de tratamiento para el abuso de drogas.

La mayoría de las personas que buscan tratamiento para el abuso de cocaína fuman crack y lo más probable es que sean politoxicómanos, es decir, que consumen más de

una droga o sustancia. El abuso de la cocaína se ha expandido de tal manera que ha suscitado grandes esfuerzos para desarrollar programas de tratamiento para los cocainómanos. Como ocurre con cualquier drogadicción, la adicción a la cocaína es una enfermedad compleja que involucra cambios biológicos en el cerebro así como innumerables problemas sociales, familiares y del entorno del adicto”.

Por lo tanto, el tratamiento de la adicción a la cocaína debe ser integral y en las estrategias planteadas deben evaluarse aspectos neurobiológicos, sociales y médicos del uso indebido de la droga por parte del consumidor. Además, los pacientes que tienen numerosas adicciones a menudo tienen otros trastornos mentales concurrentes que requieren intervenciones conductuales o farmacológicas adicionales.

A continuación, los distintos tratamientos que se tienen en cuenta para combatir la adicción a la cocaína:

1.5.1. Fármacos

Hoy en día, no existe un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos que ayude a tratar la adicción a la cocaína. Según la FDA (2010) existe una serie de fármacos que son utilizados para el tratamiento de otras enfermedades (por ejemplo baclofeno, modafinilo, tiagabina, disulfiram y topiramato) los cuales muestran efectos terapéuticos positivos, derivando en una disminución del consumo. El disulfiram (que se emplea para el tratamiento del alcoholismo) ha sido el que ha obtenido los resultados más contundentes en ese sentido. Actualmente las nuevas investigaciones, Dackis et al., (2003); Ojeda, (2011), sobre el funcionamiento y las alteraciones cerebrales durante el consumo están abriendo nuevos caminos en el desarrollo farmacológico, que apuntan a la producción

de fármacos que toman en cuenta las alteraciones que la cocaína genera en el cerebro, al trastornar el balance entre la neurotransmisión excitatoria (el glutamato) y la inhibitoria (el ácido gamma-aminobutírico). Asimismo, se están desarrollando medicamentos que actúan sobre los receptores D3 de dopamina.

Otros fármacos que se han tenido en cuenta para tratar la adicción a la cocaína son:

Amantadina: tiene uso antiviral y posee la capacidad de aumentar la liberación de dopamina de las terminales nerviosas dopaminérgicas, favoreciendo la acción de los neurotransmisores en las vías respectivas. Por lo tanto, según investigaciones, su uso en el tratamiento de la adicción a la cocaína ha sido útil para desintoxicar a algunos pacientes; pero su principal inconveniente es la vida corta que tiene, por lo que las respuestas a largo plazo no son tan efectivas.

Baclofen: su acción se realiza a través de la estimulación de receptores GABA-B, demostrando una reducción importante en la autoadministración de cocaína, por lo que su uso debe ser tomado en cuenta dentro de los programas de tratamiento.

BP 897: este fármaco ha sido investigado con resultados favorables en cuanto a abatir la conducta de búsqueda en adictos. Esto es prometedor, ya que una de las causas de recaída de los pacientes es, precisamente, el fenómeno de la avidez y búsqueda prolongada.

Bromocriptina: actúa sobre los receptores D2 de dopamina disminuyendo la avidez y la abstinencia a la droga, según estudios controlados.

Desipramina: se han usado fármacos que bloquean la recaptura de monoaminas (grupo principal de neurotransmisores del sistema nervioso), entre ellos la desipramina, pero los resultados no han sido claramente convincentes, tal vez porque este medicamento actúa más sobre la norepinefrina (neurotransmisor de catecolamina de la

misma familia que la dopamina).

Flupentixol: los resultados con este medicamento han sido variables, pues el mecanismo de acción que posee bloquea el receptor D1 y D2 de dopamina, pero no inhibe el transportador: sitio donde actúa la cocaína. Sin embargo, se ha podido comprobar que el flupentixol reduce la ingesta de la droga así como la tasa de recaída. Según el NIDA (2002) en el último tiempo se ha logrado sintetizar bloqueadores de la recaptura de monoaminas, que actúan fundamentalmente como pro-droga, de tal forma que sus metabolitos son similares a los de la molécula adictiva pero con escasa o nula actividad. Su base de acción lenta y de duración prolongada tiene como base la prevención del abuso de este tipo de bloqueadores de los transportadores de dopamina.

1.5.2. Vacunas

Debido a que todavía no existe un receptor específico que actúe inhibiendo la acción de la cocaína, diversos investigadores del mundo están indagando sobre un mecanismo que estimule el sistema inmunológico con anticuerpos que bloqueen a nivel periférico el efecto de esta sustancia. Esta estrategia ensayada en el tratamiento de la cocaína promete resultados óptimos en los cocainómanos. Según pruebas realizadas sobre cobayos, el efecto de anticuerpos del tipo Ab₂β bloquearía el ingreso de la sustancia al sistema nervioso central (SNC) (Nogal, 2009). A su vez, esta vacuna reduce la autoadministración de la droga.

Por lo expuesto, esta vacuna podría ser una posibilidad real para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Sin embargo, todavía es muy pronto y se necesitan más pruebas clínicas antes de disponer de este tipo de tratamiento (Nogal, 2009).

1.5.3. Intervenciones conductuales

Además del tratamiento farmacológico, se han realizado pruebas sobre los efectos de las terapias conductuales en pacientes adictos a la cocaína. Este tipo de tratamiento puede resultar eficaz para modificar la conducta de estos sujetos, tanto en ambientes residenciales como ambulatorios. Parece ser que las intervenciones conductuales son, por el momento, el único tratamiento eficaz disponible para muchos de los problemas asociados con las drogas, incluyendo las adicciones a estimulantes (Mello, 2007). Por lo tanto, el enfoque clínico más convincente para los profesionales sería la integración del tratamiento con medicamentos con las intervenciones conductuales, al menos en la fase de desintoxicación y deshabitación a la droga. En las siguientes fases; por ejemplo, en prevención de recaídas habría que ver caso por caso. Veamos ejemplos de terapias que ofrecen resultados positivos para la población de cocainómanos:

Terapias de contingencias o incentivos para realizar la motivación. Este tipo de terapéutica puede resultar especialmente útil en drogadictos que están iniciando la fase de abstinencia a la droga para luego permanecer en tratamiento. El procedimiento consiste en entregar una especie de bonos o premios como medio de recompensa a aquellos sujetos que se abstienen del consumo de la cocaína y otras drogas. Para medir la abstinencia, se realizan pruebas de orina las cuales tienen que salir libres de drogas; así los pacientes, ganan puntos que pueden canjear por artículos que estimulan una vida saludable, por ejemplo, vales para inscripción a un gimnasio. Este tipo de terapéutica ha demostrado practicidad y eficacia en los programas de tratamiento comunitarios.

Terapia cognitiva-conductual. Este tratamiento es eficaz para prevenir las recaídas, porque ayuda a las personas adictas a la cocaína a mantener su abstinencia a la droga. Se procede mediante procesos de aprendizaje que desempeñan un papel esencial en el desarrollo y la continuación del abuso y la adicción a la cocaína, haciendo que los pacientes reconozcan las situaciones que predisponen al uso de drogas; traten de evitarlas y enfrenten los problemas y comportamientos vinculados al consumo de drogas. Asimismo, la terapia cognitiva-conductual es compatible con otros tratamientos, incluso la farmacoterapia (Bandura, 1997).

El Modelo Matrix (MM) está recomendado por el Instituto Nacional de Drogas y Abuso de EEUU (NIDA) como uno de los tratamientos prácticos para la adicción a la cocaína, aunque en la sanidad pública española no existen trabajos de referencia, sí se ha realizado un estudio piloto en la sanidad pública de Murcia, concretamente desde el Centro de Atención a Drogodependencias (CAD) con resultados prometedores (Martí Esquitino, Carballo Crespo, Cárcelos Arnau, García Ruiz y Gómez Sánchez, 2012).

El tratamiento enfocado desde el MM está dentro de la terapia cognitivo-conductual de tipo grupal, de 8 a 12 persona, realizándose de forma ambulatoria. Entre sus objetivos persigue: la retención, la abstinencia de sustancias y la mejora de la calidad de vida. Para ello utiliza tres elementos principales: (a) grupo de habilidades de recuperación temprana (HRT), se estructura en 8 sesiones de 45 minutos, dos por semana, para pacientes con poco tiempo de abstinencia. Aquí se persigue la recuperación de aspectos cognitivos como la atención y la memoria. (b) grupo de prevención de recaídas (PR), estructurado en 32 sesiones de 90 minutos, dos por semana. (c) grupo de trabajo con la familia o educativo de familias (TF), basado en 12 sesiones semanales, tiene como objetivo mayor comprensión de las personas que acompañan en su proceso,

esto a su vez mejora las relaciones con su entorno, facilitando así su recuperación (Martí Esquitino et al, 2012).

La Entrevista Motivacional (EM) así como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) han dado buenos resultados por separado; pero aumenta su eficacia cuando se combinan ambas formas de terapias para la consecución de los objetivos en cuanto a la retención y abstinencia a la cocaína (Sánchez, Díaz-Morán, Grau-López, Moreno, Eiroa-Orosa, Roncero, Gonzalvo, Colom y Casas, 2011).

Según un estudio descriptivo, longitudinal, en un programa circular de doce sesiones de psicoterapia de tipo grupal y seguimiento de uno y tres meses, llevado a cabo donde se evaluó la efectividad del tratamiento combinado, EM (escucha reflexiva, preguntas abiertas, comentar la expectativas de autoeficacia y dar giro a la resistencia) y TCC (detección de situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales y cambios en el estilo de vida) se concluyó que en fase de mantenimiento en pacientes dependientes a la cocaína, este tratamiento combinado mejora la adherencia y es eficaz para mantener la abstinencia (Sánchez et al., 2011).

Comunidades terapéuticas o programas residenciales. Es otra de las alternativas para tratar la adicción a la cocaína. Se requiere de una estancia de 6 a 12 meses y usan a la “comunidad” global del programa como un componente estimulante del tratamiento. Se incluye rehabilitación vocacional, servicios de apoyo, etcétera. El objetivo principal de las “comunidades terapéuticas” es que el paciente pueda reinsertarse exitosamente en la sociedad.

Grupos de recuperación con base comunitaria, como los de Cocaína Anónimos. Este programa consta de 12 pasos en el que el grupo de personas comparten problemas y asuntos comunes. Básicamente, es útil para tratar de mantener la abstinencia a la droga.

En un programa de los doce pasos, los servicios adicionales de tratamiento que no estén dentro del protocolo en pacientes en tratamiento de dependencia de la cocaína; por ejemplo, servicios legales, médicos y de empleo, se ha comprobado que el uso de tales servicios no está relacionado con los resultados de consumo de drogas durante el tratamiento activo. Sin embargo, durante el periodo de seguimiento, el incremento del uso de medicación, la asistencia y participación de los doce pasos se relaciona con descenso en el consumo de drogas. Los resultados obtenidos en un estudio (NIDA) nos alerta que durante las etapas de seguimiento no controladas, habría que tener cuidado con administrar servicios no protocolizados por el riesgo de crear confusión potencial en la interpretación cuando se comparan grupos de tratamiento en los resultados sobre el consumo de drogas (Matthew Worley, Gallop, Connolly Gibbons, Ring-Kurtz, Present, Weiss, Crits-Christoph, 2011).

1.5.4. Terapia psicoanalítica

La psicoterapia psicoanalítica convencional puede ser útil en estados adelantados de la recuperación en pacientes por cocaína para mitigar el efecto de algunas características de personalidad irregulares (principalmente hipomaniacos, narcisistas, límites y por dependencia) ligados especialmente a la adicción (Caballero Martínez, 2005).

Mark y Faude (1997), destaca algunos de los aspectos psicodinámicos considerados propios de la cocainomanía:

- Carencia de autocuidados
- Predisposición a la autodestrucción
- Alteración del desarrollo precoz
- Internalización parental inapropiada
- Imperfección de la función normalizadora de los afectos, del mantenimiento de la autoestima y del control de los impulsos.

Las terapias de orientación dinámica persiguen objetivos que van más allá de la abstinencia, aunque habitualmente ha de precederlos. Entre los cuales se encuentra la capacidad de conciencia del paciente y el restablecimiento de los rasgos de personalidad desequilibrados. En estados avanzados de recuperación tiene especial importancia terapéutica los siguientes aspectos (Khantzian, 1997):

- La restauración y autorregulación de las emociones en el ambiente seguro de una psicoterapia, que corrija déficit básico, fomentando la aparición del juego simbólico, dando lugar a la aparición de sujeto integrado y concursante.
- Fomentar las funciones de autocuidado a través de una buena adherencia al tratamiento.
- Aumento de la autoestima a través de un lenguaje consciente.
- El establecimiento de la responsabilidad en sus acciones (frente al “modo grandioso-destrutivo” habitual de estos pacientes).

La contratransferencia posee elementos específicos en el tratamiento de las adicciones (Kaufman, 1992). El avance de la teoría psicoanalítica se sitúa en acentuar la importancia de los ciclos mutuos y progresivos de interacción entre el paciente y el psicoterapeuta que son, en sí mismo, camino y oportunidades para la recuperación (Caballero Martínez, 2005).

Existen otros aspectos que encuadra la contratransferencia en estos sujetos como el desarrollo paralelo, “codependencia”, “negación”, “facilitación”, “desgaste” y “familia de procedencia” (Kaufman, 1992).

1.5.5. Terapia grupal

Siguiendo con Spitz (1990), los diferentes tipos de tratamientos grupales para sujetos afectados por adicción a la cocaína son los siguientes:

- Los grupos de autoayuda, en donde el liderazgo es no profesional y cuyo objetivo básico es la abstinencia mediante el control mutuo en un régimen altruista de apoyo e igualdad. Los instrumentos terapéuticos primordiales son la vigilancia y el empuje grupal a través de los cuales se estimula a los participantes la creación de habilidades y estrategias defensivas para afrontar los deseos e impulsos de consumir droga. Son grupos a los que hay que tener en cuenta como un recurso más en el abordaje de la problemática con la cocaína, pero no está del todo claro su efecto curativo.
- Los grupos de psicoterapia, pueden ser de diferentes tipos y formas. Precisan de un liderazgo activo y una selección adecuada de los miembros del grupo (Spitz y Rosecan, 1990).

Los fines de los grupos de psicoterapia son:

a) Individuales

- i. Desintoxicación
- ii. Equilibrio emocional
- iii. Autoobservación
- iv. Estímulo de la conciencia y del cambio cognitivo
- v. Encauzamiento de aspectos esenciales como el trabajo o la sexualidad
- vi. Solución a los distintos problemas que surjan

b) Grupales

- i. Educación sobre el fenómeno cocaína
- ii. Ayuda a otros miembros
- iii. Confrontación para la toma de conciencia
- iv. Conocimiento y manejo de las emociones
- v. Compartir objetivos

Existen criterios básicos de observación clínica en los grupos de cocainómanos como liderazgo, normas, duración, cerrados o abiertos, configuración, control de miembros problemáticos y tratamientos coincidentes.

1.5.6. Terapia familiar y de pareja

La participación de la familia en el tratamiento de la cocaína es de suma importancia y dependerá de la edad y de tipo de convivencia del paciente (Spitz y Spitz,

1990). El trabajo familiar en los tratamientos predice mejores resultados en cuanto a abstinencia se refiere (Higgins, Budney, Bickel y cols., 1994). De esta forma es habitual que los pacientes que sufren de cocainomanía estén ya establecidos fuera de la familia de origen y la relación con su pareja sea mala, convirtiéndose esto en asunto clave para la recuperación del adicto (Caballero Martínez, 2005).

Siguiendo con el mismo autor y, a modo de resumen, indicar que en la práctica clínica los temas recurrentes en el abordaje familiar y de pareja en la adicción a la cocaína son los siguientes:

- El consumo de cocaína conlleva multitud de síntomas.
- Alteraciones de la estructura y funcionamiento familiar por la adicción a la cocaína.
- Carencias y desafíos al control familiar/parental a través del consumo de cocaína.
- Consumo de cocaína como mecanismo de control interpersonal a la pareja o la familia.
- Trasladarlos problemas familiares o de pareja a la cocaína.
- Otras personas de riesgo para el paciente que consuman cocaína u otra droga en el seno de la familia o la propia pareja.
- Acuerdos intergeneracionales.
- Conexiones extensas relacionadas con las drogodependencias.

1.5.7. Objetivos terapéuticos del tratamiento

Desde el conocimiento de la Neurobiología y de la Psicopatología, la

implementación del tratamiento de la adicción a la cocaína en la práctica conlleva los siguientes objetivos terapéuticos en cocainomanía (Caballero Martínez, 2005, 106):

1. “Alcanzar la abstinencia de cocaína, alcohol, opioides, cannabis y otros estimulantes (porque todas estas sustancias aumentan la tasa de dopamina en el núcleo accumbens y los fenómenos que inducen al consumo).
2. Evitar las personas, lugares y cosas asociadas al consumo de cocaína (que podrían disparar la apetencia de cocaína, muy vinculada al control sensorial de la amígdala).
3. Superar la negación de la enfermedad y admitir las consecuencias de la adicción (considerar la posible alteración de las funciones ejecutivas e instrumentales frontales debida al efecto de la cocaína).
4. Acudir a las sesiones de manera regular y colaborar con los distintos objetivos terapéuticos mediante:

- Apertura y veracidad en el tratamiento.
- Discusión de todas las emociones relevantes.
- Aprendizaje de técnicas de afrontamiento sin drogas de problemas y emociones positivas/negativas.
- Utilización de técnicas de reducción de la apetencia o ‘craving’”.

Los objetivos terapéuticos planteados son abordados siguiendo directrices terapéuticas generales:

- En todos los casos, resulta imprescindible que el paciente tome conocimiento de

los efectos dañinos de la cocaína en el cerebro. Estas explicaciones deben adaptarse de acuerdo al estado clínico y al nivel cultural de cada sujeto.

- Los cocainómanos precisan un tratamiento que puede extenderse durante varios años, incluso en aquellos pacientes con un bajo riesgo de recaídas. Durante el tratamiento, la cantidad de visitas está supeditada al estado clínico del adicto. En el caso de tratamientos ambulatorios, al menos al principio, se realizan por lo menos dos contactos clínicos semanales.
- El objetivo fundamental de todo tratamiento-tipo de los adictos a cocaína es el de dejar de consumir compulsivamente la droga a través de medidas “restrictivas y de soporte”. De esta forma, después de un período estable (varios meses) de abstinencia, poder actuar en función de prevenir las recaídas a largo plazo.

A su vez, es importante remarcar ciertos objetivos necesarios para que se lleve a cabo el tratamiento de manera correcta tratando de evitar las recaídas de los pacientes, como por ejemplo ofrecer un tratamiento de adicciones innovador como alternativa a la clásica internación, alternando el tratamiento de su patología con atención domiciliaria, manteniendo las redes sociales y familiares del paciente (esto constituye un factor muy importante ya que el apoyo que recibe el paciente desde la familia y la sociedad va a acondicionar en gran medida su tratamiento y la posibilidad de no recaer). Así también, al promover la capacidad de residencia del sujeto en su grupo familiar y en la comunidad, procurando la toma de conciencia de factores de riesgo y de protección, disminuyendo lo primero y estimulando lo segundo, se logrará una mayor adherencia y menos propensión a las recaídas, ya que la contención, el apoyo y la estabilidad le otorgan al adicto bases claves para su posible recuperación. A su vez, proponer un

tratamiento global e individualizado, fundado en el abordaje interdisciplinario en el seno de un equipo comunitario, es una de las posibilidades de abordajes.

Otro de los puntos clave, consiste en proveerle al paciente los medios para descubrir sus dificultades, a fin de poder manejar mejor sus períodos de crisis, y enseñarle a desarrollar sus capacidades creadoras, posibilitándole contar con herramientas más saludables para restablecer vínculos sociales, en contraposición con el lazo absorbente y unidireccional que representa el vínculo con una sustancia. También, al favorecer el trabajo de rearticulación social, apuntando a un modo de vida satisfactorio para el paciente en coexistencia con los demás, va a hacer posible la reinserción del paciente en la sociedad, con las herramientas que necesita para poder cambiar su estilo de vida y poder enfrentar su problema de adicción desde otra perspectiva.

De esta manera, podemos decir que la idea central de este tipo de tratamiento es garantizar al máximo que el paciente no pierda relación con su entorno social, laboral y familiar para trabajar en el campo mismo de su producción, los conflictos que lo llevan a causar y a sostener la adicción.

Como factores precipitantes y que predisponen a este tipo de adicción podemos encontrar la baja autoestima y la elevada necesidad de aprobación social, el sentimiento negativo hacia sí mismo, el bajo grado de tolerancia a la frustración y a la angustia, la falta de conformidad en normas y no afrontar las propias responsabilidades y, por último, un gran sentimiento de abandono. Por otro lado, si el ambiente familiar (con baja cohesión, disfunciones familiares, consumo dentro de la propia familia y hasta violencia), dentro del grupo de amistades (que priorizan el consumo de sustancias a los lazos humanos), el ambiente laboral (con conflictos, falta de estabilidad, deficiente organización dentro del propio trabajo)

y en el ambiente macro social (con tolerancia hacia el consumo, hacinamiento social, publicidad de drogas legales y disponibilidad de sustancias), todo esto hace que la persona sea mucho más propensa a la adicción que cualquier otro sujeto. Así, mediante estos objetivos que planteamos anteriormente, el tratamiento a las adicciones se enfoca en intentar revocar estos factores que conducen a la problemática con la droga, para poder lograr un resultado exitoso.

1.5.8. Planificación del tratamiento

Los dos objetivos fundamentales del tratamiento de la cocainomanía son:

1. Alcanzar la abstinencia de la cocaína y de cualquier otro tipo de drogas y concluir el período de consumos compulsivos.
2. Prevenir las recaídas.

No obstante, como ya hemos mencionado es importante que la indicación terapéutica se realice de forma individual, considerando la presencia de síntomas de abuso, dependencia y abstinencia y teniendo en cuenta el examen psíquico del paciente.

Un punto a tener en cuenta en el momento de planificar el tratamiento, es la integración psicoterapia con la farmacoterapia ya que el beneficio de dicha integración, psicofarmacoterapia, es poder tratar un mayor rango de síntomas y de problemas, asociar pacientes y tratamientos más ajustadamente y cubrir más deficiencias terapéuticas (Caballero Martínez, 2005).

1.5.9. Fases del tratamiento y tiempo de duración

Si tomamos como referencia el trabajo de Caballero Martínez (2005), las fases del

tratamiento para adictos a la cocaína sería la siguiente:

Fase 1: Antes de referirnos particularmente a la primera etapa, es importante aclarar que la fase 1 y 2 puede durar entre 3 y 12 meses aproximadamente, dependiendo de la situación particular de cada paciente.

A la fase 1 se la denomina la etapa de abstinencia o desintoxicación y el objetivo del tratamiento en esta primera fase es depurar al adicto de la sustancia, y se caracteriza por varios contactos semanales entre terapeuta y paciente. La función de la terapéutica es que el sujeto inicie la abstinencia y logre mantenerla, utilizando técnicas de aprendizaje y aplicando estrategias para afrontar el “craving”; evitar el contacto con vínculos y ambientes que promueven el consumo, y modificar costumbres cotidianas a fin de incorporar un nuevo estilo de vida que facilite la abstinencia.

Fase 2: Continuando con la evolución de la fase 1, en esta instancia se busca detectar situaciones de riesgo previniendo la recaída. En esta etapa se indica claramente la psicoterapia, que puede ser de grupo o individual, exigiendo a los pacientes que se abstengan de consumir cualquier tipo de sustancias aditivas, incluyendo el alcohol. No obstante, en caso de recaída, es importante analizar y prever la planificación del tratamiento, considerando las modificaciones o intervenciones sumatorias correspondientes, incluyendo controles más intensivos.

Sin embargo, en esta fase son frecuentes las recaídas, posiblemente debido a la confianza injustificada por parte de muchos consumidores y/o profesionales. Por esta razón, es necesario que desde el comienzo del tratamiento los pacientes sean informados de este fenómeno habitual, abordando el tema de forma terapéutica y constructiva.

Según Caballero Martínez (2005, 115), “el foco principal en este momento suele ser

mantener el compromiso de abstinencia, afrontar la negación de la enfermedad cuyos síntomas suelen tarde o temprano reaparecer y ayudar a desarrollar lo más ampliamente posible las habilidades personales e interpersonales que garanticen la abstinencia en cualquier circunstancia”.

En este sentido, participar en grupos de mantenimiento (si están disponibles) puede resultar un estímulo valioso para los pacientes, a fin de que puedan observarse a sí mismos en recuperación de una “enfermedad asintomático”, la cual puede reaparecer ante la primera oportunidad.

Fase 3: Después de un año, aproximadamente, de iniciado el tratamiento, los especialistas comienzan a trabajar aspectos a largo plazo de una vida sin el consumo de sustancias adictivas, contando con el apoyo psicológico necesario.

Generalmente, también es necesaria la incorporación de distintos tratamientos farmacológicos que acompañen al paciente a mantener la abstinencia hasta que logre superar el hábito del consumo de cocaína. Con respecto a esto, el estudio efectuado por San (1999) y Pascual et al. (2001, 195), concluyen que, no existe un tratamiento medicamentoso específico para la adicción a la cocaína. Según indica San: “El tratamiento farmacológico de la dependencia de cocaína está concebido como una herramienta para ayudar a los pacientes a mantenerse abstinentes en conjunción con otros abordajes terapéuticos de tipo psicosocial”. En este sentido, las intervenciones psicoterapéuticas son una alternativa o un complemento a los tratamientos farmacológicos.

Como complemento al tratamiento y en función de la problemática más importante que parecería ser de carácter social, resulta imprescindible acompañar al paciente durante su tratamiento con la ayuda de la intervención social, atendiendo de esta forma

al mayor conflicto social que es el familiar. Caballero Martínez (2005, 115) señala, asimismo que, “no existe un período establecido para el alta, que depende del cuadro clínico y del estado de cada paciente, pero la mayor parte de los programas contemplan un período mínimo de 6-12 meses de abstinencia completa previa”.

1.5.10. Inducción y motivación al tratamiento

Según las estadísticas, la mayoría de los pacientes son impulsados al tratamiento por parte de sus familiares o personas de su entorno o por cuestiones laborales o sociales.

Al igual que en otros tratamientos de adicciones, la meta principal de los especialistas que atienden a los pacientes cocainómanos es que éstos no abandonen precozmente el tratamiento. Por ello, los primeros contactos especialista-paciente son esenciales para desarrollar una “alianza terapéutica” que permita motivar y alentar a los sujetos a iniciar y continuar con el tratamiento. Por otra parte, dentro de las primeras semanas de tratamiento también se busca demostrar el impacto negativo de la cocaína en la salud física y mental a fin de motivarlos para el tratamiento.

Desde una perspectiva motivacional el modelo transteórico del cambio que ofrece Prochaska y Diclemente (1984), sigue siendo hoy una referencia a tener en cuenta en los procesos de cambio por los que atraviesan las personas que se disponen a comenzar un programa de tratamiento de drogodependencias. Nos ayuda a comprender un fenómeno tan complicado, además de ser un gran soporte efectivo en el que se basa para reseñar, explicar y predecir la modificación de las conductas adictivas. El carácter tridimensional de este modelo abarca tres aspectos del cambio en adicciones: (1) los estadios del cambio, basado en la motivación del sujeto para modificar la conducta, que cuenta con

las fases de precontemplación, contemplación, preparación o determinación, acción y mantenimiento; (2) los procesos del cambio; tiene que ver con los procesos de transformación de las cogniciones, los afectos, las conductas y las relaciones interpersonales; (3) los niveles de cambio, que afecta sobre todo a los problemas psicológicos (Lois Ibáñez et al., 2009).

Además del factor motivacional, otro valor de gran importancia a la hora de establecer un tratamiento de drogodependencias, es la retención. Este factor correlaciona altamente con la eficacia de los tratamientos para la drogadicción; a mayor abandono precoz del tratamiento mayor es la probabilidad de recaída y, cuando el mantenimiento en el mismo es alto, existe un mejor pronóstico (Lois Ibáñez et al. 2009).

Desde el punto de vista médico, hay que hacer hincapié en la necesidad de que los pacientes puedan hacer un auto reconocimiento del abuso o la dependencia y la idea de que no existe otra solución que la abstinencia, porque no puede ofrecerse una ‘cura’ para la cocaínomanía. La educación terapéutica ocupa un papel relevante a lo largo de todo el tratamiento y la ampliación del conocimiento que los pacientes tienen de su adicción suele contribuir de manera eficaz al cumplimiento terapéutico y a la evolución favorable del trastorno (Caballero Martínez, 2005).

Recordemos que la naturaleza neurobiológica de esta sustancia adictiva representa un particular impedimento para el auto-entendimiento de quien la padece. Por ello, no es raro que los pacientes experimenten, sobre todo al comienzo del tratamiento, la sensación de fracaso con la terapéutica, con lo cual resulta necesario implementar un “nuevo espacio físico y mental motivador”, donde se pueda exponer y mediar la abstinencia y la recuperación del adicto a esta droga. En este caso, los especialistas basan sus entrevistas en Principios de la Psicología de la Motivación, teniendo como

objetivo producir cambios rápidos, para movilizar recursos internos en el paciente, más que paso a paso, mediante el entrenamiento en habilidades (Caballero Martínez, 2005).

Por lo tanto, la Psicología de la Motivación es de utilidad siempre que “la fortaleza del vínculo terapéutico y el grado de sinceridad y de compromiso en la relación terapeuta-paciente son, en todo momento, variables críticas de las que dependen los resultados” (Caballero Martínez, 2005, 111).

Para Prochaska y Prochaska (2011), la falta de motivación para el cambio no ha de ser concebida como un rasgo de personalidad del drogodependiente, sino como una característica de su estado susceptible de ser modificada mediante el empleo de cierto tipo de intervenciones.

Los sistemas de tratamiento y recuperación de individuos con adicciones funcionan de diferente manera en los distintos países, sin embargo, la asistencia de estos individuos manifiesta una serie de dificultades que se deben tener en cuenta a la hora de propiciar un tratamiento adecuado.

La adhesión al tratamiento es uno de los factores a tener en cuenta, ya que muchas de las personas con problemas de adicciones poseen una dificultad real para la adherencia a estos tratamientos, ya sea por aquellas derivadas de la propia naturaleza de los trastornos, sea porque son crónicos o porque tienen una tendencia a tener recaídas. Lo que en ambos casos provocan una escasa eficacia de los mismos.

Según Sánchez Hervás (2004) en otros casos, la expectativa que tienen algunos de los pacientes a recibir tratamientos de tipo farmacológico, especialmente, que difiere bastante de la ardua labor que implica un programa de tratamiento psicológico, son muchas. Frente al tratamiento también nos encontramos con otras dificultades como la disponibilidad para asistir a las sesiones, el estigma social que es generado

fundamentalmente a raíz de las reticencias sociales por las drogas, en las sociedades de hoy, entre algunos otros. En su investigación, Sánchez Hervás (2004) manifiesta que hay que incluir algunas de las siguientes variables para mejorar la retención en los programas de drogodependencias: la facilitación al acceso de los servicios, ampliar la oferta de alternativas de tratamiento, así como la prestación de servicios adicionales de asesoramiento, apoyo y tratamiento si se precisa para familiares.

Otro de los factores a tener en cuenta es la presión asistencial, ya que todos los casos de adicciones pueden ser considerados “urgentes” y la demanda de tratamiento y asistencia por el consumo de drogas aumenta cada año siendo la variable más importante a la hora de verificar la eficacia de un tratamiento el grado de motivación por parte de los pacientes durante y al inicio del tratamiento (NIDA, 1999). Esto hace que la inmediatez de la asistencia sea un factor clave a la hora de medir el éxito del tratamiento. A su vez, se observa que las personas con adicciones presentan una gran ambivalencia a la hora de cambiar su comportamiento de consumo, es necesario atender sus demandas lo antes posible y evitar ponerlo en listas de espera (Sánchez Hervás, 2004). Otro factor importante es la duración de los tratamientos. Muchos de estos individuos que consumen cocaína afirman que la asistencia al llamado “pos-tratamiento” resulta muy útil a la hora de mantener la abstinencia (Maisto et al., 1989).

A su vez es importante recalcar la relevancia de un tratamiento integral, donde el trabajo terapéutico como el farmacológico vayan de la mano, es decir, la interacción de los distintos enfoques e intervenciones hace posible un resultado terapéutico mucho más exitoso y eficaz.

1.5.11. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento es una de las principales causas de fracaso terapéutico y uno de los problemas mayores a los que se enfrentan los profesionales en el campo de las adicciones. Una de sus formas más comprometidas es la renuncia prematura al tratamiento, siendo esto un indicador casi infalible de la vuelta al consumo. Este hecho acredita conceder atención especial a este grave problema (Lois Ibáñez y Álvarez García, 2009).

Las tasas de abandonos que presentan estos tipos de trastornos son muy superiores en comparación con otras psicopatologías (Swett y Noones, 1998; MacNair y Corazzini, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Además, los índices de renuncia en los tratamientos por consumo de cocaína son superiores a los de otras sustancias (Fishman, Reynolds y Riedel, 1999; Veach, Remley, Kippers y Sorg, 2000).

No existe un único componente aislado que pueda pronosticar la adherencia al tratamiento, sino múltiples causas en drogodependencias que influyen en la adherencia y en el abandono de tratamiento. Entre los cuales podemos citar: la falta de conciencia de enfermedad, el balance que realizan los pacientes entre los efectos positivos de acudir a tratamiento (mejoría de la salud en general) y los refuerzos positivos inmediatos del consumo de drogas, la calidad de vida percibida y la psicopatología asociada. Por todo ello deducimos que existe un infradiagnóstico sobre la presencia de patología dual. Es por esto que se debería tener presente la influencia de psicopatología en adictos, en concordancia a la adherencia al tratamiento (Roncero, Rodríguez-Cintas, Barral, Fuste, Daigre, Ramos-Quiroga y Casas, 2012).

En un estudio realizado con el objetivo de medir la vinculación y la adherencia al tratamiento desde el servicio ambulatorio específico de drogodependencias, en pacientes

remitidos desde urgencias de psiquiatría, se puso de manifiesto que si el paciente acudía a la primera visita, la posibilidad de retenerlos aumentaba considerablemente, con cifras que llegaban al 86,84% los que permanecían al menos un mes y el 52,63% los que llegaban a los doce meses. La dificultad radica entonces en que los pacientes asistan a la primera visita remitidos desde urgencias de psiquiatría en donde un gran número de los mismos desistían (Roncero et al., 2012).

Aunque en la presente investigación como criterio de exclusión están los pacientes con diagnóstico previo psiquiátrico, tenemos que hacer mención a un grupo de consumidores de drogas que además presentan lo que denominamos patología dual. Esta se definiría como la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por uso de sustancias (TUS). En unidades de ingreso de psiquiatría los pacientes con sintomatología psicótica y TUS figuran en un gran porcentaje. En España se estima que los trastornos afectivos son lo más frecuentes (21,6%), los trastornos de ansiedad (11,7%) y la sintomatología psicótica (3%), (Rocero, Gómez-Baeza, Vázquez, Terán, Szerman, Casas, Bobes, 2013).

Se debe considerar prioritario en estos pacientes mejorar los servicios asistenciales, ya que el uso de alcohol y otras drogas acarrearán consecuencias adversas como, por ejemplo: incumplimiento, reincidencia, suicidio, VIH, VHC, falta de recursos básicos, desempleo, problemas legales, etc. Como consecuencia, el lastre para la familia aumenta y demandan gran necesidad de recursos sociales, lo que relacionaría con que los pacientes duales muestran peor adherencia y desempeño del tratamiento y, por consiguiente, más recaídas, peor evolución, habituales visitas a urgencias y a otros tipos de prestaciones asistenciales. A modo de conclusión nos posicionamos en que el incumplimiento y la falta de adherencia están relacionados con la baja conciencia de

enfermedad, la presencia de efectos secundarios (en la utilización de fármacos), la falta de eficacia y las posologías complicadas. Por tanto, se deben utilizar fármacos con pocos efectos secundarios y de fácil manejo, en combinación con terapia psicoeducativa, técnicas motivacionales, psicoterapia individual y aumentar la formación de los clínicos; esto ayudaría previsiblemente a conseguir más adherencia y mejor desempeño del tratamiento (Rocero et al., 2013).

En la misma línea, el estudio llevado a cabo por Díaz-Morán y Fernández-Teruel (2013), en donde se evaluaba la efectividad de la intervención combinada de psicofármacos y terapia psicológica en comparación con la aplicación de estos dos tipos de terapia administrada de forma aislada; se llegó a la conclusión de que la combinación de fármacos y psicoterapia presentaban un mayor efecto terapéutico y de prevención de recaídas, aventajando en parte los inconvenientes que presentan estos dos tipos de tratamientos en su práctica individual. Lo cual se traduce en una mayor adherencia al tratamiento, ya que la recaída es la principal causa de abandono.

Para los adictos a las drogas, especialmente a la cocaína, la constancia en el tratamiento es uno de los problemas más importantes que se puede ver a través de las altas tasas de abandonos de los programas de tratamiento, en relación a otro tipo de trastornos (Swett y Noones, 1989; MacNair y Corazzini, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). A su vez, no solo presentan abandonos a las terapias, sino que también tienen menos adherencia a los tratamientos, sobre todo los individuos con adicción a la cocaína. Según el estudio de García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida, Carballo, Errasti Pérez y Al-Halabí Díaz (2007), la eficacia de los tratamientos en drogodependencias está muy ligada con la retención del paciente, ya que el abandono precoz origina una mayor probabilidad de recaída, al

contrario que cuando se mantiene en el mismo que se traduce en mejor pronóstico.

Como causas podemos encontrar diferentes variables tales como las características de personalidad del sujeto, los aspectos psicopatológicos, las variables sociodemográficas, incidencias legales, la historia y el patrón de consumo, y la motivación para el tratamiento (García-Rodríguez, et al., 2007). A su vez, al hablar del abandono del tratamiento, la impulsividad o la búsqueda de sensaciones parecen tener mucha influencia en ello. Es por esto que se han desarrollado diferentes estudios acerca de estrategias terapéuticas para incrementar la intensidad del programa, como la de Roberts y Nishimoto (1996), como sesiones individuales y en grupo o actividades familiares, y la llamada “tarea en casa”, que hacen posible la reducción de la posibilidad de abandono del tratamiento. En los programas de tratamiento de la adicción a la cocaína generalmente, se utiliza el manejo de grupos, ya que en ellos se aplica una amplia variedad de reforzadores, que hacen posible la reducción de la tasa de abandono. Por ejemplo, en algunos tratamientos para la cocaína se utilizan incentivos, donde los individuos ganan bonos por el no consumo y que luego pueden canjear por una amplia variedad de bienes y servicios. Según García-Rodríguez et al. (2007), la tasa de abandono global a los seis meses de tratamiento se situó en el 51,5%, cifra significativamente inferior a la media encontrada en otros estudios realizados en programas similares. A su vez estos investigadores manifestaron que la mayor tasa de abandono ocurre en las primeras semanas de tratamiento, generalmente son los casos que tienen peor pronóstico y la posibilidad de permanencia aumenta a medida que se avanza en el tratamiento.

Sin embargo, manifiestan también que, no existe relación entre las características particulares del paciente y la retención a los seis meses de tratamiento, salvo en los casos

psicopatológicos. Estos investigadores declaran que es de crucial relevancia el uso de incentivos a la hora de esperar una mayor adherencia al tratamiento y la posibilidad de una baja tasa de abandono y que, a su vez, estos dan la posibilidad de adaptarse a las condiciones naturales que impone un contexto real de atención comunitaria de cada país. Si bien su estudio está centrado en el efecto del uso de incentivos en el tratamiento ambulatorio de adicción a la cocaína, podemos apreciar el efecto individual de cada uno de los pacientes tratados y sus causas de abandono, concluyendo que los incentivos proporcionan una estrategia eficaz para reducir el abandono y aumentar la adherencia al tratamiento.

Conforme a lo que pretendemos desarrollar en esta tesis sobre el campo de la prevención de las adicciones, más allá de la influencia de la Inteligencia Emocional, y concretamente en el apartado que nos ocupa sobre el concepto de adherencia, cabe mencionar el trabajo llevado a cabo por García del Castillo, García del Castillo-López y López-Sánchez (2014), en torno al proceso, a nivel teórico, de la adherencia en el ámbito preventivo. Utilizaron diferentes modelos y teorías psicosociales con suficiente influencia satisfactoria en la conducta de adherencia; en este caso, la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1982, 2001) y el Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente (1982,1984).

Es fundamental tener presente qué factores imposibilitan que una persona sea adherente, así, el concepto de no-adherencia lo podemos definir como el incumplimiento de las indicaciones terapéuticas que se le dan a un paciente, haya voluntariedad o no en dicho incumplimiento (Silva, Galeano y Correa, 2005). Para Ortiz y Ortiz (2007), la no-adherencia se puede producir en base a una serie de factores:

- Personales: Baja autoestima, no conciencia o ignorancia del problema, poca motivación, estados ansioso-depresivos, etc.

- Asistenciales: Tiene que ver con la satisfacción del sujeto con el servicio médico o terapéutico; de tal forma que cuando es alta aumenta la adherencia al tratamiento y al contrario cuando la satisfacción es baja.
- Terapéuticos: Parece que a mayor complejidad del tratamiento menor probabilidad de adherencia.

En consecuencia, la situación de no-adherencia no es continua ni estable, de tal forma que un sujeto puede tomar una medicación y no otra o puede modificar el cumplimiento del tratamiento en las diferentes áreas que lo contemplan (García del Castillo et al. 2014).

Desde la Teoría Social Cognitiva estos autores plantean que la ordenación de la adherencia preventiva consiste en la reciprocidad entre las variables de desarrollo intrínseco (motivación, inteligencia emocional, actitudes y percepción de riesgo) y la evaluación que la persona extraiga de su vulnerabilidad y eficacia percibida. Esta reciprocidad permitirá que aumente o disminuya la adherencia preventiva.

Desde el Modelo Transteórico en la adherencia preventiva los autores señalan las diferentes etapas que este modelo propone, a modo de resumen:

- Precontemplación: Sin conciencia de enfermedad o problema, nulo interés de llevar a cabo algún cambio que le aleje de situaciones de riesgo. Desconoce el devenir de la problemática con la cocaína.
- Contemplación: Aunque cuenta con suficiente asesoramiento, se muestra incapaz de abandonar situaciones de riesgo y asumir conductas de protección.
- Preparación: Comienza algunos comportamientos más saludables que le protege de situaciones de riesgo que todavía no termina de abandonar, pero que

poco a poco es más consciente.

- Acción: Fase muy importante en donde se consolida los factores de protección y se abandona los de riesgo.
- Mantenimiento: Última fase en la que se asegura las conductas de protección y se conservan a lo largo del tiempo.

A la hora de configurar la adherencia preventiva hay que tener presente aspectos que promuevan la adquisición o el cambio de comportamiento como el control de estímulos, la autoevaluación o el apoyo social y familiar. Por otro lado, en el periodo valorativo de la composición de la adherencia preventiva tendremos en cuenta componentes como la autoeficacia percibida, los procesos de decisión, las emociones positivas y/o negativas y la falta de control de impulsos (Prochaska y Velicer, 1997).

Como reflexiones finales a este trabajo sobre la adherencia preventiva, comentar que esta debe incluir dos propuestas concretas; una situada en el plano intencional, que nos permita comprobar qué cantidad de propuestas y estrategias preventivas se han cumplido de las proporcionadas; otra, referente a los resultados logrados en el seguimiento de los programas (García del Castillo et al., 2014)

Para estos autores la adherencia preventiva debe estar dirigida sobre todo hacia conductas de mantenimiento de la salud, donde se incluyan de manera ineludible estas indicaciones: que los programas de prevención de drogas consideren esta variable; que la baja credibilidad de las estrategias preventivas, tendrán una adherencia débil; que las propuestas a la hora de favorecer los cambios en el estilo de vida han de ser prácticas; y que, una baja percepción de riesgo al consumo resulta contradictorio con la proposición de adherencia preventiva.

Otros autores refieren que si se aumenta las creencias de control, la autoeficacia percibida y la capacidad de autorregulación, existe mayor posibilidad de que aumente la adherencia (Sherman y Koelmeyer, 2012). Además, incrementando la motivación y haciendo hincapié en la modificación de las conductas de riesgo, mejorando el estilo de vida y la satisfacción de necesidades con la participación activa de la población objeto, se puede lograr mayor adherencia preventiva (Jiménez, 2014).

A la conclusión que finalmente se llega es que esta variable puede ser de gran ayuda en la evaluación de los programas así como en intervenciones preventivas, por lo tanto, debería incorporarse con el propósito de ser más objetivos en el momento de medir los resultados finales de las aplicaciones. Así, una evaluación preventiva no se considerará completa si no tenemos la seguridad de que los cambios producidos en el comportamiento, si los hubiere, son atribuidos al proyecto administrado, esto pasa por saber si se han cumplido con las recomendaciones e indicaciones establecidas en tal proyecto, concretamente, si ha sido adherente (García del Castillo et al. 2014).

1.6. Resiliencia y drogas.

El término resiliencia proviene del área de la física, se utiliza para indicar la capacidad que posee un cuerpo para recuperar su estado primario después de haber sufrido diferentes tipos de fuerzas y agresiones. Fue entonces recuperado y utilizado en el campo de las ciencias sociales y del comportamiento, popularizándose como la forma de explicar la aptitud de algunas personas para sobreponerse a los diferentes tipos de desafíos amenazantes. Resiliencia no significa crear resistencia ni aislamiento ante situaciones de estrés, sino más bien a la capacidad de enfrentarse a emergencias y salir reforzado (Luthar, 1991; Garmezy, 1991; Masten, Best y Garmezy, 1990; Rutter, 1985;

Werner y Smith, 1982).

El trabajo llevado a cabo por Omar et al. (2011), define la resiliencia como la capacidad que tiene el sujeto de salir reforzado ante una desgracia. Esta capacidad es progresiva e influenciada por factores de protección, tanto personales como socio-familiares. El estudio se encaminó al desarrollo de un modelo explicativo de la resiliencia en jóvenes y adolescentes; utilizando variables con reconocidas bases teóricas o empíricas publicadas, desde el pensamiento teórico de la Psicología Positiva: optimismo, sentido del humor, emociones positivas, bienestar e inteligencia emocional. Todas ellas demostraron la influencia positiva, en mayor o menor medida, que poseen sobre la resiliencia.

En diversas investigaciones se han apreciado un importante número de características y medios que pueden influir en la ayuda contra los peligros del uso de drogas, a nivel individual, amigos, escuela, o la comunidad; favoreciendo incluso el bienestar psicológico (Panadero y Muñoz, 2014; Sánchez y Barrón, 2003). Entre estos medios se encuentran la autoestima, entendida como el análisis que el sujeto hace de sí mismo. Expresa una actitud de aceptación o repulsa de sí mismo y abarca el “autojuicio” en relación a la capacitación y validez, afectando a la forma en el que el individuo se desenvuelve en las diferentes áreas de su vida (Avanci, Assis, Santos y Oliveira, 2007; Buelga, Cava y Musitu, 2012). Además de la autoestima aparecen el apoyo social, la inteligencia emocional, el autocontrol, el bienestar subjetivo, entre otros, como aspectos que podrían influir en la resiliencia.

De esta forma la resiliencia puede entenderse como la capacidad de reponerse y mantener un comportamiento adaptativo después de sufrir un estrés fuerte o experiencia traumática. Se refiere también al procedimiento de superar los efectos negativos cuando

el sujeto se expone al riesgo y afrontar con garantía las experiencias dolorosas. Todo esto centrándose más en las fortalezas de la persona que en los déficit, como apunta la psicología positiva (Fergus y Zimmerman, 2005).

La resiliencia podría bien definirse como la fortaleza psicológica que se manifiesta mayormente ante situaciones de crisis. Lo cierto es que estas problemáticas se pueden percibir de dos formas: como peligro o como oportunidad. No obstante, dentro de estas situaciones de crisis están implícitas las siguientes clasificaciones:

1. “Flexibilidad, que es la capacidad personal para adecuarse a los cambios.
2. Cualidades básicas de la personalidad.
3. Identidad, que consiste en la percepción adecuada de las limitaciones y fortalezas individuales.
4. Individuación consistente en una clara visualización de quién es quién, sabiendo quién va a cooperar o a limitar.
5. Discriminación o capacidad de diferenciación de riesgos y peligros.
6. Integración que implica la coherencia y equilibrio entre el afecto, el pensamiento y la acción.
7. Reforzamiento de las habilidades sociales.
8. Sentido de vida, considerada con claridad, coherencia y concreción de los objetivos de vida centrales.
9. Fortaleza psicológica ante nuestra situación de crisis masivas”. (Saucedo, 2003, 2).

En ese sentido, Saucedo (2003) afirma que una conducta singular expuesta por un individuo, forma parte de una serie de otras interacciones que ocurren dentro del sistema

familiar donde él se desenvuelve. El síntoma, puede tener sus orígenes en aspectos específicos de sí mismo o en el tejido del sistema familiar; sostiene que la droga es un síntoma, que se transforma en una sucesión con otros miembros significativos del sistema. A su vez el sistema utiliza al paciente sintomático para mantener oculto el conflicto familiar profundo y desvía la atención hacia el paciente identificado.

Por lo tanto, una familia sana sería aquella que se basa en una estructura flexible; pero hay que dejar claro que la disfunción familiar no surge con la aparición del consumo. La adicción a la cocaína, por ejemplo, se genera en el seno de una familia donde se constituyen situaciones conflictivas no resueltas y, por ende, esto produce estados de tensión que afectan a la armonía y estructura familiar. Con lo cual, una familia disfuncional tiende a “favorecer” el problema de la adicción y hace que el consumidor de drogas perciba a estas sustancias como una “fuerza todopoderosa” difícil de resistir.

En este sentido, la resiliencia actuaría de equilibrio entre factores de riesgo, factores protectores y la personalidad del sujeto adicto. En conclusión, los pilares de la resiliencia son:

- Introspección.
- Independencia.
- Capacidad de relacionarse.
- Iniciativa
- Humor.
- Creatividad.
- Moralidad.
- Autoestima.

Podemos decir que entendemos por resiliencia la disposición que un sujeto posee para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al comenzarse un evento estresante (Garmezy, 1991). Garmezy (1993), considera que existen tres factores fundamentales en una situación estresante: por un lado referente al individuo el temperamento y los atributos de la personalidad y, como segundo factor, que se encuentra situado dentro el entorno familiar, como problemas de falta de roles parentales asumidos por otros miembros de la familia. Como tercer y último factor, vemos la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, tanto como un tutor externo al núcleo familiar, o una institución que ofrece apoyo. Así se puede comprobar cómo la resiliencia se configura como un rasgo innato a la personalidad del individuo, que le hace posible una mejor adaptación a la vida (Masten, 1999).

De esta forma, nos atrevemos a decir que el concepto de resiliencia está relacionado con los factores de riesgo y protección, aunque también hablemos de esta como la forma que una persona tiene de afrontar una situación adversa y cómo esta le puede llegar a afectar, incluso llegando a salir fortalecido en algunas ocasiones. Por tanto, la resiliencia tiene que ver con la autonomía, la inteligencia e incluso con las habilidades sociales (Becoña, 2007).

Centrándose en los individuos que consumen drogas, la resiliencia funciona como un mecanismo de protección frente a estas situaciones de riesgo, tratando de evitar el desarrollo de conductas problema (Fergus y Zimmerman, 2005). Señalamos entonces que, a partir de varios estudios que se han realizado en relación a la resiliencia y el consumo de drogas, cuanto mayor es la resiliencia menor es el consumo, pudiendo

comprobar cómo la resiliencia cumple un papel fundamental para facilitar el trabajo en el tratamiento y la prevención de las adicciones. Según un estudio cualitativo realizado por Waller, Okamoto, Miles y Hurdle (2003), donde se analizó el peso del contexto cultural de la resiliencia y el consumo de drogas en adolescentes indios norteamericanos que viven en sus reservas, se encontraron que los factores de riesgo y protección están acordes al consumo por el individuo y la situación que los rodea y los conduce a ello.

Se concluye que frente a la prevención del consumo es necesario potenciar y reforzar los factores de protección y disminuir los riesgos, siempre teniendo en cuenta el contexto cultural del individuo que va a tener un fuerte peso en su consumo.

Observamos también cómo la mayor resiliencia se da en contextos en los que la adversidad no se presenta intensivamente, mientras que se dan más casos de adicciones a drogas, y a su vez de externalización e internalización de problemáticas, en situaciones donde los individuos se encuentran ante la adversidad, sin contar con el apoyo familiar y/o externo y las propias capacidades del individuo para poder enfrentar las situaciones (Fergusson y Horwood, 2003). Sin embargo, también podemos concluir que aquellos individuos con mayor resiliencia pueden afrontar las situaciones de adversidad, dejando de lado las adicciones como respuesta resolutiva a sus problemas, ya que encuentran otros métodos para enfrentar su vida y adaptarse a los cambios.

Esto mismo que acabamos de exponer, y que se concluye en diferentes investigaciones, es el mismo resultado que encontraron Becoña, López, Míguez y Fernández (2006), en una investigación realizada en España, donde analizaron la relación entre la resiliencia y el consumo de cocaína. Encontraron que los individuos con mayor resiliencia son aquellos que tenían menor consumo de cocaína, tanto referido a probarla alguna vez en la vida, como en haberla consumido en los últimos 6 meses.

1.7. Apoyo social: el contexto socio-familiar del individuo

El apoyo social puede definirse como la consecución de ciertos recursos sociales que el medio le proporciona al individuo, que puede hacer uso en caso de que los necesite, y que ayuda a disminuir el impacto del estrés (Pierce, Sarason y Sarason, 1996; Wills y Fegan, 2001).

Existen numerosos estudios que confirman que el apoyo social, tanto en lo referente al tamaño del tejido social, como a la satisfacción con los contactos sociales recibidos, está positivamente relacionado con un mayor bienestar, mejor salud mental o menores niveles de ansiedad y psicopatologías (Cohen y Symen, 1985; Schwarzer y Leppin, 1995; Wills y Fegan, 2001). De esta forma, el apoyo social posee una función determinante en el afrontamiento positivo y saludable de las personas (Barrón y Chacón, 1992; Stroebe y Stroebe, 1996). Se han descubierto claras evidencias sobre la labor mediadora del apoyo social en las relaciones entre diferencias individuales y su influencia en la estabilización y desestabilización psicológica (Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley y Baum, 2001; Newsom y Schulz, 1996; Trunzo y Pinto, 2003). Por todo esto, planteamos que el apoyo social, entendido como la cantidad de apoyo recibido así como la calidad y/o satisfacción con la ayuda en caso de necesidad, sería un dispositivo intercesor explicativo de las relaciones entre inteligencia emocional (IE) y bienestar. De tal forma que, a mayor IE mayor posibilidad tendrían las personas de construir, conservar y confiar más en sus tejidos sociales, redundando positivamente sobre el bienestar personal en general (Salovey, Bedell, Detweiller y Mayer, 1999).

La familia en la cual se forma el individuo, es considerada como la entidad básica de salud y debe ejercer una educación con normas y límites, desempeñando una

“autoridad afectiva”, participativa y consecuente. Es lugar idóneo desde donde ha de partir los factores de protección (Castellano, 2005). De esta manera se convierte en el primer medio de socialización del niño y adolescente, en donde se encuentran los prototipos a seguir a través de la educación, la observación del comportamiento de los padres y la manera de relacionarse existente en el núcleo familiar con otros grupos. Esto ocurre aunque el vínculo con los padres sea incluso escaso (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

El acompañamiento y orientación familiar es fundamental durante todo el tratamiento y se establece como uno de sus pilares. La idea es que familiares y amigos colaboren en el proceso de recuperación del adicto a la cocaína, actuando de contención para que el paciente pueda experimentar una nueva relación.

No obstante, según Caballero Martínez (2005) a mayor nivel de dependencia a la cocaína mayor gravedad en las complicaciones psíquicas y sociales. Siendo las complicaciones sociales más relevantes las del orden familiar. Por lo tanto, la mayoría de los dependientes a la cocaína presenta algún tipo de alteración social.

En este sentido, con respecto al apoyo social, en la mayoría de los casos la presión familiar es la principal motivación para comenzar el tratamiento, esto coincide con el hecho de que la complicación más frecuente que deben afrontar los adictos a esta sustancia es la familiar.

Pascual y col. (2001, 194) señalan que son necesarios “servicios psiquiátricos, sociales y de ayuda a la drogadicción además de la atención a aspectos familiares y de prevención de recaídas y aun así las tasas de éxito terapéutico son menores de las deseadas”. El autor señala que siempre que las circunstancias lo permitan, es conveniente que el paciente adicto a la cocaína realice un tratamiento basado en la

psicoterapia de grupo junto con el apoyo familiar o de pareja más el test de drogas.

Por lo tanto, en un alto porcentaje de casos la presión familiar es la vía de entrada al tratamiento; con lo cual los consumidores de estas sustancias que asisten a tratamientos no presentan motivación propia ni suficiente para tratarse (Pascual et al, 2001).

Sin embargo, la intervención de la familia en el tratamiento de la adicción a la cocaína depende de la edad y de tipo de convivencia del cocainómano (Spitz y Spitz, 1990). Lo cierto es que la inclusión de familiares u otros allegados en el tratamiento parecería ser el motor impulsor para obtener mejores resultados en lo que respecta a la abstinencia de la droga (Higgins y cols., 1994).

Cuadro 1.3. Clasificación de las familias de cocainómanos e indicación Terapéutica

Tipo de familia	Características	Indicación terapéutica
Funcional	Equilibrio sin conflicto abierto o permanente	Psicoeducación, tratamiento cognitivo conductual
Agglutinadas	Reactivas, dramáticas, algo riesgo de caída	Terapia familiar con familia propia o de origen
Desintegradas	Muy deteriorada, relaciones parciales	¿Reconectar? No indicación
Ausentes	Escasa o nula conexión familiar	No indicación

Kaufman, 1995

Por otro lado, se observa que habitualmente los consumidores de cocaína en tratamiento acuden a éste ya constituidos fuera de la familia de origen y mantienen relaciones de parejas irregulares, con lo cual estos factores son claves para la evolución del tratamiento.

1.8. Autoeficacia y adicción

Desde una perspectiva holística, la salud y la enfermedad son el producto de factores biológicos, sociales y psicológicos. Engel (1987) decía que a mayor nivel de autoeficacia mayor control de numerosas patologías y procesos adictivos. Por lo tanto, según Sánchez Hervás et al (2004, 163) “la autoeficacia es un juicio auto-referido de la capacidad para llevar a cabo una conducta o acción concreta, que influye en la elección, la consecución y el mantenimiento de hábitos saludables. Los juicios de capacidad o autoeficacia no tienen sentido si el individuo no los refiere a una circunstancia concreta en la que llevar a cabo una determinada conducta”.

La autoeficacia se refiere a la perspectiva que tiene un sujeto en cuanto a la capacidad de éxito para resistir el impulso ante una conducta específica; por ejemplo, consumo de alguna sustancia, cuando se encuentra expuesta a situaciones asociadas a dicha conducta (Morales, Díaz Garrido y Pascual, 2011). Estos autores llevaron a cabo un estudio para verificar la relación existente entre la autoeficacia y las tentaciones en el consumo de tabaco en estudiantes universitarios. Establecieron tres grupos; fumadores diario, fumadores ocasionales y ex fumadores. Los resultados confirmaron que variables cognitivas como la autoeficacia varía en función del grupo al que pertenecían; concluyendo que, el grupo de exfumadores eran los que más autoeficaces se percibían, siendo esta percepción un refuerzo para mantenerse abstinentes, a pesar de sentirse

incluso más tentados. Este trabajo, aunque para fumadores, puede perfectamente extrapolarse a consumidores de cocaína.

Existe relación negativa y relevante entre la autoeficacia percibida y el consumo de alcohol, frecuencia y cantidad, consumo dependiente y consumo perjudicial. De esto se puede establecer que, a menor autoeficacia mayor probabilidad de ingesta de drogas, llegando a la conclusión de que la autoeficacia percibida es el aspecto con mayor relevancia y resulta ser la más efectiva en el control de las adicciones (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Muraira, 2012).

Particularmente, en lo que respecta a las conductas adictivas, la autoeficacia podría considerarse como el nivel de autoconfianza que tienen los sujetos adictos a la cocaína u otra droga para lograr y mantener la abstinencia en diversas situaciones de oportunidades para el consumo. Varios estudios ya han comprobado que la autoeficacia cumple un papel esencial en la adopción de conductas saludables, influyendo en dos niveles: “en un primer nivel o básico, mediante el juicio de capacidad de las personas para enfrentarse a las diversas circunstancias de la vida, por medio de diversos mecanismos bioquímicos que son virtualmente mediadores de los estados de salud o enfermedad, y en un segundo nivel, la autoeficacia puede ejercer un control directo de las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud” (Sánchez Hervás et al., 2004, 161).

Por esta razón, cabe destacar que una persona expuesta a situaciones de tensión no responde de igual manera antes y después de haber adquirido un determinado grado de autoeficacia, de esta forma, los resultados de los actos también son diferentes. A nivel fisiológico, podemos decir que un sujeto estresado sin la capacidad suficiente de afrontamiento, desarrolla la activación del sistema nervioso autónomo y opiáceo

endógeno, y la expulsión de catecolamina; esto produce un aumento de las cantidades de corticoides: responsables de empeorar la inmunidad celular y humoral; en consecuencia, estamos más susceptibles a enfermar.

Con respecto a la drogodependencia, el término de autoeficacia está cobrando cada vez mayor interés en la prevención y tratamiento de las diferentes adicciones a las drogas.

Prochaska y Diclemente (1984, 163), aplicaron la teoría de autoeficacia de Bandura a las conductas adictivas del ser humano. Así, los autores señalan que “las evaluaciones de la autoeficacia influyen en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y la conducta ejecutada. A lo largo de los estadios de cambio se encuentra una variación significativa de las puntuaciones de eficacia, y son los precontempladores los que refieren los niveles más bajos de eficacia, y los mantenedores más altos. En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la magnitud de la tentación, este nivel se reduce en el estadio de contemplación. A medida que los individuos entran en el estadio de actuación, el equilibrio entre la tentación y la eficacia se va haciendo más precario, ya que la eficacia aumenta drásticamente y la tentación disminuye de forma gradual. En el mantenimiento, se invierte el patrón de la pre contemplación y la tentación disminuye totalmente, mientras que la eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada”.

La utilización de la autoeficacia como herramienta para los diferentes problemas por abuso de drogas, contribuye a que el paciente puede realizar su propio juicio de capacidad a fin de que el sujeto colabore con el tratamiento de una forma más activa y efectiva para solucionar el problema de las adicciones.

Las expectativas de autoeficacia en la adicción están sujetas a cada persona y

conducta en particular y varía en distintas dimensiones: magnitud, fuerza y generalidad. Estas no son generalizables a las distintas situaciones humanas y, por lo tanto, la importancia de las posibilidades de autoeficacia reside en que demuestran ser capaces de predecir las alteraciones o movimientos en los estadios, en especial en los estadios de contemplación y acción (Sánchez Hervás et al, 2004).

Siguiendo con la investigación realizada por Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno (2000), nos atrevemos a reiterar que la autoeficacia es un concepto construido globalmente que se refiere a la creencia permanente de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de angustias de la vida cotidiana. En su trabajo, estos investigadores establecieron un cuestionario que consta de 10 ítems con una escala del tipo Lickert de cuatro puntos (De acuerdo, Muy de acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo), aplicándola a una muestra de 259 estudiantes universitarios españoles, aportando como resultado diferentes índices que sirven para entender el nivel de autoeficacia del muestreo realizado. De los resultados se ha obtenido la correlación de la escala con respecto a la solución de tareas de los individuos y la percepción de control sobre sus acciones. También, es importante resaltar, la relación que surge entre el estilo de afrontamiento frente a la vida de los diferentes individuos; es decir, en relación a la red que se establece entre la tarea a realizar y la emoción, a través de lo que ellos denominan “análisis de regresión” (Sanjuán Suárez et al., 2000). Esto nos parece relevante para nuestra investigación, ya que nos ofrece un índice preciso acerca de la relación entre lo que establecemos como “inteligencia emocional” y las adicciones, en especial la cocaína que es la que estamos tratando.

Por otro lado, el concepto de perspectiva de autoeficacia, según Bandura (1977 y

1992) establece la relación entre el sentimiento de confianza de un individuo y sus capacidades para manejar los cambios y situaciones en su vida, es decir la confianza en su propio manejo. Así marcan una diferencia con la llamada “expectativa de resultado” que son las percepciones de las posibles consecuencias de la acción del individuo.

La probabilidad de autoeficacia a la que hacemos referencia puede manifestarse mediante influencia, tanto en los pensamientos como en las acciones y los sentimientos, y a partir de esto podemos establecer que aquellos individuos que poseen pocas expectativas de esta índole son propensos a manifestar baja autoestima y sentimientos negativos acerca de su propia capacidad. La percepción de autoeficacia, en cuanto a los pensamientos, hace posible las cogniciones sobre las propias habilidades del individuo, consiguiendo que estos pensamientos funcionen como “motivadores de la acción” (Sanjuán Suárez et al. 2000). Para la acción este tipo de autoeficacia hace que las personas que se sienten más eficaces busquen tareas que los desafíen, intentando establecer para ellos metas ambiciosas y generalmente son muy perseverantes en su accionar.

Según Sanjuán Suárez et al. (2000), al hablar de autoeficacia se hace referencia concreta a aquella eficacia percibida para una situación específica, aunque en muchos casos se puede hablar de ella en un sentido mucho más amplio, como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana.

Así, podemos ver como esta escala que obtenemos a partir de dicha encuesta evalúa el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes, Sanjuán Suárez et al., (2000); mediante la

Escala de Autoeficacia General que establecieron Baessler y Schwarzer (1996).

Esta escala muestra una amplia capacidad predictiva, es posible que se aplique a investigaciones acerca del rendimiento, salud y distintas emociones, por la relación que establece con las variables y por la necesidad que surge en las investigaciones de disponer escalas de características psicométricas adecuadas y a su vez breves.

1.9. Recaída

Hervás y Gradolí (2003, 44), ponen de manifiesto que "la característica fundamental de los consumidores de cocaína es la facilidad con la que consiguen abandonar el consumo de la droga durante unos días, así como la alta frecuencia con que reinician el uso de la misma. Los precursores de estas características los encontramos en los efectos primarios de la cocaína sobre el ser humano a nivel emocional y orgánico-motor".

Por lo tanto, se podría afirmar que "la naturaleza crónica de la enfermedad" manifiesta que no sólo es factible la recaída en el abuso de sustancias adictivas, sino que también es posible tomando como referencia tasas de recaídas similares a las de otras patologías médicas crónicas como, por ejemplo, la diabetes, la presión arterial y el asma, las cuales también concentran componentes fisiológicos y conductuales. Por esta razón, en el tratamiento de patologías crónicas está inserto el cambio de comportamientos profundamente arraigados, con lo cual la recaída no significaría que el tratamiento ha fallado, sino que las recaídas en pacientes adictos a drogas indican que se debe iniciar de nuevo el tratamiento, o se lo debe ajustar, o es preciso adoptar un tratamiento alternativo.

En cuanto a la evolución del tratamiento, la tasa de abandono temprano de la

terapéutica de adicción a la cocaína es realmente alta y frecuente, y en la mayoría de los casos se debe a la recaída en el consumo de la droga. Y para ser más exactos, podemos referirnos (a modo de ejemplo) a la revisión que hace más de diez años realizaron Crits-Christoph y cols. (1999), quienes comprobaron que el porcentaje de recaída era del 60% de los cocainómanos al año siguiente de iniciar el tratamiento, tanto en programas ambulatorios como residenciales. Por lo tanto, a mayores situaciones problemáticas de índole psicosocial, médica y psiquiátrica acumuladas en un sujeto cocainómano, mayores barreras para el éxito del tratamiento.

De esta forma, las recaídas son un factor clave en el tratamiento ya que se las considera una “eventualidad” usual en el proceso de la adicción a la cocaína. Hay que tener en cuenta que durante los tratamientos ambulatorios los sujetos reciben más estímulos que disparan el “craving”, y por lo tanto, las facilidades de consumo de ésta u otra sustancia nunca son nulas por más que el control externo sea extremo.

No obstante, los cocainómanos con lapso de abstinencia breves están más predispuestos al consumo ya que pueden sufrir el episodio depresivo característico del síndrome de abstinencia y el inmediato recuerdo del efecto antidepresivo que origina la cocaína (Caballero Martínez, 2005).

En el manejo de las adicciones, la recaída es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician en un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de cocaína (Gurin, Veroff y Feld, 1960). Asimismo, se refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso.

Como dijimos, la recaída es un punto clave en el tratamiento de la adicción a la

cocaína, y es por esto que su tasa es tan alta, sobre todo en aquellos casos que solicitan dejar el tratamiento hospitalario, a partir de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa estructurado de prevención de recaídas.

Es ampliamente aceptado en estos momentos que las recaídas pueden ocurrir y de hecho, ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente; sin embargo, el porcentaje de adictos a la cocaína que se recuperan con éxito sin recaídas es muy bajo. Las recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo. La recaída es una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos.

El proceso de recaída ocurre en la persona que consume alcohol o drogas: todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido alcohol o drogas psicoactivas y de ninguna manera son externos a él. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su interior, en su personalidad.

Las maneras de desarrollarse la recaída pueden ser:

- a) Aguda, en el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas, tiempo en

adaptarse a la nueva vida, entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo hasta ese momento.

b) Crónica, los síntomas debilitantes van progresando de forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día.

Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) estudiaron la calidad de vida y auto percepción de salud en adictos a heroína en tratamiento con metadona, en 64 sujetos y 45 familiares desde enero de 1992 hasta mayo de 1993. Así, establecieron unas medidas de bienestar general, estado de salud percibido y calidad de vida para valorar dichos cambios. Encontraron cambios sustanciales en dirección positiva (bienestar general en las actividades diarias, ambiente general en casa, etc.) en los primeros seis meses de tratamiento, que aumentan ligeramente en los posteriores meses de tratamiento y que se mantuvieron en el tiempo.

Trujols, Tejero y Casas (1996) refieren que en el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída de los pacientes ya desintoxicados constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. Asimismo, señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas en los hábitos tóxicos generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapeutas y en la propia dinámica asistencial.

Graham (1999) evaluó la relación entre bienestar psicológico y uso de sustancias, examinando 51 sujetos que usan droga y 90 sólo alcohol, el análisis de correlación señaló que: (a) el uso de drogas fue el principal factor asociado con pobre status de

bienestar psicosocial y (b) el pobre bienestar psicosocial fue esencialmente una consecuencia antes que un precursor de uso de droga.

De esta manera podemos afirmar que la recaída siempre es una elección consciente y deliberada que la persona realizó para usar nuevamente drogas. No consumir drogas debe ser el primer paso que la persona adicta debe trazarse en su plan de recuperación y el segundo paso, aprender a vivir adecuadamente y bien sin estas sustancias, llevando al sujeto a que trabaje permanentemente en su personalidad. Es por ello que la calidad de vida debe incorporarse decididamente en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo por su condición de crítico problema de salud pública y el rol que tendría en la rehabilitación del adicto. Permitiendo articular lo individual y lo social, ya que establece conexiones inexcusables entre el bienestar psicológico y las dinámicas psicosociales.

Los factores y variables que se han identificado con más claridad que pueden predecir una recaída son: los problemas psicosociales, los estados emocionales negativos, la ansiedad, la autoeficacia, la comorbilidad psicopatológica, la severidad adictiva y algunas otras variables relacionadas con el proceso de tratamiento. Parece ser que, en general, la recaída supone un importante desafío en el tratamiento de cualquier trastorno de la conducta, incluyendo el trastorno relacionado con el consumo de drogas (Sánchez-Hervás, Llorente Del Pozo, 2012).

Un estudio llevado a cabo por Grau-López, Roncero, Daigre, Gonzalvo, Bachiller, Rodríguez-Cintas, Egido, Casas (2012); en donde se pretendía comparar las características entre los pacientes que recaen en consumo de sustancias y los que permanecen abstinentes a los seis meses de seguimiento tras haber cumplido la fase de desintoxicación hospitalaria. Se consideró recaída el reinicio de consumo objeto de

ingreso. El trabajo arrojó los siguientes resultados: el 72% recayeron a los 6 meses; de los cuales ocupaban el primer lugar los adictos a la heroína con un 91%, seguidos de policonsumidores 71%, pacientes que consumían justo antes de ingresar a modo de despedida 61,5%, comorbilidad médica 44,9%, trastornos afectivos comórbidos 19,5%. La conclusión a la que se llegó es que los adictos en desintoxicación por heroína y/o el consumo compulsivo previo al ingreso mostraron mayor índice de recaída.

1.9.1. Recaídas asociadas al craving

No hay dudas, que las recaídas en adictos a las drogas están asociadas con el concepto de craving, en el que el paciente experimenta un estado emocional y motivacional de sentimientos de deseo y necesidad de consumo de drogas (Pérez de los Cobos et al., 2011; Preston et al., 2009). En este caso, éste representaría el deseo irrefrenable de consumir sustancias psicoactivas. Los pacientes con nivel alto de craving, que lo mitigan con consumo de sustancias antes del ingreso hospitalario para desintoxicación, presentan peor pronóstico de su drogadicción (Rosenberg, 2009).

La realización del deseo se alcanzaría con el consumo, el medio de conseguirlo sería el acto consumatorio. El impulso se conceptualiza como la consecuencia instrumental del craving, la intención conductual para verse envuelto en una conducta consumidora establecida (Sánchez Hervás, 2001). Por último, el objetivo final del impulso es disminuir el estado que lo ha inducido (craving).

Hay que tener en cuenta, que los craving y los impulsos por el consumo suelen ser automáticos y hasta incluso pueden ser “autónomos”. ¿Esto qué significa? Que por más esfuerzo que ponga la persona, posiblemente le cueste desarraigarse de los mismos, puesto que no se suprimen fácilmente.

Con estas características, resulta fundamental abordar el tema del craving durante el tratamiento de los sujetos drogodependientes. Asimismo, es preciso tener en cuenta que los craving por el consumo de cocaína u otra droga son normalmente los causantes del abandono del tratamiento y los responsables de las recaídas en el consumo después de extensos períodos de abstinencia, dado que tienen la particularidad de resurgir durante y después del tratamiento.

Si bien existen algunas diferencias con respecto al concepto del craving, es posible hallar una serie de elementos comunes entre los distintos posicionamientos:

1. “El deseo o craving a drogas forma parte de la adicción.
2. El deseo se intensifica si el individuo recibe el impacto de señales asociadas al consumo de drogas.
3. Es fundamental enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y manejar sus deseos y observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo”. (Sánchez Hervás, 2001, 238)

1.9.2. Postura de los terapeutas ante recaídas

Sánchez Hervás, Gradolí y Morales (2004) señalan que las repercusiones del suceso de la recaída son manifiestas y comprende una amplia visión. Cabe citar que los procesos de recaída son motivos de desconcierto por parte del propio adicto, porque la mayoría de las veces se trata de un fenómeno que le sobrepasa y que escapa a su propio control. Resulta también motivo de desespero familiar y social, dado que no se entiende por qué se producen, así como motivo de frustración por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la clínica de conductas adictivas.

Sin embargo, en el tratamiento de cualquier tipo de adicciones, las posturas de los profesionales ante las recaídas han cambiado significativamente desde la exigencia de abstinencia a los participantes del tratamiento y a los cuestionamientos de la formulación de la hipótesis de los avances del cambio, en el que las recaídas se contemplan como algo tan natural que suceda, que se consideran como un eslabón más en el tratamiento de las adicciones. Por lo tanto, los expertos coinciden en que las conductas de recaídas sólo serían consideradas atípicas, si la frecuencia de incumplimiento de la conducta humana fuera del nivel de tasa que es.

1.9.3. Qué es el Modelo de Prevención de Recaídas

En cuanto al tratamiento en sí mismo, el modelo de la Prevención de Recaídas (PR) es uno de los modelos de abordaje y tratamiento que actualmente se utilizan para tratar al adicto a la cocaína. Este modelo fue desarrollado por Marlat y Gordon, (1985) y Annis y Litman,(1986).

Esta escuela de PR tiene el concepto general de que el reinicio en el consumo de una droga psicoactiva depende del grado de estrés o amenaza a la que el paciente se enfrenta, de la expectativa del uso de la sustancia como una respuesta de afrontamiento factible y la disponibilidad de respuestas alternativas de afrontamiento.

El empleo de la prevención de recaídas en consumidores que abusan de la cocaína posee una serie de características particulares que, según los autores, puede resumirse de la siguiente manera:

- “En el tratamiento de cocaína hay mayor prevalencia de las acciones impulsivas, por pérdida del control de impulsos como causa de recaídas.

- Hay un aumento de los niveles de ansiedad fisiológica y sobre todo cognitiva como factores precipitantes de caída, con respecto a las demás adicciones; generados por la mayor capacidad de refuerzo de la cocaína.
- Los estados de ánimo anhedónicos, la mayor disponibilidad de droga y la tentación por los estímulos externos-internos se presentan, como los mejores predictores de recaída.
- La ansiedad verbalizada y cortical representan buenos predictores tempranos eficaces de estados de impulso límbicos adquiridos, que ocasionan caídas”. (Sánchez Hervás et al. 2003, 46).

Así, al considerar estos factores, los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) como lo es en particular, este modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección.

Este modelo de Prevención de recaídas es un “paquete de tratamiento” que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales, tales como la identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, el autorregistro y el análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (lapsus) y el entrenamiento en solución de problemas. Sin embargo, se debe reconocer que en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática; sino que, más bien, se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y

componentes bien diferenciados. A pesar de esto, en las revisiones realizadas para evaluar la eficacia de este procedimiento, sólo se incluyen aquellos estudios que evalúan un tratamiento definido como prevención de recaídas o que invocan explícitamente el modelo de Marlatt y Gordon (1985).

A su vez, podemos decir que este modelo es mucho más eficaz en el tratamiento del alcoholismo, que en el consumo de cocaína. Sin embargo, tienen muchos resultados positivos para el tratamiento.

1.9.4. Recaídas y Calidad de vida: Posibles causas

La calidad de vida está asociada a un gran abanico de conocimientos llenos de connotaciones positivas para cada persona que piensa en ella: vivir bien, estar bien, tener buen nivel de vida, tener bienestar, estar satisfecho, ser feliz e incluso hay quien lo asocia con una vida más o menos lujosa, confortable, adinerada, etc. (Anicama, Mayorga y Henostroza, 2001). El estudio acerca de la calidad de vida en ésta área, tiene una larga historia y de ellos nace una relación entre el concepto de calidad de vida y la experiencia personal vivida por los ciudadanos. Así se introducen las percepciones, las aspiraciones, las necesidades y representaciones sociales que tiene cada individuo, de acuerdo con el entorno en el que viven. Añade también los conceptos de salud y con esto las patologías tales como la depresión, la ansiedad, los problemas psicosociales, bienestar psicológico y problemas relacionados con el ámbito toxicológico. Los resultados de esta investigación sugieren que la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con el nivel de sintomatología que presente el sujeto y en menor medida con los años de consumo de drogas. De esta forma, la visión que establece Carpio (2000) es que la calidad de vida está íntimamente relacionada con la prevención de la enfermedad,

adherencia a tratamientos, prevención de accidentes, protección de ambientes físicos, preservación de ambientes sociales, promoción de interacciones sociales en los ámbitos familiares y de pareja, así como la promoción de cambios benéficos para la comunidad.

Para Anicama et al. (2001) la recaída es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de cocaína. Sin embargo, es difícil establecer el punto exacto donde comienza la recaída, aunque siempre existe un factor o un cambio que inicia el proceso. En el caso de los adictos a la cocaína, nos encontramos con una alta tasa de recaídas y que en muchos casos presentan una sensación de seguridad aunque no real, ya que han permanecido aislados y solicitan el tratamiento ambulatorio que luego los conducirá al consumo nuevamente. Pero viéndolo desde otro punto de vista, la recaída sirve para que el individuo con adicción tome conciencia de su situación y que sea un factor importante de su adherencia y permanencia en el tratamiento. A su vez, esta representa una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son inconclusos y, de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos (Anicama et al. 2001). Es así como estos investigadores manifiestan que el concepto de calidad de vida hace posible que sea un incentivo para el tratamiento y para tratar de contrarrestar la posible recaída, consiguiendo que después de unos meses de tratamiento el individuo establezca unas medidas de bienestar general, estado de salud percibido y calidad de vida para valorar dichos cambios, viendo cambios positivos en su vida que le sirven de incentivo. Estos autores establecen que la calidad de vida debe incorporarse decididamente en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo por su condición de problemática en la salud pública y el rol que tendría en la recuperación del

adicto.

1.10. La inteligencia emocional

La palabra inteligencia proviene del latín intellegere, término compuesto de inter “entre” y legere “leer, escoger”, por lo que, etimológicamente, inteligente es quien sabe escoger. La inteligencia permite elegir las mejores opciones para resolver una situación. Es la capacidad de entender, asimilar, elaborar información y utilizarla para resolver problemas. Entre otras acepciones, la inteligencia es la capacidad para entender o comprender, la capacidad para resolver problemas (Real Academia Española, 2001).

Como se puede observar en el cuadro 1.4, para Goleman (1995) todas las personas presentan dos mentes, una que piensa y otra mente que siente, ambas formas de conocimiento interactúa para construir nuestra estructura mental. Para la mente racional; es decir, la que piensa, nos hace ser conscientes de las cosas, es más despierta, más pensativa, más capaz de determinar el peso o el valor de algo y de reflexión. Por otro lado, la mente emocional resulta más impulsiva y potente. La mente racional y la mente emocional, en su mayor parte del tiempo, no se contraponen, sino que colaboran entre sí, entrecruzando sus distintas formas de conocimiento para conducirnos adecuadamente a través de nuestra vida. Puede ocurrir que en muchas ocasiones estas mentes estén perfectamente coordinadas, dada la importancia de los sentimientos sobre los pensamientos y al contrario. Cuando esto ocurre el individuo observa cómo su proyecto de vida se construye de forma satisfactoria. Las pasiones pueden romper ese equilibrio y es entonces cuando la mente emocional desborda y se apodera de la mente racional.

Cuadro 1.4. Características de la mente emocional y la mente racional según Goleman.

MENTE EMOCIONAL	MENTE RACIONAL
<ul style="list-style-type: none">• Responde más rápidamente.• Produce una acción inmediata e involuntaria.• Sacrifica la exactitud en favor de la rapidez.• Asimila la información de inmediato.• Ayuda a percibir el peligro y a actuar ante él.• La información no siempre es la acertada por ser tan instintiva.• Se asocia con el corazón.• Interpreta la realidad emocional del otro.• Creatividad, motivación, destreza psicológica, cualidades emocionales y sociales.	<ul style="list-style-type: none">• Se toma más tiempo para procesar la información y responder.• Requiere de la reflexión y el análisis.• Requiere mucho tiempo para evaluar la situación.• La reacción se produce durante la respuesta inmediata o después.• Ante una situación de peligro no hay tiempo para la racionalidad.• Puede controlar el curso de las emociones.• Se asocia con la cabeza.• Evalúa detalles.• Capacidad de abstracción, lógica formal y conocimientos generales.

Fuente: Basado en Goleman (1995)

1.10.1 ¿Qué es la Inteligencia Emocional?

El término de Inteligencia Emocional (IE) tiene sus raíces en el año 1990, cuando los investigadores Peter Salovey, de la Universidad de Yale y John Mayer, de la Universidad de New Hampshire (1990) la definieron como la capacidad de las personas de mantener las emociones bajo control con el fin de solucionar los conflictos de forma armónica, logrando el bienestar propio y el del prójimo. Mayer y Salovey

(1997) se apoyan y defienden el modelo de Inteligencia Emocional basado en la habilidad, desde esta perspectiva la definen como el talento que posee una persona para expresar las emociones, permitiéndole fluidez en el pensamiento, entender sus propias emociones y regularlas, así como impulsar el incremento intelectual. Consiste en cuatro conjuntos de habilidades diferentes: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional. Estas formas de habilidades se organizan jerárquicamente que va desde la percepción emocional, como nivel más básico de rango en cuanto a complejidad, hasta el nivel de habilidad superior que es la regulación emocional, de mayor complejidad; se precisa un dominio de las anteriores habilidades para llegar a ella (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera, 2011).

Desde esta perspectiva la Inteligencia emocional puede definirse como la habilidad para advertir, manejar, entender y regular las emociones, mostrándose determinante a la hora de explicar el acoplamiento psicosocial del individuo (Salguero et al 2011).

El término fue popularizado por Daniel Goleman (1995) apoyado por el estudio de Salovey y Mayer y centrándose en temas tales como la razón biológica de las emociones y su relación con la inteligencia intelectual (CI). La hipótesis de la que parte Goleman propone a la Inteligencia Emocional como un elemento clave del éxito y, fundamentalmente, reside en la habilidad para ser consciente y controlar los estados emocionales y anímicos.

No obstante, existen tantas definiciones de inteligencia emocional como autores han escrito sobre este tema. Para Weisinger (2001) la inteligencia emocional puede representarse como el empleo inteligente de las emociones, y para Gardner (1993) es la capacidad biopsicológica para asimilar información que puede darse en el contexto

cultural con el fin de solucionar problemas. Asimismo, para Mayer y Cobb (2000) la inteligencia emocional se convierte en una habilidad para procesar la información emocional que incluye la percepción, la asimilación, la comprensión y la dirección de las emociones.

Otro de los de los investigadores que definen a la inteligencia emocional es Bar-On (1997), la considera como una serie de destrezas y capacidades no cognitivas que ejercen un influjo sobre la habilidad propia de tener éxito en la relación con el entorno. Pero como dijimos anteriormente, no hay duda de que uno de los principales autores y pioneros del término de inteligencia emocional es Daniel Goleman (1995); este se refiere a la inteligencia emocional como la capacidad de identificar nuestras propias emociones y las de las demás personas, de incentivarnos y relacionarnos de manera adecuada con el entorno y con las personas.

Otros como Martineaud y Engelhart (1996, 48) definen a la inteligencia emocional como “la capacidad para leer nuestros sentimientos, controlar nuestros impulsos, razonar, permanecer tranquilos y optimistas cuando no nos vemos confrontados a ciertas pruebas, y mantenernos a la escucha del otro”. Por otro lado, Vallés (2005, 33) considera a la inteligencia emocional como “la capacidad intelectual donde se utilicen las emociones para resolver problemas”. En este sentido, la inteligencia emocional es la aptitud para captar, entender, y aplicar eficazmente la fuerza y la perspicacia de las emociones como fuente de energía humana, información, relaciones e influencia (Cooper y Sawaf, 1997).

En síntesis, después de exponer diferentes definiciones sobre el término de inteligencia emocional, podemos considerarla como la capacidad que tiene el individuo de adaptarse e interactuar con el entorno, dinámico y cambiante a raíz de sus propias emociones.

1.10.2. Diferentes teorías y componentes de la inteligencia emocional

Los modelos o teorías sobre la inteligencia emocional pueden clasificarse en modelos mixtos, modelos de habilidades y otros modelos que complementan a ambos. A continuación, una revisión general de los principales modelos:

a) Teorías de la inteligencia emocional

A finales del siglo XX surgen varias teorías psicológicas que cobran gran celebridad. Una de ellas es la teoría triárquica de la inteligencia, la cual fue de las primeras en ir contra el enfoque psicométrico y adoptar un acercamiento más cognitivo. Luego, siguiendo la misma línea, surgió la Teoría de las inteligencias múltiples, donde la inteligencia ya no es vista como algo unitario que agrupa diferentes capacidades específicas con distinto nivel de generalidad, sino como un conjunto de inteligencias varias, distintas y semi-independientes. Posteriormente, aparece la Teoría de la Inteligencia emocional, donde se le da preponderancia a la conciencia emocional ya que constituye una competencia personal que determina el modo en el que el sujeto se relaciona consigo mismo y, a la vez, está influida por el factor social. A continuación se desarrollan las tres teorías anteriormente mencionadas.

Teoría de la Inteligencia emocional (Daniel Goleman)

El primer uso del término inteligencia emocional generalmente es atribuido a Wayne Payne, citado en su tesis doctoral: Un estudio de las emociones: El desarrollo de la inteligencia emocional, de 1985. Sin embargo, el término "inteligencia emocional"

había aparecido antes en textos de Leuner (1966). Greenspan también presentó en 1989 un modelo de IE, seguido por Salovey y Mayer (1990) y Goleman (1995).

Daniel Goleman, psicólogo estadounidense, publicó el libro *Emotional Intelligence*, (Inteligencia emocional), que adquirió fama mundial, aunque fueron Peter Salovey y John D. Mayer los que acuñaron la citada expresión "Inteligencia emocional", en 1990. Anteriormente, el psicólogo Edward Thorndike, había manejado un concepto similar en 1920, la "Inteligencia social".

Goleman defiende en su publicación que el éxito de una persona no viene determinado únicamente por su coeficiente intelectual o por sus estudios académicos, sino que entra en juego el conocimiento emocional. Cuando hablamos de inteligencia emocional, hablamos de la capacidad del individuo para identificar su propio estado emocional y gestionarlo de forma adecuada. Esta habilidad repercute de forma muy positiva sobre las personas que la poseen, pues les permite entender y controlar sus impulsos, facilitando las relaciones comunicativas con los demás. La inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía y la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social.

Según el autor, la inteligencia emocional se puede organizar en torno a cinco capacidades:

- Conocer las propias emociones: Se refiere a tener conciencia de uno mismo, reconocer el sentimiento mientras está ocurriendo. La habilidad de advertir los

auténticos sentimientos, poder simbolizarlos y nombrarlos correctamente, es un factor clave de la Inteligencia Emocional.

- Manejar las emociones: El manejo de los propios sentimientos y su adecuada expresión son una habilidad que se sigue de la anterior. Básicamente esto tiene que ver con aprender a tener un cierto distanciamiento de los asaltos emocionales como la irritabilidad, la ansiedad y la melancolía.

- La motivación intrínseca: Esta capacidad de la Inteligencia Emocional consiste en lograr el autodomínio emocional y la automotivación en metas de largo plazo. Esto permite enfrentar las tareas con un nivel de fluidez emocional, armonía y ausencia de ansiedad; y facilita una mayor eficacia en el desempeño.

- Reconocer las emociones en los demás: La empatía o capacidad de conectarse con las necesidades y sentimientos de los otros, es una habilidad fundamental en las personas.

- Manejar las relaciones: La competencia social, la eficacia interpersonal, el buen manejo de las comunicaciones, son habilidades que posibilitan el liderazgo, el manejo de grupos y la popularidad.

Goleman (1999) realiza una clasificación de distintos aspectos relacionados con la inteligencia emocional, aunque el autor los menciona en el ámbito laboral, es extrapolable al resto de áreas, las cuales se considera inciden e influyen en el desempeño de las personas del siguiente modo:

- Conciencia de las propias emociones. Se destaca el papel emocional de la

inteligencia y el modo en que es posible “desprenderse” de ciertas pautas, parámetros o esquemas de pensamiento que dificultan la acción transformadora. Si se aplica esto al ámbito laboral, se trata de aprender de los errores cometidos, fundamentalmente en la comunicación con los compañeros de trabajo y el desarrollo de buenas relaciones interpersonales.

- Manejo de las emociones. Se refiere a que la orientación hacia un objetivo concreto, marca una posibilidad de sobrellevar un estado de tristeza o pesimismo, de superarlo y ser fuerte mentalmente para que una situación desgraciada; por ejemplo, la disolución de una pareja, no afecte el rendimiento laboral u otra actividad.

- Capacidad de auto motivación: De esto se desprende que, ante igualdad de condiciones económicas y presupuestarias, un grupo humano que esté más motivado que otro podrá brindar mejores soluciones a los problemas que se planteen en el trabajo.

- Empatía: Este aspecto resulta fundamental para el caso que tratamos, pues en casi todos los ámbitos laborales, salvo que se trabaje en aislamiento, resulta esencial el ponerse en el lugar de la persona con la cual se interactúa o se comparte una tarea, y así poder llevar adelante una dinámica laboral.

- Manejo de las relaciones: Hace referencia a esto en tanto, el factor de la inteligencia se destaca no sólo por dar una solución, sino además por poder transmitirla a los demás bajo una situación empática.

Por último, otras habilidades que caracterizan a la inteligencia emocional son: la persistencia y tenacidad en sostener los proyectos, resistencia a las frustraciones, control

de los impulsos, regulación del humor, desarrollo de la empatía y manejo del estrés (Valls Roig, 2000).

Los expertos coinciden hoy en día en que escalar posiciones rápidamente en la empresa depende más que nada de un alto grado de Inteligencia Emocional y quienes posean este “ingrediente” serán más exitosos, se sentirán más realizados y disfrutarán del respeto de sus directivos, compañeros y subalternos. Además estarán más satisfechos con su vida, su sistema inmunológico se fortalecerá y como consecuencia su estado de salud. Incrementando el Capital Emocional de la organización, aumentaremos la energía personal, la motivación, la claridad de la misión, el compromiso con los objetivos de la empresa, lo que se traducirá en un incremento en la satisfacción personal y en la productividad.

A través de la Inteligencia Emocional podemos optimizar el desempeño personal, la comunicación y por consiguiente el clima laboral. La gente sentirá que es tomada en cuenta lo que podrá disminuir el absentismo y la rotación. Aumentará la autoestima de los individuos y sus actitudes tendrán una tendencia positiva. Habrá una mayor adaptabilidad a los procesos de cambio, porque se sabrá manejar el miedo y la incertidumbre. Con este modelo, podemos también facilitar procesos de cambio de cultura, sobre todo en fusiones de empresas de culturas diferentes. Se podrá solucionar conflictos con mayor facilidad y hasta prevenirlos, así como también resolver problemas y como consiguiente se manejarán mejor las relaciones interpersonales, lo que permitirá una mejor integración de equipos de trabajo. También, a través del desarrollo de la Inteligencia Emocional surgirán líderes internos y se optimizarán las habilidades de liderazgo en los puestos directivos. La importancia del Capital Emocional en la organización es indiscutible y puede convertirse en una fuente de energía positiva o

negativa; esto dependerá de la Inteligencia Emocional de la gente (Stelzer, 2012).

Goleman establece la existencia de un Cociente Emocional (CE) que no se opone al Cociente Intelectual (CI) clásico, sino que ambos se complementan.

Como mención general, podemos decir que los componentes que constituyen la inteligencia emocional según Goleman son:

- Conciencia de uno mismo
- Autorregulación
- Motivación
- Empatía
- Habilidades sociales

Daniel Goleman, bajo el término de "Inteligencia Emocional" recoge el pensamiento de numerosos científicos que cuestionan el valor de la inteligencia racional como variable de éxito en los diversos ámbitos de la vida. Goleman (1995) define que el coeficiente intelectual no necesariamente predice el éxito de la persona. La inteligencia pura no asegura un manejo adecuado de los problemas que pueden surgir y a los que es necesario enfrentarse.

La "inteligencia académica" es casi lo opuesto a la vida emocional, ya que una persona puede ser lo suficientemente inteligente y, sin embargo, dejarse llevar por las emociones de forma desenfrenada. Existen otros factores como la automotivación que forma parte de la inteligencia emocional, y que influyen más significativamente en el desempeño en la vida.

Según Goleman (1995) el término Inteligencia Emocional viene a ser la forma en

que una persona se enfrenta a los momentos difíciles y situaciones importantes en la vida: estudios, trabajo, pérdidas dolorosas, etc. El éxito o fracaso va a depender mucho del estado emocional y de la habilidad en el manejo de las mismas.

Este conjunto de habilidades de carácter socio-emocional es lo que Goleman (1995) definió como Inteligencia Emocional. Esta puede dividirse en dos áreas:

Inteligencia Intrapersonal: Es la capacidad de conocernos más y mejor a nosotros mismos; cómo pensamos y sentimos y el porqué de esos pensamientos y sentimientos. Esto nos ayuda a la hora de tomar decisiones en la vida; por ejemplo, a la hora de elegir estudios, aceptar o rechazar un trabajo, incluso elegir a la pareja. Este tipo de inteligencia redonda positivamente tanto en el aspecto emocional como en lo físico.

Inteligencia Interpersonal: Es la capacidad de entender a otras personas, interactuar y empatizar con ellos. Poder apreciar, distinguir lo que le sucede a otra persona en un contexto o momento determinado y actuar de manera adecuada en relación con los estados de ánimo, las conductas y los deseos de esa persona resulta de gran ayuda para comunicarnos diariamente de manera efectiva. Las personas con este tipo de inteligencia gozan de gran popularidad entre compañeros, amigos y, en general, la gente que les rodea.

Por lo tanto, en la concepción de Goleman (1995) la inteligencia y las emociones son compatibles y hasta se complementan siempre y cuando no se produzca un desequilibrio de estructura entre ambas. Es importante el control de las emociones por parte del intelecto para poder obtener resultados eficaces o exitosos en cada uno de nuestros proyectos.

De esta forma, Goleman no propone sólo una visión de inteligencia emocional, sino también una manera de aplicarla en la práctica para alcanzar ese “éxito” que

siempre hemos anhelado. No obstante, según el autor ser inteligente no alcanza para triunfar en la vida. Esta afirmación de Goleman está sostenida por la opinión de otros muchos colegas suyos para quienes la inteligencia representa sólo el 20% de los factores que determinan el éxito, mientras que el 80% restante depende de otros varios factores, entre los cuales está la llamada “inteligencia emocional”.

Componentes de la IE según Goleman

Las principales cualidades de la inteligencia emocional según Daniel Goleman (1995) son cinco: conciencia de uno mismo, equilibrio anímico, motivación, control de los impulsos y sociabilidad. La teoría de Goleman no propone eliminar las emociones, sino tomar control de ellas: por ejemplo; bajar el nivel de las emociones desfavorables a un mínimo deseable, o bien tratar de aflorar las emociones favorables, como en el caso de la motivación o autoestima.

Competencia personal.

Determinan el modo en que nos relacionamos con nosotros mismos. Goleman define así los siguientes conceptos:

1. Conciencia de uno mismo: conciencia de nuestros propios estados internos, recursos e intuiciones.

- Conciencia emocional: reconocer las propias emociones y efectos.
- Valoración adecuada de uno mismo: conocer las propias fortalezas y debilidades.
- Confianza en uno mismo: seguridad en la valoración que hacemos sobre

nosotros mismos y sobre nuestras capacidades.

2. Autorregulación: control de nuestros estados, impulsos y recursos internos.

- Autocontrol: capacidad de manejar adecuadamente las emociones y los impulsos conflictivos.
- Confiabilidad: fidelidad al criterio de sinceridad e integridad.
- Integridad: asumir la responsabilidad de nuestra actuación personal.
- Adaptabilidad: flexibilidad para afrontar los cambios.
- Innovación: sentirse cómodo y abierto ante las nuevas ideas, enfoques e información.

3. Motivación: las tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de nuestros objetivos.

- Motivación de logro: esforzarse por mejorar o satisfacer un determinado criterio de excelencia.
- Compromiso: secundar los objetivos de un grupo u organización.
- Iniciativa: prontitud para actuar cuando se presenta la ocasión.
- Optimismo: persistencia en la consecución de los objetivos a pesar de los obstáculos y los contratiempos.

Competencia social. Determinan el modo en que nos relacionamos con los demás.

- 1. Empatía:** conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.

- Comprensión de los demás: tener la capacidad de captar los sentimientos y los puntos de vista de otras personas e interesarnos activamente por las cosas que les preocupan.
- Orientación hacia el servicio: anticiparse, reconocer y satisfacer las
- necesidades de los demás.
- Aprovechamiento de la diversidad. Aprovechar las oportunidades que nos brindan diferentes tipos de personas.
- Conciencia política: capacidad de darse cuenta de las corrientes emocionales y de las relaciones de poder subyacentes en un grupo.

2. Habilidades sociales: capacidad para inducir respuestas deseables en los demás.

- Influencia: utilizar tácticas de persuasión eficaces.
- Comunicación: emitir mensajes claros y convincentes.
- Liderazgo: inspirar y dirigir a grupos y personas.
- Catalización del cambio: iniciar o dirigir los cambios.
- Resolución de conflictos: capacidad de negociar y resolver conflictos.
- Colaboración y cooperación: ser capaces de trabajar con los demás en la consecución de una meta común.
- Habilidades de equipo: ser capaces de crear la sinergia grupal en la consecución de metas colectivas.

Según Goleman (1995) su modelo está compuesto por diversos aspectos: componente intrapersonal, componente interpersonal, componentes de adaptabilidad, componentes del manejo del estrés y, componente del estado de ánimo en general.

En su obra sobre Inteligencia Social (IS): Más allá del coeficiente intelectual y más allá de la inteligencia emocional (Goleman, 2006). El autor plantea un segundo modelo de inteligencia donde entra en juego nuestras relaciones con los demás, apoyado en investigaciones que demuestran que desde la neurociencia, el diseño mismo de nuestro cerebro lo hace sociable desde un mismo enlace que nos conecta cerebro a cerebro cada vez que nos relacionamos con otras personas; siendo esto un ingrediente fundamental para el triunfo en la vida y una “clave neuronal” para el aprendizaje.

Más tarde, publica su libro Inteligencia Ecológica: Los impactos ocultos de lo que compramos (Goleman, 2009). Apunta que, mientras con la IS y la IE se intenta extraer las capacidades de las personas para ver desde la perspectiva del otro, empatizar y mostrar su preocupación; con la inteligencia ecológica se intenta aplicar estas capacidades para el entendimiento de los sistemas naturales, uniendo nuestra disposición cognitiva con afinidad para todos los aspectos de la vida.

En un trabajo llevado a cabo en el estado de Nueva Orleans a propósito del desastre originado por el derrame de petróleo de British Petroleum (BP) en el Golfo de México en 2010 y conmemorando el décimo aniversario del huracán Katrina en 2005; denominado: forjar nuevas normas en Nueva Orleans, desde la inteligencia ecológica. El estudio realizado con jóvenes de secundaria, cuyo objetivo fue la sensibilización de cómo se podría vivir en un mundo mejor y más sano medioambientalmente a la vez que ayudarles a reponerse de la tragedia personal que supuso estos desastres naturales. Para ello, Goleman, Barlow y Bennett, (2010) trabajaron con lo que llamaron inteligencia integrada; es decir, emocional, social y ecológica, llegando a la conclusión y a tenor de los resultados que, ante un problema de tal magnitud solo la interacción de estos tres tipos de inteligencia permitió a los jóvenes entender la parte oculta que conecta las

actividades humanas y la naturaleza. Añadiendo además que, al cultivar lo emocional, la inteligencia social y la ecológica en las escuelas, los maestros ayudan a los jóvenes a comprender y desarrollar los conocimientos, valores y habilidades para actuar con eficacia en ese entendimiento.

Lo expuesto anteriormente nos hace pensar en cuan eficaz sería este tipo de programa trasladado a la prevención del consumo de drogas y el posterior resultado positivo que se obtendría en la recuperación de los drogadictos.

La inteligencia emocional es un concepto que se fundamenta en la eficacia con la que un sujeto o grupo trabaja sus emociones. En resumen, el enfoque de Goleman de la IE tiene cinco competencias básicas: la autoconciencia, la autorregulación, la motivación, la empatía y la sociabilidad. Se ha puesto de manifiesto cómo muchas de estas competencias están relacionadas con la resolución de conflictos y cómo la IE de una persona puede ser un indicador en cuanto a la eficacia en el manejo de conflicto profesional (Howell, 2014).

Howell analiza las definiciones de la IE tanto de Mayer, Roberts y Barsade (2008) como la de Goleman (2008) deduciendo que ambas definiciones son similares, pero matizando que Mayer et al., focaliza más en la vinculación de las emociones con los pensamientos cognitivos; mientras Goleman señala al reconocimiento y utilización de las emociones en beneficio de la motivación y las relaciones con otros. De este estudio pormenorizado que el autor realiza sobre las diferentes teorías sobre la IE y apoyándose en otros escritores, extrae la influencia entre IE y resolución de conflictos. De esta forma, para Goleman (1998), las personas con mayor nivel de inteligencia emocional poseerán habilidades superiores en la resolución de conflictos. En esta misma línea, Lindner (2014), refiere que el concepto del que parte Goleman sobre la IE y su

aplicación se establece más con la necesidad de trabajar con las emociones en lugar de tratar de ignorarlas ante situación de conflicto. De tal manera que comportamiento y sentimiento están fuertemente encadenados.

Así, la resolución de conflicto es un procedimiento humano donde aspectos como la comunicación y la confianza son relevantes para el triunfo, más allá de su definición. Por tanto, la consecución o fracaso para resolver un conflicto podría perfectamente estar relacionado con la capacidad de afinidad o ambigüedad al interpretar y manejar las emociones y transmitir de manera efectiva.

Con todo este análisis, Howell (2014) concluye que las emociones y los conflictos van unidos. “Uno engendra el otro”. Bjerknes y Paronica (2002) comentan que el trabajo de Goleman resulta del todo convincente de la importancia de las emociones en lo que creemos vinculante en el proceso de toma de decisiones “racionales”. Las emociones están presentes en cualquier tipo de conflicto. Además, Goleman destaca la importancia de esto y de la necesidad de que los profesionales gestionen bien sus emociones para enfrentarse a los conflictos. Lo bueno de la IE es que se puede adquirir en cualquier momento de nuestra vida; individualmente se puede añadir esta habilidad a nuestro repertorio de herramientas. Todo esto refuerza el estudio realizado por Jordan y Troth (2002), donde consideran que los programas destinados a mejorar la inteligencia emocional puede ser un medio valioso para que los profesionales que trabajan en recursos humanos puedan proporcionar a los empleados en la mejora de las habilidades para hacer frente a los conflictos. La formación en esta área puede ser un método eficaz para potenciar la inteligencia emocional en los individuos, permitiéndose que la gente estuviera mejor preparada para enfrentarse a los conflictos en la vida.

b) Teorías mixtas

Su principal exponente es Bar-On. Su modelo (Bar-On, 1997) está constituido por varios componentes: componente intrapersonal, componente interpersonal, componentes de adaptabilidad, componentes del manejo del estrés y componente del estado de ánimo en general.

Componente intrapersonal:

- Auto-comprensión emocional: habilidad para comprender sentimientos y emociones, distinguirlos y, entender las razones de los mismos.
- Asertividad: capacidad para expresar emociones, creencias, sin herir los sentimientos de los demás y, afirmar nuestros derechos de una forma no destructiva.
- Autoconcepto: capacidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando los aspectos positivos y negativos, así como las limitaciones.
- Autorrealización: habilidad para realizar lo que realmente podemos, deseamos y se disfruta.
- Independencia: capacidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo en nuestros pensamientos, acciones y, ser independientes emocionalmente para tomar decisiones.

Componente interpersonal:

- Empatía: habilidad para sentir, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
- Relaciones interpersonales: capacidad para establecer y mantener relaciones

satisfactorias, caracterizadas por una cercanía emocional.

- Responsabilidad social: habilidad para mostrarse como una persona cooperante, que contribuye, que es un miembro constructivo, del grupo social.

Componentes de adaptabilidad:

- Solución de problemas: capacidad para identificar y definir los problemas y, generar e implementar soluciones efectivas.
- Prueba de la realidad: habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos y lo que en realidad existe.
- Flexibilidad: habilidad para realizar o ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

Componente del estado de ánimo en general:

- Felicidad: capacidad para sentir satisfacción con nuestra vida.
- Optimismo: habilidad para ver el aspecto más positivo de la vida. El modelo emplea la expresión “inteligencia emocional y social” haciendo referencia a las competencias sociales que se deben tener para desenvolverse en la vida.

Componentes del manejo del estrés:

- Tolerancia al estrés: capacidad para tolerar acontecimientos adversos, situaciones de estrés y fuertes emociones.
- Control de los impulsos: habilidad para resistir y controlar emociones.

Según Bar-On (1997), la capacidad de modificar la inteligencia emocional y social

es superior a la inteligencia cognitiva.

Tanto la inteligencia emocional como la psicología positiva se están convirtiendo cada vez más en pieza clave dentro de la psicología. La IE debe de considerarse como parte integral de la psicología positiva, de hecho existen estudios que lo confirman. Así mismo tiene un impacto eficaz y significativo en el rendimiento, la felicidad, el bienestar y la búsqueda de una vida más relevante; los cuales son espacios esenciales de interés para la psicología positiva (Bar-On, 2010).

Los siguientes factores parecen compartir el valor más amplio de coincidencia entre estos dos campos de la psicología:

- Autoestima y autoaceptación basado en la autoconciencia precisa.
- La disposición de entender los sentimientos de los demás y la capacidad de interacción social positiva.
- Registrar y tramitar las emociones.
- Resolución práctica de los problemas y toma de decisiones segura.
- Autodeterminación.
- Optimismo.

Bar-On, (2010), concluye que estos seis factores mencionados son áreas de interés compartidos por la inteligencia emocional y la psicología positiva; siendo además grades predictores de rendimiento, la felicidad, el bienestar y la búsqueda de una vida más significativa basado en pruebas evidentes.

c) Teorías de habilidades

Son las que fundamentan el constructo de la inteligencia emocional en habilidades para el procesamiento de la información emocional. En este sentido, estos modelos no incluyen componentes de factores de personalidad, siendo el más relevante de estos modelos el de Salovey y Mayer (1990). Estos investigadores postulan la existencia de una serie de destrezas cognitivas que apuntan a la percepción, evaluación, expresión y autorregulación de las emociones de un modo inteligente y adaptado al logro del bienestar.

Teoría de Salovey y Mayer

Salovey y Mayer (1990) definen la inteligencia emocional como “una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos” (Salovey y Mayer, 1990: 189); en sintonía con las afirmaciones de Gardner, con dos niveles de procesamiento de la información afectiva: el interpersonal y el intrapersonal. Posteriormente y tras diferentes publicaciones acerca de la inteligencia emocional, con otros puntos de vista, los precursores del concepto se encargan de profundizar en la construcción teórica del mismo, reformulando su definición inicial: “La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 2007: 32).

Desde esta nueva perspectiva, los autores defienden un planteamiento cognitivo orientando el estudio de la IE desde un modelo de capacidad diferenciando entre lo que denominan “modelos de capacidad” y “modelos mixtos” (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Los autores afirman que la diferencia entre los modelos depende de los elementos o dimensiones que contemplen, por ello los modelos mixtos combinarían capacidades mentales con rasgos de personalidad como perseverancia u optimismo, mientras que los modelos de capacidad darían más importancia a los aspectos cognitivos o las capacidades mentales (Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

Salovey y Mayer introdujeron la empatía como componente. En 1997 y en 2000, los autores realizaron nuevas aportaciones que han logrado una mejora del modelo hasta consolidarlo como una de las teorías más utilizadas y, por ende, una de las más populares.

Las habilidades incluidas en el modelo son las siguientes:

Percepción emocional. Habilidad para identificar las emociones en sí mismo y en los demás a través de la expresión facial y de otros elementos como la voz o la expresividad corporal.

Facilitación emocional del pensamiento. Capacidad para relacionar las emociones con otras sensaciones como el sabor y olor o, usar la emoción para facilitar el razonamiento. En este sentido, las emociones pueden priorizar, dirigir o redirigir al pensamiento, proyectando la atención hacia la información más importante. Por otro lado, la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

Comprensión emocional. Habilidad para resolver los problemas e identificar qué emociones son semejantes.

Dirección emocional. Comprensión de las implicaciones que tienen los actos

sociales en las emociones y regulación de las emociones en uno mismo y en los demás.

d) Teoría triárquica de la inteligencia

Robert J. Sternberg, psicólogo estadounidense profesor de la Universidad de Yale, desarrolló en 1985 su Teoría triárquica de la inteligencia. En la misma, define la inteligencia como la actividad mental dirigida con el propósito de adaptación a, selección de o conformación de, entornos del mundo real relevantes en la vida de uno mismo. Inteligencia es cuán bien un individuo trata con los cambios en el entorno a lo largo de su vida. Es una teoría abarcadora, puesto que toma en cuenta factores contextuales y sociales además de las habilidades humanas.

La denominación de triárquica se debe a que está formada por tres subteorías:

1. **Inteligencia componencial-analítica:** La habilidad para planificar, ejecutar y el logro del conocimiento. Se refiere a los mecanismos mentales que la gente usa para planear y llevar a cabo tareas. Enfoca las aptitudes de planificación y evaluación en la resolución de problemas. Se asocia con la capacidad analítica, que permite separar problemas y ver soluciones no evidentes.
2. **Inteligencia experiencial-creativa:** Habilidad fundada en la experiencia para tratamiento de la novedad y la automatización de procesos. Efecto de la experiencia: La capacidad de resolver problemas nuevos rápidamente, así como de resolver problemas conocidos en forma mecánica para dejar la mente libre para otras tareas.

3. Inteligencia contextual-práctica: Relacionada con la conducta adaptativa al mundo real. Forma en que la inteligencia opera en situaciones reales y es aplicada a la experiencia con la finalidad de conseguir la adaptación al ambiente, la selección de ambientes alternativos así como la modificación del ambiente actual, e introducir en el mismo las mejoras para hacerlo compatible con las necesidades y deseos.

En el breve ensayo que Sternberg (2012) lleva a cabo a tenor de los comentarios vertidos tras la edición del libro Manual de Inteligencia de Cambridge (Sternberg y Kaufman, 2011): Tendencias en la investigación de la inteligencia; hacia dónde se dirige la investigación en el campo de la inteligencia. Estos comentarios realizados por Johnson y Thompson (2012), en donde hacen una crítica por la poca o mucha presencia de determinados autores que han contribuido al desarrollo de la inteligencia. Sternberg responde que aunque la forma con la que han identificado la selección de autores podría reflejar un sesgo, queda muy lejos de sus pretensiones, justificando que en un manual tan extenso como esta obra, 42 temas y 984 páginas, es difícil ordenarlo a gusto de todos. Continúa argumentando que han intentado que todos los autores que en el campo de la inteligencia han contribuido con sus aportaciones estuvieran representados de forma global en este manual. De esta forma concluye que, la moraleja de la historia puede llevarnos a que gran parte del futuro en este terreno esté con los que acepten que el factor g es importante, ya sea tratando de incorporar nuevos mecanismos, hallazgos y proyecciones o también para aquellos que, aceptando g como útil quieran ir más allá.

e) Teoría de las inteligencias múltiples

El profesor Howard Gardner de la Universidad de Harvard, investigador de la inteligencia y crítico del Coeficiente Intelectual, planteaba que todas las personas poseen un número indefinido de inteligencias. En su libro *Las estructuras de la mente* (1983) consideraba el concepto de inteligencia como un potencial que cada ser humano posee en mayor o menor grado, planteando que ésta no podía ser medida por instrumentos normalizados en test de coeficiente intelectual y ofrecía criterios, no para medirla, sino para observarla y desarrollarla.

Con Gardner, se desemboca en una noción de mayor multidimensionalidad de la inteligencia, llegando al establecimiento de la teoría de las inteligencias múltiples, en el que se despliega un modelo con siete inteligencias que actúan de manera conjunta. Se destaca de este modelo las que denomina el autor “inteligencias personales”, que amalgama a la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal. Sobre este tema Gardner va a afirmar, que “la inteligencia interpersonal denota la capacidad de una persona para comprender las intenciones, motivaciones y deseos de los demás para trabajar eficazmente con ellos” mientras que “la inteligencia intrapersonal implica la capacidad para comprenderse a uno mismo, tener un modelo de trabajo que resulte efectivo y usar esta información eficientemente” (Gardner, 1999: 43).

Según Gardner (1983), la inteligencia es la capacidad para resolver problemas o elaborar productos que puedan ser valorados en una determinada cultura. Propuso varios tipos de inteligencia, igual de importantes:

- Inteligencia lingüística: Capacidad de usar las palabras de manera adecuada. Caracteriza a escritores y poetas. Implica la utilización de ambos hemisferios

cerebrales.

- Inteligencia lógica-matemática: Capacidad que permite resolver problemas de lógica y matemática. Es fundamental en científicos y filósofos. Al utilizar este tipo de inteligencia se hace uso del hemisferio lógico. Era la predominante en la antigua concepción unitaria de "inteligencia".

- Inteligencia musical: Capacidad relacionada con las artes musicales. Es el talento de los músicos, cantantes y bailarines. Es conocida comúnmente como "buen oído".

- Inteligencia espacial: La capacidad de distinguir aspectos como: color, línea, forma, figura, espacio, y sus relaciones en tres dimensiones. Esta inteligencia atañe a campos tan diversos como el diseño, la arquitectura, la geografía, la ingeniería, la escultura, la cirugía o la marina.

- Inteligencia corporal-cinestésica: Capacidad de controlar y coordinar los movimientos del cuerpo y expresar sentimientos con él. Es el talento de los actores, mimos o bailarines. Implica a deportistas o cirujanos.

- Inteligencia intrapersonal o emocional: Relacionada con las emociones. Permite entenderse a sí mismo. Relacionada con las ciencias psicológicas.

- Inteligencia interpersonal o social: Capacidad para entender a las demás personas con empatía. También se relaciona con las emociones. Es típica de los buenos vendedores, políticos, profesores o terapeutas.

Posteriormente añadió otras dos inteligencias más:

- Inteligencia naturalista: La utilizamos al observar y estudiar la naturaleza para organizar y clasificar. Los biólogos y naturalistas son quienes más la desarrollan.

- Inteligencia existencial o filosófica: La capacidad para situarse a sí mismo con respecto al cosmos y autosugestionarse. Requiere de un estudio más profundo para ser caracterizada como inteligencia.

Hasta ese momento se suponía que había un solo tipo de inteligencia capaz de abarcar varias facultades, con flexibilidad y precisión. De esa teoría surgieron los test de coeficiente intelectual. Pero si bien algunas personas puedan tener el potencial necesario para destacarse en más de un ámbito, Gardner se opone resueltamente a la idea de las grandes facultades generales. En su opinión, la mente tiene la capacidad de tratar distintos tipos de contenidos, pero resulta improbable que la capacidad de una persona para abordar un contenido permita predecir su facilidad en otros campos. En otras palabras, es de esperar que el genio se incline hacia contenidos particulares: los seres humanos han evolucionado para mostrar distintas inteligencias y no para recurrir de diversas maneras a una sola inteligencia flexible.

Según Gardner, las inteligencias por lo general trabajan juntas de manera compleja y la mayoría de las personas pueden desarrollar cada inteligencia hasta un nivel adecuado de competencia. El autor plantea que hay muchas maneras de ser inteligentes dentro de cada categoría de inteligencia. Para Gardner, la inteligencia emocional está comprendida en los ámbitos de las inteligencias intra e interpersonal.

La inteligencia múltiple (IM) es distinta a otras teorías en muchos aspectos. En primer lugar, la mayoría de las teorías de la inteligencia se estructuran en una misma forma de inteligencia basada típicamente en una combinación lingüística y de capacidades lógicas. La hipótesis de la IM busca identificar y examinar el potencial de las capacidades intelectuales. Mientras otras teorías están muy limitadas por su

dependencia exclusiva de pruebas en papel, la IM extrae poder explicativo del conjunto de pruebas y conocimientos académicos, literarios y otros datos empíricos, en un intento de averiguar el rango de las capacidades y potencialidades humanas (Wax y Gardner, 2013).

En Inteligencia Reformulada, Gardner (2003), considera la posibilidad de la existencia de una inteligencia espiritual, con tres posibles significados: (1) preocupación por aspectos cósmicos o existenciales, (2) lograr el estado de bienestar y (3) conglomerado de creencias y prácticas específicas, como se encuentran en las religiones organizadas. Pero Gardner advierte que la identificación del contenido exacto que domina en el reino espiritual es muy difícil e incluso llega a la conclusión de su inexistencia como inteligencia para acercarse más a una posición reflexiva sobre cuestiones cósmicas.

Gardner sostiene que la inteligencia existencial, la cual se identifica como la pieza donde encaja todo lo cognitivo referente a lo espiritual, es el mejor candidato potencial para describirla como inteligencia. Sus capacidades básicas incluirían las habilidades para reflexionar sobre lo que no es fácil percibir inmediatamente, ya que tiende hacia lo interminable; por ejemplo, para localizar a un ser u otro en un nivel macro y micro cósmico, para procesar aspectos existenciales (como la vida y la muerte) y experiencias (como el amor, la tristeza, las emociones, el apego o la inmersión en una obra de arte) de la condición humana (Wax et al., 2013).

Como fuente de autoridad la teoría de las inteligencias múltiples es inseparablemente interdisciplinar, ya que se basa en la instruida investigación de la psicología, la neurociencia, el estudio cultural y otras ciencias sociales y del comportamiento. Éticamente es amoral, Gardner no considera que la moral satisfaga los

criterios expuestos para la construcción de una inteligencia. De hecho, en el proyecto realizado por Gardner, Damon y Czidzsentmihalyi (2001), (Proyecto Good Work), cuyo objetivo principal fue determinar cómo los individuos líderes hacen uso de su inteligencia, suponiendo que dado que la inteligencia humana es amoral y sin prejuicios en el bien y el mal, es importante entender cómo algunos individuos pueden llegar a desplegar su inteligencia/s para hacer el bien para la comunidad. Concluyendo que al final cada persona ha de decidir cómo utilizar su inteligencia.

Gardner siguió analizando cada uno de los aspectos que conforman el universo del ser humano relacionado con la IM; habló de los valores, diciendo que como teoría científica ha de estar informada y rodeada por los valores que rigen a toda investigación científica, tales como la probidad, la exposición y la disponibilidad a la revisión y a la crítica. Tenía gran interés en seguir el camino recorrido por la IM en disciplinas como la educación. En cuanto a la naturaleza del mundo, vida y muerte, la realidad, la verdad, el tiempo y el misterio, todas ellas caerían más bajo la reflexión de la categoría de la inteligencia existencial. También se refirió a otras como el ser humano, en cuanto a sus aspectos psicológicos y capacidades biopsicosociales que el individuo posee para resolver problemas; el conocimiento, cómo el individuo se organiza y utiliza los datos para la resolución de problemas; la percepción, cómo la persona procesa y da sentido a los datos; y la racionalidad/razón, englobada más en la inteligencia lingüística o lógico-matemática (Wax et al., 2013).

f) Teoría Rasgo

Su máximo representante es Petrides, K. V., profesor de University College de

Londres. Para Petrides (2010), la inteligencia emocional rasgo se concibe como un conjunto de autopercepciones emocionales situados en los niveles más bajos dentro de la jerarquía de la personalidad, pudiéndose medir a través del cuestionario de inteligencia emocional rasgo (Petrides, Pita y Kokkinaki, 2007). La teoría de la IE rasgo tiene varias ventajas respecto a otras orientaciones. En primer lugar; admite el carácter subjetivo de la experiencia emocional, Robinson y Clore (2001), evitando de esta forma una serie de problemas que golpean a otros modelos. En segundo lugar; se integra dentro de la construcción de las teorías de la psicología diferencial en lugar de concebirse como una entidad separada del estudio del conocimiento científico. Tercero; no está unido a las pruebas específicas de propiedad, sino que es general y proporciona un soporte para la interpretación de los datos de cualquier cuestionario de IE o constructo relacionado. En cuarto lugar; es fácilmente extensible a áreas parecidas (por ejemplo, la inteligencia social) en lugar de estar restringido a un solo modelo con sus particularidades.

De esta forma, el autor deduce que, la teoría de la IE rasgo cuenta con apoyo empírico generalizado y argumentado con descubrimientos firmes por numerosos estudios impulsados teóricamente, los cuales se han realizado de manera independiente.

g) Otras teorías

Incluyen componentes de personalidad, habilidades cognitivas y otros factores personales.

Teoría de Cooper y Sawaf

Se la ha denominado como el modelo de los “*Cuatro Pilares*”, por su composición. Esta teoría está desarrollada, principalmente, en el ámbito organizacional

de la empresa. Los cuatro aspectos fundamentales de este modelo son:

- Alfabetización emocional. Constituida por la energía, el conocimiento, la intuición, la responsabilidad y la conexión. Estos componentes permiten la eficacia personal.
- Agilidad emocional. Este componente se refiere a la credibilidad, la flexibilidad y autenticidad personal que incluye habilidades para escuchar, asumir conflictos y obtener buenos resultados de situaciones difíciles.
- Profundidad emocional. Se denomina a la armonización de la vida diaria con los distintos ámbitos sociales.
- Alquimia emocional. Habilidad de innovación aprendiendo a fluir con problemas y presiones.

Teoría de Boccardo, Sasia y Fontenla

Estos autores establecieron las siguientes áreas dentro de su modelo en 1999:

- Autoconocimiento emocional. Reconocimiento de los sentimientos.
- Control emocional. Habilidad para relacionar sentimientos y adaptarlos a cualquier situación.
- Automotivación. Dirigir las emociones para conseguir un objetivo, en esencia para mantenerse en un estado de búsqueda permanente y mantener la mente creativa para encontrar soluciones.
- Reconocimiento de las emociones ajenas.
- Habilidad que construye el autoconocimiento emocional.
- Habilidad para las relaciones interpersonales. Producir sentimientos en los

demás.

Para dichos autores existe una distinción importante entre inteligencia emocional e inteligencia interpersonal: la primera incluye a las habilidades; la segunda a las capacidades.

Teoría de Matineaud y Engelhartn

En 1996, los autores centraron su teoría en la evaluación de la inteligencia emocional empleando unos cuestionarios referidos a diferentes ámbitos, integrando como componentes de la inteligencia emocional:

- El conocimiento en sí mismo.
- La gestión del humor.
- Motivación de uno mismo de manera positiva.
- Control de impulso para demorar la gratificación.
- Apertura a los demás, como aptitud para ponerse en el lugar del otro.

Este modelo se diferencia del resto por la apertura externa, introduciendo factores externos.

Teoría de Bonano

Bonano (2001) establece que todos los seres humanos portamos un grado de inteligencia emocional, que se ha de autorregular para su eficiencia y así afrontar las

emociones de modo inteligente. El autor señala tres categorías generales de actividad autorregulatoria:

- Regulación de Control. Son los comportamientos automáticos e instrumentales dirigidos a la inmediata regulación de respuestas emocionales.
- Regulación Anticipatoria. Anticipar los futuros desafíos que se pueden presentar.
- Regulación Exploratoria. Adquirir nuevas habilidades o recursos para mantener nuestra homeostasis emocional.

1.10.3. Cociente Intelectual y Cociente Emocional

Goleman (1995) señala que no existe una relación directa entre el coeficiente intelectual y el desempeño en la vida. El secreto del éxito, según este autor, estaría determinado por el complemento del cociente intelectual con el cociente emocional. Pero veamos cuáles son las definiciones de ambos conceptos:

Cociente Intelectual (CI): es una de las más conocidas formas de puntuación, producto de ciertos test diseñados para realizar mediciones de la inteligencia. Fue usado por primera vez por el psicólogo alemán William Stern en 1912, como iniciativa para puntuar los resultados de los primeros test de inteligencia realizada a niños y compararlos entre sí.

Cociente Emocional (CE): mide la inteligencia emocional, es decir la capacidad del individuo de reconocer sus propios sentimientos y los de los demás, de motivarse a sí mismo

y de controlar sus emociones y sus relaciones con los demás.

1.10.4. La inteligencia emocional y las adicciones

Las investigaciones que se han dedicado a la relación entre la inteligencia emocional (IE) y la salud física y mental provienen de la antigüedad, pero son muy pocas las exploraciones que han abordado el tema de la IE en relación a los desbarajustes adictivos. En el estudio descriptivo realizado por Kun y Demtrovics (2010), en el que revisaron y evaluaron con crítica la literatura profesional relacionado con la IE y las adicciones, encontraron más de 40 artículos de los cuales 30 de ellos cumplieron los criterios de inclusión para su investigación. A tenor de los resultados, concluyeron que una IE más baja está vinculada con la conducta de fumar, el uso de alcohol y de drogas ilegales de forma más intensa. Aunque con menos estudios disponibles, surgen resultados similares respecto a adicciones conductuales como la bulimia, adicción a Internet, problemas con el juego y comprar compulsivamente. Así mismo, emergen dos componentes de la inteligencia emocional que desempeñan una función clave desde el punto de vista de las adicciones: la interpretación y discriminación de las emociones y la organización de las mismas.

La IE comprende la capacidad de advertir, usar, comprender y regular las emociones y puede contribuir potencialmente a la variabilidad de los factores relacionados con la percepción de riesgo de estrés y favorecer el control de impulsos en sujetos dependientes de la cocaína (Fox, Bergquist, Casey, Hong y Sinha, 2011). Estos autores llevaron a cabo un análisis para señalar las dificultades que determinados individuos tenían en relación con el consumo de cocaína, el déficit emocional y su

relación con estrés y el control de impulsos. Los resultados obtenidos mostraron que los participantes dependientes de cocaína evidenciaron grandes dificultades en el manejo de las emociones, que se asociaron con mayor percepción de estrés e inconvenientes en el control de impulsos; en comparación con el grupo de control sano, que manifestaron niveles más altos de razonamiento emocional, incluyendo la comprensión, la gestión y la regulación de las emociones.

Las emociones hacen aflorar lo mejor y lo peor de cada uno. Por eso, muchas personas que son dependientes de alcohol y 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). Varios estudios realizados a jóvenes universitarios demostraron que los estudiantes que reportan mayores niveles de angustia emocional van a tener la mayor tasa de abuso de sustancias (Goleman, 1995).

La inteligencia emocional (IE) también actúa como factor de prevención entre los más jóvenes. En el trabajo realizado por Parker, Taylor, Eastabrook, Schell y Wood, (2008) sobre la problemática del juego en la adolescencia: uso indebido de Internet, juego de azar y de video juegos. En el mismo se encontró que la inteligencia emocional ejerce de moderado a fuerte pronosticador de comportamiento relacionado con la adicción.

En la vida cotidiana, las personas tenemos la idea de que reconocer y abordar eficazmente las emociones contribuye a nuestro bienestar. En la investigación meta-analítica de Schutte, Malouff, Thorsteisson, Bhullar y Rooke (2007), indicaron que la inteligencia emocional se asocia con una mejor salud. Sin embargo, la IE cuando se

mide como rasgo está más fuertemente asociada a la salud que cuando se mide como capacidad. La asociación promedio ponderado con la salud mental y psicosomática es mayor que la asociación con la salud física; esta fue la conclusión que llegaron Martins et al., (2010) en el estudio meta-analítico sobre la relación entre la IE y la salud, donde con los resultados obtenidos señalaron que, en general, el valor de la IE puede actuar como un magnífico predictor de la salud.

Un trabajo llevado a cabo empíricamente con el objetivo de medir la IE en diferentes grupos de personas con adicción a las drogas. Se establecieron tres grupos; el primero, estaba en comunidad terapéutica; el segundo grupo, incluía a las personas ingresadas en una comunidad con identificación desconocida y, el tercero, recibían tratamiento ambulatorio con fármacos. Los resultados obtenidos concretaron que el nivel de IE del primer grupo fue superior al de los otros, seguido por el grupo que recibía tratamiento ambulatorio con medicamentos. Aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa, se llegó a la conclusión de que habría que hacer mayores esfuerzos por parte de los organismos gubernamentales para aumentar los tratamientos en comunidad con el fin de aumentar la IE entre los pacientes; en base a que, cualquier aumento en la IE en los pacientes externos resulta beneficioso para abandonar las drogas (Iravani y Mosavi, 2011).

Así, el concepto de inteligencia emocional aparece como un elemento clave para ayudar a explicar el consumo de sustancias adictivas. Desde la psicología, se resalta que las personas adictas poseen un perfil que se caracteriza por tener grandes dificultades para manejar sus emociones (Kassel, Stroud y Paronis, 2003), poniendo de manifiesto que el desajuste emocional es un gran factor de riesgo de cara al consumo abusivo de sustancias adictivas. El consumo regular de estas sustancias puede ayudarles a aliviar

los estados de ánimo negativos que pueden surgir debido a los cambios propios de esta etapa evolutiva.

Algunos investigadores sugieren que las personas con una menor inteligencia emocional se implican más en conductas autodestructivas tales como el consumo de tabaco (Trinidad y Johnson, 2002). Los estudios realizados evidencian que una baja inteligencia emocional es un factor clave en la aparición de conductas disruptivas en las que subyace un déficit emocional.

Por ejemplo, los adolescentes con bajos niveles de inteligencia emocional presentan mayores niveles de impulsividad y un menor manejo emocional, lo cual aumenta el riesgo de consumo de sustancias adictivas. Diferentes estudios han mostrado que los consumidores de sustancias adictivas tienen una menor capacidad para conocer e interpretar el significado de sus emociones así como una menor habilidad para expresar sus emociones y para empatizar con los sentimientos de los demás (Ciarrochi, Forgas, y Mayer, 2001). De hecho, la capacidad para percibir y usar las emociones se relaciona con el abuso de drogas ilegales y alcohol, relación que sigue siendo significativa incluso una vez que se controlan los rasgos de personalidad (Brackett, y Mayer, 2003).

1.10.4.1. Las emociones

Si bien en las páginas anteriores ya nos hemos referido a la inteligencia emocional y su relación con el consumo de sustancias adictivas, es importante repasar aquellos puntos más relevantes de la IE a fin de aplicarla como variable para el estudio del caso que estamos tratando. Por ello, hay que tener en cuenta los siguientes puntos:

- ✓ Es importante destacar que los individuos con baja capacidad para percibir y

afrontar sus emociones son más vulnerables al consumo de sustancias peligrosas como la cocaína.

- ✓ Los sujetos con baja puntuación en IE emplean el consumo de drogas como una vía externa de autorregulación emocional. Por lo tanto, la Inteligencia Emocional resulta una herramienta valiosísima para comprender el porqué del consumo de sustancias adictivas. Desde la visión psicológica, los drogodependientes poseen una personalidad muy particular, ya que se caracterizan por tener muchos problemas para controlar sus emociones.

Por esta razón, la descompensación emocional es un gran factor de riesgo de cara al consumo abusivo de sustancias adictivas, en este caso, de cocaína. El consumo regular de estas sustancias puede ayudarles a paliar los estados de ánimo negativos que pueden surgir debido a los cambios propios en las diferentes etapas evolutivas por las que atraviesa el sujeto (Ruiz Aranda, Cabello González, Salguero, Castillo Gualda, González Herrero, 2009).

Las emociones son mecanismos de defensa que nos permiten reaccionar con rapidez ante situaciones inesperadas, y a comunicarnos en forma no verbal. Las emociones funcionan de manera innata y automática, son impulsos para actuar; es decir, cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta. Con la ira; por ejemplo, el ritmo cardíaco se eleva y el aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte para originar una acción vigorosa; a su vez, hay una respuesta para el miedo, la felicidad, el amor...

La raíz de la palabra “emoción” proviene del verbo en latín *motere*, que significa “mover”, además del prefijo que implica “alejarse”, lo que indica que en toda emoción

hay una tendencia a actuar. Las emociones son sentimientos y sus pensamientos característicos, son estados psicológicos y biológicos, son una variedad de tendencias a actuar. En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado (Goleman, 2006).

Martin y Boeck (2004) al ocuparse de la pregunta en relación a la producción de los órdenes afectivos, hacen referencia a algunos aspectos procesales de la inteligencia emocional. Consideran, haciendo una síntesis de las corrientes principales sobre el tema, que una emoción se produce de la siguiente forma: a) Informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro; b) Se produce una respuesta neurofisiológica; c) El neocórtex interpreta la información.

Sobre esta base estructural de funcionamiento de la emoción, se considera en términos más o menos estructurales que “Emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra, 2009, 34).

Hay tres componentes en una emoción: neurofisiológico, conductual y cognitivo (Mestre, Palmero y Guil, 2004). Lo neurofisiológico se visibiliza en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales y respiración, entre otros. Estas respuestas son fenómenos involuntarios, ingobernables por lo general para el sujeto. Sin embargo es posible minimizarlas o llegar a desarrollar un control pero por medio de técnicas apropiadas y específicas, como por ejemplo la relajación, la meditación, o el análisis de un psicólogo.

En lo conductual, la observación del comportamiento de un individuo ayuda a

poder descifrar qué tipo de emociones se están experimentando. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo o movimientos del cuerpo. En este sentido, son sintomáticas y contribuyen a la determinación sobre el estado emocional. El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que suele denominar sentimiento. El ser humano siente miedo, angustia, rabia y muchas otras tantas emociones. Para diferenciar entre el componente neurofisiológico y el cognitivo a veces se emplea el término emoción, en sentido restrictivo, para referirse a una descripción del estado corporal (es decir, el estado emocional) y se reserva el término sentimiento para aludir a la sensación consciente (cognitiva) (Mestre, Palmero y Guil, 2004). El componente cognitivo permite que se califique un estado emocional y se le dé un nombre.

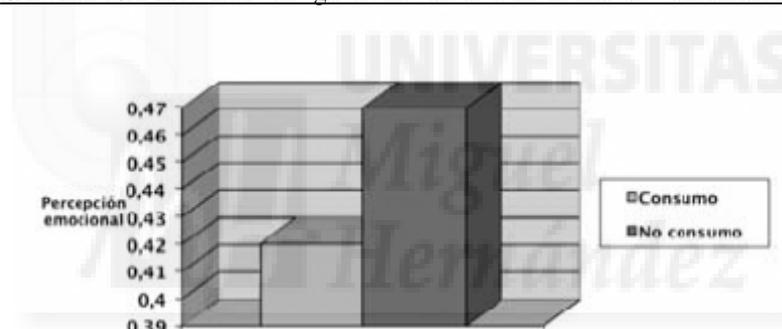
El etiquetado de las emociones está limitado por el dominio del lenguaje. Dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias restricciones a este conocimiento, pero al mismo tiempo dificulta la toma de conciencia de las propias emociones. Esta carencia genera la sensación de incertidumbre y desconcierto en las personas, lo cual a veces puede desencadenar efectos negativos. De esto se deriva el concepto y la importancia de una educación emocional, dirigida entre otros elementos a un mejor conocimiento de las propias emociones y del dominio del vocabulario emocional (Martin y Boeck, 2004).

Como expresan Mestre, Palmero y Guil (2004), con la información que se puede obtener de las emociones y sus funcionamientos, se puede capitalizar su manejo o regulación posibilitando así, al menos potencialmente, una mayor capacidad de adaptación a contextos intra e interpersonales.

1.10.4.2. Relación entre la percepción emocional y el consumo de cocaína

En la investigación llevada a cabo por Ruiz Aranda et al. (2009), se ha realizado una muestra a grupos de adolescentes que bien puede servirnos de base para comprender cómo influyen las emociones en el consumidor de cocaína adulto. Esta muestra lineal general univariante sirvió para evaluar las diferencias en el consumo de cocaína de acuerdo a la capacidad de cada individuo para advertir sus emociones. Básicamente, los resultados expuestos confirman que la percepción emocional posee un principal efecto sobre el uso de la cocaína (gráfico 3).

Gráfico 1.3: Perfil de inteligencia emocional en el consumo de cocaína.



Autores: Ruiz Aranda, D., Cabello González, R., Salguero, J M., Castillo Gualda, R., González Herero, V., 2009. Disponible: en www.emotional.intelligence.uma.es

1.10.4.3. Importancia de las variables emocionales en el estudio de caso

Las variables emocionales son de gran importancia para entender el consumo abusivo de sustancias. Por lo tanto, la variable Inteligencia Emocional bien podría incluirse en el estudio de caso como factor de protección ante la población cocainómana. Es cierto que aquellos individuos con mayor capacidad para advertir sus emociones

tienen menos riesgo de caer en el consumo de drogas, específicamente de cocaína, pero la pregunta es ¿por qué?

De acuerdo a los resultados expuestos en la investigación (Ruiz Aranda et al. 2009), cuando los sujetos (en ese caso adolescentes) poseen menos habilidades para reconocer las emociones, posiblemente no alcancen a entender por qué sucede y cómo pueden controlarlas.

“Esta falta de conocimiento emocional y de posibles estrategias para manejar emociones negativas puede llevar a la persona al consumo de sustancias adictivas como forma de mitigar esos estados emocionales aversivos o para provocar estados de ánimo más placenteros” (Ruiz Aranda et al., 2009, 371).

Por otro lado, la iniciación con el consumo de drogas así como las situaciones de abuso, está relacionada con la presión social efectuada por el grupo de iguales.

Por el contrario, las personas que tienen facultades afectivas basadas en la comprensión, el empleo y el control de sus propias emociones no precisarían del uso de estímulos externos (tabaco, alcohol, cocaína, etcétera) para sobrellevar sus estados anímicos negativos ante acontecimientos estresantes. Por tanto, una alta inteligencia emocional se asocia con un bajo grado de conductas autodestructivas. Así:

“...los factores de riesgos que se asocian a las complejas conductas adictivas son numerosos. Mientras que muchos de estos factores de riesgo no pueden ser modificados, las capacidades que incluye la inteligencia emocional pueden ser aprendidas y mejoradas previniendo así futuras conductas de riesgo para la salud” (Ruiz Aranda et al., 2009, 372).

1.10.4.4. Déficit emocional en adictos y alcohólicos

En su libro “La Inteligencia Emocional”, Daniel Goleman cuenta que tradicionalmente se ha considerado al adicto como un enfermo de las emociones. Se afirma que la falta de manejo emocional es el trasfondo neurótico que determina el desarrollo del alcoholismo y la drogadicción y que, mientras no se supere este trasfondo, será muy difícil que el adicto se recupere.

Goleman (1997) también habla sobre el Síndrome de la borrachera seca. Según el autor, una vez lograda la abstinencia del alcohol, la persona continúa presentando señales de descontrol emocional, de modo que su conducta no difiere demasiado de la que mostraba cuando consumía alcohol.

Por un lado, una de las principales causas de recaídas en los adictos es su incapacidad emocional para controlar situaciones que le generan frustración, dolor, ira, pena o tensión. Por otro lado, la incapacidad de manejar el triunfo es también causa de recaída en muchos adictos o alcohólicos, ya que aquellas emociones que se vinculan al éxito son tan intensas, que el adicto en recuperación no puede controlarlas y recae en el consumo de cocaína.

Teniendo en cuenta estos datos, se podría resumir que los adictos tienen algún grado de Déficit de Inteligencia Emocional que les impide manejar adecuadamente sus vidas; además, que la mayoría de los sujetos inicia el consumo de alcohol o drogas para controlar sus emociones; y, por último, que en gran parte de los casos, cuando el consumidor de drogas o alcohol deciden optar por la abstinencia, le cuesta demasiado controlar sus emociones sin depender de su adicción, por lo que existe un alto riesgo de recaídas si no se someten a un tratamiento adecuado.

1.10.4.5. La inteligencia emocional y la cocaína

Según los datos obtenidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2013), la cocaína es, después del cannabis, la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los jóvenes. De hecho, el consumo de cocaína comienza a desempeñar un papel importante entre los grupos de riesgo mejor integrados socialmente, ya que consumen estas drogas principalmente en su tiempo de ocio.

Así como vimos en los casos anteriores de adicciones a sustancias, el concepto de inteligencia emocional aparece también como una esperanza para ayudar a explicar el consumo de cocaína. Los desequilibrios emocionales son un gran factor de riesgo de cara al consumo abusivo de cocaína. El consumo regular de esta sustancia puede ayudar a los consumidores de esta droga a aliviar los estados de ánimo negativos que pueden surgir debido a los cambios propios de cada etapa evolutiva.

Una alta inteligencia emocional se relaciona con un menor número de conductas autodestructivas (Brackett y Mayer, 2003). Los factores de riesgos que se asocian a las complejas conductas adictivas son numerosos. Mientras que muchos de estos factores de riesgo no pueden ser modificados, las capacidades que incluye la inteligencia emocional pueden ser aprendidas y mejoradas previniendo así futuras conductas de riesgo para la salud. (Rossen y Kranzler, 2009; Mayer, Salovey y Caruso, 2008).

1.10.4.6. Teorías sobre la prevención del consumo

Los factores de riesgo al consumo de sustancias se podrían clasificar en tres grandes categorías (Gázquez, 2009: 23):

1. Factores Macrosociales: que agrupan variables del entorno social que son

susceptibles de condicionar la calidad de vida. Los aspectos más relevantes en esta categoría serían:

- Permisividad y aceptación social al consumo de sustancias.
- Accesibilidad y disponibilidad a las sustancias.
- Contribución de la publicidad y los medios de comunicación.
- Oferta recreativa con sustancias.
- Asociación con el consumo.

2. Factores Microsociales: se orientan a variables sociales en las que la persona interactúa más asiduamente y con una implicación mayor. Los aspectos que incluiría esta categoría serían:

- La familia.
- La escuela.
- El grupo de iguales.

3. Factores Individuales: que aglutinan todas aquellas características de carácter individual que influyen en el comportamiento. Entre las variables más importantes podríamos destacar las siguientes:

- Edad.
- Sexo.
- Información.
- Creencias y actitudes.
- Control de emociones.
- Autoconcepto y autoestima.

- Habilidades y competencias personales.
- Asertividad y vulnerabilidad a la persuasión.

Las teorías donde se sostiene la prevención del consumo de drogas y otras conductas adictivas, en pos de tratar de tener el control y reducir el impacto de los factores de riesgo, tuvieron su desarrollo en las décadas del ochenta y noventa del siglo XX, a través de distintas disciplinas, pero con una preponderancia desde la psicología. Si bien las teorías están de modo suficiente contrastadas, los programas preventivos que nacen basadas en ellas, no disponen de una eficacia y eficiencia adecuada, quedando muchas variables de riesgo sin cubrir, o en las que el efecto no produce los resultados beneficios que se esperaba.

Las teorías más relevantes y que han generado un mayor número de programas de prevención, se establecen en dos revisiones, donde los autores las compilan por su importancia. La primera de ellas es la que desarrollan Petraitis, Flay y Miller (1995) y la segunda la que propone Becoña (1999) (Gázquez, 2009).

La propuesta teórica que elaboran Petraitis et al. (1995) sobre las explicaciones de las adicciones, la estructuran en cinco grupos de teorías en función de sus características (Petraitis, et al., 1995, 45):

Teorías Cognitivo-Afectivas (Actitudes)

- Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975)
- Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988)

Teorías del Aprendizaje social

- Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al., 1979)
- Teoría del Aprendizaje Social/Cognitiva Social (Bandura, 1986)

Teorías del Apego Social

- Teoría del Control Social (Elliot et al., 1985, 1989)
- Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)

Teorías con características intrapersonales

- El Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
- Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)
- Modelo de varias etapas del Aprendizaje Social (Simons et al., 1988)
- Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)

Teorías que integran varios constructos (cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego e intrapersonales)

- Teoría de la Conducta Problema (Jessor y Jessor, 1977)
- Teoría del Cluster de Iguales (Oetting y Beauvais, 1987)
- Modelo de Vulnerabilidad (Sher, 1991)
- Modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982)

Becoña también elaborará su sistema clasificatorio (Becoña, 1999, 67):

Teorías Cognitivo-Afectivas (Actitudes)

- Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen,

1975)

- Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985, 1988)

Teorías del Aprendizaje social

- Teoría del Aprendizaje Social (Akers et al., 1979)
- Teoría del Aprendizaje Social/Cognitiva Social (Bandura, 1986)

Teorías del Apego Social

- Teoría del Control Social (Elliot et al., 1985, 1989)
- Modelo del Desarrollo Social (Hawkins y Weis, 1985)

Teorías con características intrapersonales

- El Modelo de Ecología Social (Kumpfer y Turner, 1990-1991)
- Teoría del auto-desprecio (Kaplan, Martin y Robbins, 1982, 1984)
- Modelo de varias etapas del Aprendizaje Social (Simons et al., 1988)
- Teoría de la interacción familiar (Brooks et al., 1990)

Se puede afirmar que en esta serie de teorías, cubren casi totalmente los factores de riesgo sobre el consumo de drogas de una u otra manera.

1.10.4.7. El papel de la inteligencia emocional en el tratamiento psicoterapéutico del adicto.

La inteligencia es uno de los tópicos más frecuentes en el estudio de la psicología

desde las bases de esta disciplina. Es pensada como uno de los procesos básicos principales para ejecutar acciones sobre todo. Las primeras elaboraciones teóricas se dan, “por un lado con la concepción de Galton, quien consideraba la inteligencia como una habilidad general de las personas que difieren entre ellas y que forman parte de su actividad cognitiva; y por el otro con la de Binet, quien veía la inteligencia como una habilidad direccionada, con adaptabilidad a afrontar nuevas situaciones”. (Becoña, 1999, 33). Quizás uno de los precursores en el estudio de la inteligencia que mayor distancia tomó de la corriente que hegemonizaba a principios del siglo XIX y que a finales de siglo incentivó los desarrollos de la inteligencia emocional, “fue Thorndike (1920) con su propuesta de inteligencia social, que definió como la capacidad para dirigir a las personas y actuar más certeramente en las relaciones interpersonales” (Becoña, 1999, 34).

La búsqueda de nuevos caminos de prevención del consumo de drogas está en auge, ya que las que se manejan en el presente siguen siendo escasas para resolver de mejor modo los objetivos preventivos. El corpus teórico que se aplica a la prevención de las adicciones se ha enriquecido de distintas disciplinas a lo largo del tiempo. En lo que hace a la investigación de la inteligencia emocional como estrategia en pos de afrontar los casos de adicción, fue incorporada hace pocos años a los estudios, y hacen de ella una disciplina de mucho potencial para la prevención de adicciones.

Las investigaciones elaboradas hasta el momento son alentadoras con respecto a la función de la inteligencia emocional en el proceso de prevención de las adicciones, si bien aún se está lejos de poder afirmar que puede cumplir un rol clave para todas las adicciones, dado que aún no se han realizado estudios sobre todas las drogas de consumo existentes, centrándose particularmente en el tabaco y el alcohol

fundamentalmente (Grillo, 2010).

En un estudio desarrollado por Kun y Demetrovics (2010), se identifican 51 artículos que incluyen la inteligencia emocional y las adicciones, y finalmente desarrollaron su trabajo con 36 artículos que cumplían los parámetros de inclusión, es decir, la relación entre inteligencia emocional y problemas adictivos. Llegaron a verificar que los niveles bajos de inteligencia emocional guardan relación con el comportamiento de fumar de forma compulsiva, un mayor uso de alcohol y de otras drogas ilegales. Los componentes de inteligencia emocional que se relacionan de modo más significativo con el comportamiento adictivo son la “descodificación y diferenciación de las emociones” y la “regulación de las emociones” (Kun y Demetrovics, 2010). Riley y Schutte (2003) en su investigación con población adulta llegaron a la conclusión que mostraba que los niveles bajos en inteligencia emocional es un elemento de predicción de vulnerabilidad ante el consumo de un modo problemático con el alcohol y el tabaco.

García del Castillo-López (2011) llevó adelante un estudio sobre el consumo de alcohol desde su vertiente preventiva, con un total de 411 adolescentes y jóvenes de Alicante. En sus conclusiones postula determinadas variables que tienen incidencia como elementos de riesgo al consumo. Entre estas se menciona la resistencia a la presión del grupo de iguales en conductas de consumo de alcohol, que se relaciona de modo positivo con los niveles de inteligencia emocional.

En un estudio realizado por Ruiz-Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González (2009) en Málaga, puede observarse cómo la inteligencia emocional tiene una función representativa en la prevención del consumo, en este caso de la cocaína. Con una muestra de 1841 estudiantes de secundaria, entre 12 y 18 años de edad, los autores

concluyen que una capacidad menor para percibir adecuadamente las emociones correlaciona con un mayor consumo de cocaína. Según los autores, el consumo de cocaína en niveles emocionales bajos deviene en una manera de autorregularse emocionalmente. En lo que hace a la diferencia entre sexos, se da en el estudio un menor consumo en las mujeres. En este sentido el estudio postula que la inteligencia emocional promueve una protección al consumo de cocaína.

El estudio de Trinidad y Johnson (2002) analiza el consumo de tabaco y alcohol en una muestra de 205 adolescentes del sur de California. El mismo da cuenta de que la inteligencia emocional se correlaciona de modo negativo con el consumo de estas sustancias. Así mismo los adolescentes estudiados que tienen una inteligencia emocional elevada, manifiestan una interrelación apropiada con sus pares, además de ser más resistentes a la presión de grupo (Trinidad y Johnson, 2002). Una investigación posterior en la que participaron los autores, con una muestra mayor de 416 adolescentes en la zona de Los Ángeles, muestra que un elevado nivel en inteligencia emocional está asociado con una percepción negativa del consumo de tabaco, además de mostrarse más resistentes a aceptar consumir tabaco cuando se le ofrece (Trinidad, Unger, Chou, Azen y Johnson, 2004).

Los estudios que relacionan la inteligencia emocional y las adicciones son aún escasos, pero es posible observar cierta regularidad, que manifiesta que los niveles elevados de inteligencia emocional significan una variable de protección moderadamente potente en lo que hace a la prevención de consumo de sustancias y ante la protección de las adicciones.

En estos trabajos se puede observar, que de manera independiente de la sustancia o el comportamiento adictivo que se estudia, la inteligencia emocional puede actuar como variable

moduladora del comportamiento final, lo que nos lleva a pensar que puede actuar como una medida preventiva de eficacia en los programas de prevención de las adicciones, sobre todo, porque sabemos que mediante programas de intervención se pueden mejorar significativamente los niveles de IE. La conducta adictiva se configura por una peculiar composición multifactorial que sigue dificultando el encontrar variables que expliquen su iniciación y consolidación en porcentajes altos, lo que implica necesariamente recurrir a diferentes estrategias y constructos que puedan hacer más eficiente el resultado final. Por ello se hace imprescindible continuar con la labor de investigación, buscando nuevos enfoques que consigan profundizar más en el problema de la prevención. Hemos podido analizar sucintamente el papel tan representativo que comienza a jugar la inteligencia emocional en la prevención de las adicciones.

1.11. Apoyo social, inteligencia emocional, autoeficacia y resiliencia como elementos claves para una mayor abstinencia, motivación y adherencia al tratamiento.

Con todo lo expuesto anteriormente, nos centraremos en este apartado en cuatro variables que consideramos claves para el abordaje del tratamiento de las drogodependencias; apoyo social, inteligencia emocional, autoeficacia y resiliencia, y cómo éstas pueden influir en una mayor abstinencia, motivación y adherencia al tratamiento.

Para tener claro la noción de apoyo social es conveniente hacer una diferenciación entre los términos red social y apoyo social (Orcasita y Uribe, 2010). Abelló y Madariaga (1999) definen la red social como un cúmulo de relaciones humanas que dejan una marca duradera en la vida de cualquier sujeto. Es decir, cuando hablamos de red social, estamos haciendo referencia a las características estructurales de las relaciones sociales y que a su vez están

constituidas por las personas significativas cercanas al individuo, formando lo que llamaríamos su ambiente social primario. Suele estar constituidas por los miembros de la familia de origen, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad. El matiz importante de las redes de apoyo es que son personas emocionalmente significativas para el individuo y suponen un gran aporte en lo que refiere a apoyo social. Las redes sociales cumplen de esta forma la función de suministrar el apoyo social, el cual genera instrumentos necesarios para que la persona se desenvuelva en su vida cotidiana (Gracia, 1997).

De esta forma y teniendo presente esta distinción, el apoyo social se erige como aspecto crucial para el desarrollo del bienestar individual y familiar, asegurando las necesidades y momentos de cambio dentro del proceso madurativo del sujeto (Orcasita y Uribe, 2010).

Numerosos estudios avalan la importancia que cumple el apoyo social, tanto referente a cantidad como calidad recibida, confirmando que está positivamente relacionado con mayor bienestar y mejor salud mental en general (Cohen et al., 1985; Schwarzer et al., 1995; Wills et al., 2001). Los principales pioneros en el tema de apoyo social fueron los autores Cassel, Cobb y Caplan en los años '70. Estos propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, así como de experiencias estresantes. Siguiendo con el desarrollo de la importancia que tiene el apoyo social para la adherencia al tratamiento y la motivación debemos de nuevo hacer una nueva distinción entre el apoyo social recibido y el percibido, de esta forma entenderemos mejor los diferentes posicionamientos de los sujetos. El apoyo recibido describe la dimensión objetiva, es decir la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un periodo de tiempo establecido. El percibido hace referencia a la magnitud subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del apoyo (Gómez, Pérez y Vila, 2001). Así, con todo lo mencionado anteriormente podemos conceptualizar como definición que el apoyo social implica beneficios reales o percibidos,

aportados por la comunidad, sociedad, amigos íntimos, etc.; en la misma dirección que apunta Barrón (1992), el cual afirma que el apoyo social ha de proveer de apoyo emocional, material e informacional. El apoyo emocional se refiere a elementos como confianza, afecto, bienestar, atención e interés; el apoyo material se refiere a la prestación de ayuda o asistencia material y el apoyo informacional implica consejos o asesoramiento relevante en determinadas situaciones (Aron, Nitsche y Rosenbluth, 1995; Hernández, Pozo, Morillejo y Martos, 2005; Fernández, 2005).

El estudio llevado a cabo por De Dios, Avedillo, Palao, Ortiz y Agud (2003), realizado con 55 adolescentes diabéticos entre 12 y 19 años y con los padres de familia, puso de manifiesto que el apoyo social específico a la enfermedad tanto por parte de la familia como de amigos es también un importante factor asociado a bienestar, ya que una red social y familiar correcta incentiva la tranquilidad emocional y el sentimiento de atención y cuidado por otros; concluyeron los autores que estos son medios necesarios para adaptarse bien al tratamiento. Existen otras investigaciones llevadas a cabo con adolescentes, por ejemplo, que habían sido víctimas de ataques terroristas, Shahar y Henrich (2008) en donde encontraron una interacción significativa entre el apoyo social y la depresión por la exposición a ataques terroristas, de tal forma que niveles altos de apoyo social redujeron los efectos de dichas experiencias en el estado de ánimo de los que los padecieron. Méndez y Barra (2008), realizó otra investigación con adolescentes infractores y no infractores de ley, concluyen que es necesario identificar recursos sociales aunque no estén en la persona y cuyo acceso sería posible a través de su red social, y la valoración que se hace de dicho apoyo, ya que permite tener más éxito en situaciones difíciles. Estos datos e investigaciones se pueden trasladar a nuestra población drogodependiente, sabiendo que la participación familiar resulta fundamental durante todo el tratamiento y estableciéndose como pieza clave. La idea es que

familiares y amigos colaboren en el curso de recuperación del adicto a la cocaína, promoviendo de esta forma mayor adherencia al tratamiento y motivación.

En general, el apoyo social resulta de gran importancia para entender las problemáticas que aparecen constantemente en las distintas fases del ciclo de vida, por los cambios biopsicosociales que se generan (Orcasita y Uribe, 2010). Lo cierto es que la inclusión de familiares y otros allegados en el tratamiento suele ser el motor impulsor para la consecución de mejores resultados en lo que respecta a la abstinencia a la droga (Higgins y cols., 1994).

Siguiendo con la inteligencia emocional (IE) como variable que creemos de suma importancia para conseguir mayor adherencia al tratamiento de drogodependencias y niveles altos de motivación, la definiríamos como la habilidad para sentir, usar, entender y regularizar las emociones. Hay que tener presente que las variables emocionales son fundamentales para interpretar el consumo abusivo de sustancias; además la variable IE bien podría incluirse en el estudio del caso como factor de potenciación en la adherencia al tratamiento, abstinencia y la motivación. En la investigación llevada a cabo por Kun y Demtrovics (2010), donde revisaron más de 40 artículos sobre IE y adicciones encontraron que muchos de ellos cumplían con los criterios establecidos, llegando a la conclusión de que una IE baja está vinculada con la conducta de fumar, el uso de alcohol y de drogas ilegales de manera más intensa. Hay que tener presente que una de las principales causas de recaídas en los adictos es su incapacidad emocional para gobernar situaciones que le produzcan frustración, dolor, ira, etc.; o por el contrario, la insuficiencia para manejar el éxito es también causa de recaída en muchos adictos, ya que las emociones que se vinculan con el logro son tan intensas que la persona en tratamiento no puede dominarlas y recae en el consumo de drogas, en nuestro caso cocaína (Goleman, 1997). Una alta IE está estrechamente vinculada con menor probabilidad de conductas autodestructivas (Brackett y Mayer, 2003). Los factores de riesgo asociados al

consumo son numerosos; algunos de estos factores de riesgo no puede ser modificados pero las capacidades que incluyen la IE pueden ser aprendidas y mejoradas previniendo así futuras conductas de riesgo para la salud (Rossen y Kranzler, 2009; Mayer, Salovey y Caruso, 2008).

Es importante señalar que los individuos con baja capacidad para observar y hacer frente a sus emociones son más vulnerables a consumo de sustancias dañinas como la cocaína. De esta forma, los individuos con baja puntuación en IE consumen drogas como procedimiento externo de autorregulación emocional. Desde el punto de vista psíquico, los adictos poseen una personalidad muy específica, ya que cuentan con muchos problemas para dirigir sus emociones (Ruiz Aranda et al., 2009).

Otra variable que creemos clave en el tratamiento de las adicciones y por tanto, en la consecución de la abstinencia es la autoeficacia. Esta se puede definir como un sentimiento auto-percibido de la idoneidad para realizar una conducta o tarea determinada, la cual influyen en la selección, el logro y el mantenimiento de costumbres saludables. Estos sentimientos de idoneidad o autoeficacia no tienen sentido si la persona no lo traslada a una situación concreta en la que pueda llevar a cabo una determinada conducta (Sánchez Hervás et al. 2004). Para Morales et al. (2011) la autoeficacia significa la expectativa que un individuo posee en relación a su capacidad de éxito para contener el impulso ante una conducta concreta; por ejemplo el consumo de cocaína, en situaciones de riesgo de consumo de drogas. En el estudio realizado por estos autores para comprobar la relación que había entre la autoeficacia y la atracción en consumidores de tabaco en sujetos universitarios, llegaron a la conclusión que las personas que se percibían más autoeficaces estaban más reforzados para mantener la abstinencia, a pesar de la gran tentación que todos ellos experimentaron. Esto se podría extrapolar a sujetos consumidores de cocaína.

Se ha comprobado la relación negativa que existe entre la autoeficacia percibida y el

consumo de alcohol, asiduidad y cantidad, consumo dependiente y consumo perjudicial. De esto se deduce que cuanto menor sea la autoeficacia en una persona mayor será la probabilidad de consumo de drogas, afirmando de que esta variable cognitiva puede resultar el aspecto con mayor transcendencia y la más efectiva para el control de las adicciones: abstinencia, motivación y adherencia al tratamiento (Hinojosa-García, Alonso-Castillo y Castillo-Muraira, 2012). Para Sánchez Hervás et al. (2004) la autoeficacia cumple un papel fundamental en la adquisición de conductas saludables; influyendo tanto, en la capacidad de las personas para enfrentarse a lo que le pueda surgir en la vida, desde mecanismos bioquímicos reguladores de estados de salud o enfermedad; como en el control directo que puede ejercer sobre las conductas a modificar para el bienestar de la salud. De esta manera con respecto a las adicciones el concepto de autoeficacia bien podría equivaler al nivel de autoconfianza para mantener la abstinencia en situaciones de riesgos de consumo. De esta forma, la probabilidad de esta variable independiente en la drogodependencias está sujeta a cada persona y conducta en particular y variará en cualquiera de las distintas dimensiones: magnitud, fuerza y generalidad.

En las investigaciones llevadas a cabo por Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno (2000), la autoeficacia resulta ser un concepto erigido globalmente que se refiere a la creencia constante de las personas sobre su capacidad para manejar apropiadamente una extensa gama de angustias de la vida cotidiana. Estos autores continúan diciendo que dicho constructo puede manifestarse mediante influencia tanto en los pensamientos como en las acciones y los sentimientos; pudiendo establecerse que las personas con pocas expectativas de esta naturaleza son propensas a presentar baja autoestima y poca confianza respecto de su propia capacidad. Sin embargo, cuando el individuo percibe autoeficacia en cuanto a los pensamientos, hace posible los conocimientos sobre las propias habilidades del individuo,

logrando que estos pensamientos funcionen como elementos motivadores.

Por último abordaremos la resiliencia como variable que determina en gran medida la adherencia al tratamiento del adicto y el factor motivacional. El término podría definirse como la capacidad de enfrentarse a acontecimientos negativos y salir fortalecido (Luthar, 1991; Garnezy, 1991; Masten et al., 1990; Rutter, 1985; Werner y Smith, 1982). Existen diferentes estudios que indican la influencia positiva, en mayor o menor medida, que presenta la resiliencia en aspectos como la drogadicción (Omar et al., 2011; Panadero y Muñoz, 2014; Sánchez y Barrón, 2003). En la resiliencia intervienen aspectos como la autoestima, el apoyo social, la IE, el autocontrol, el bienestar subjetivo, entre otros, elementos que pueden influir en la misma. De esta forma la resiliencia podría ser también la capacidad de recuperarse después de sufrir un estrés fuerte o suceso traumático. Todo esto nos ayudaría a centrarnos más en la fortaleza de la persona que en sus debilidades, como señala la psicología positiva (Fergus & Zimmerman, 2005).

En conclusión, queremos comprobar en el presente trabajo de investigación la influencia de estas cuatro variables; apoyo social, inteligencia emocional, autoeficacia y resiliencia, en aspectos determinantes para el éxito del tratamiento de sujetos adictos a la cocaína como es la abstinencia, adherencia al tratamiento y la motivación.



OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo general

La presente investigación pretende contribuir a ampliar el conocimiento sobre esta problemática que pueda llevar a incrementar las posibilidades de intervención desde el ámbito psicológico sobre el fenómeno de las drogodependencias.

El objetivo general consiste en evaluar la influencia de la inteligencia emocional, resiliencia, apoyo social y autoeficacia en la prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencias a la cocaína y sus consecuencias.

2.1.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos de esta investigación se establecen un conjunto de evaluaciones y análisis referentes todos ellos a una muestra de la población adicta a la cocaína de la provincia de Alicante y Murcia. Por una parte se evalúa:

- La inteligencia emocional
- El apoyo social
- La resiliencia
- El consumo de cocaína
- La autoeficacia
- La motivación
- La adherencia al tratamiento
- El nivel de recaídas

Por otra parte se analizan:

- Las relaciones existentes entre inteligencia emocional, apoyo social, resiliencia, consumo, autoeficacia, motivación, recaídas y adherencia al tratamiento, con el objetivo de aumentar las probabilidades de rehabilitación de los afectados.

2.2. Hipótesis

En vistas del gran consumo de drogas que hoy en día se produce, nuestra investigación intenta buscarle algunas de las respuestas y causas para este problema que aqueja a la sociedad actual. Siendo que las tasas de consumos son tan altas: el alcohol (78,3%), el tabaco (40,7%), los hipnosedantes (12,2%), el cannabis (9,2%), la cocaína (2,2%), el éxtasis (0,7%), las anfetaminas (0,6%), alucinógenos (0,3%), la heroína (0,1%) y los inhaladores volátiles (0,1%), en personas entre 15 y 64 años (EDADES 2013). Y considerando que también existe un número considerable de demandas de tratamiento para la rehabilitación del consumo de drogas y que la cocaína se erige como una de las drogas con mayor adicción y mayor demanda de tratamiento, aunque también mayor recaídas, entendemos que es necesario encontrar una respuesta a este problema. Desde una perspectiva psicológica y social pretendemos hallar posibles factores y variables que interfieren a la hora de considerar los patrones de aquella persona con adicción a las drogas y analizar como principal “regulador” el grado de inteligencia emocional de la persona, es por esto que formulamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantener la abstinencia.

Hipótesis 2: Los déficits o mal funcionamiento de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional están negativamente vinculados a la capacidad de recuperación.

Hipótesis 3: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor motivación para dejar la cocaína.

Asimismo, consideramos que existen otros factores determinantes a la hora de encontrarle causas a este problema. Podemos establecer, siguiendo a Caballero Martínez (2005), que los sujetos que tienen mayor dependencia a la cocaína son aquellos que presentan situaciones conflictivas en el orden social y familiar, es decir careciendo de apoyo o sustento afectivo y emocional por parte de la sociedad o de los propios miembros de su familia. Siendo que el apoyo por parte de los otros es primordial para que se produzca una mejor recuperación y se minimicen las posibilidades de una recaída consideramos que:

Hipótesis 4: Existe una relación positiva estadísticamente significativa de tal modo que a mayor apoyo social (familia, iguales y sanitarios) mayor adherencia al tratamiento.

La motivación y la capacidad de resiliencia influyen fuertemente en la adherencia al tratamiento de rehabilitación frente a la adicción a la cocaína, como también a la predisposición a la adicción. La capacidad de resiliencia, por su parte, provee formas de manejo para las situaciones de crisis, que pueden ser percibidas como buenas o malas de acuerdo a ciertas pautas establecidas por Saucedo (2003); tanto la flexibilidad, su propia identidad, la individuación, la discriminación de la persona a las situaciones de riesgo, la integración, las habilidades sociales, el sentido de la vida, la fortaleza psicológica; así como las cualidades básicas de la personalidad. Por su parte Caballero Martínez (2005) afirma que hay que hacer hincapié en la necesidad de que los pacientes puedan reconocer a sí mismo el abuso o la dependencia y que la solución pasa por la abstinencia, porque no existe una “cura” para el problema con la cocaína, que para ellos suele pasar por un consumo controlado. El papel de la terapia psicoeducativa resulta de gran ayuda a lo largo del tratamiento, así como hacerles conscientes de su adicción. Esto suele contribuir razonablemente al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y de esta forma la mejora del trastorno y encontramos como principios básicos de la psicología de la Motivación el fin de producir cambios rápidos, entrenando las propias habilidades de la persona y movilizándolo los recursos internos. La falta de motivación no corresponde a uno de los patrones de la personalidad del adicto (Prochaska y Prochaska, 2011), sino que interfiere en muchos de los casos, limitando las posibilidades de la recuperación. Es por esto que afirmamos que:

Hipótesis 5 : Las personas con mayor resiliencia tienen mayor probabilidad de mantener la abstinencia.

Hipótesis 6: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor motivación para dejar la cocaína.

Hipótesis 7: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína.

Hipótesis 8: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo.

La adherencia al tratamiento es una de las principales causas de fracaso terapéutico y uno de los problemas mayores a los que se enfrentan los profesionales en el campo de las adicciones. Una de sus formas más comprometidas es la renuncia prematura al tratamiento, siendo esto un indicador casi infalible de la vuelta al consumo. Este hecho acredita conceder atención especial a este grave problema (Lois Ibáñez y Álvarez García, 2009).

Las tasas de abandonos que presentan estos tipos de trastornos son muy superiores en comparación con otras psicopatologías (Swett y Noones, 1998; MacNair y Corazzini, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). Además, los índices de renuncia en los tratamientos por consumo de cocaína son superiores a los de otras sustancias (Fishman, Reynolds y Riedel, 1999; Veach, Remley, Kippers y Sorg, 2000). Por esta razón señalamos que:

Hipótesis 9: Las personas con mayor Inteligencia Emocional tienen mayor adherencia al tratamiento.

Hipótesis 10: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor adherencia al tratamiento.

Por último, nos parece importante resaltar la importancia de la inteligencia emocional en los aspectos que estamos tratando y sobre todo a la hora de hablar de recuperación y de adicciones. Al constituirse la Inteligencia Emocional como una manera de relacionarse con el entorno, prestando atención a las emociones, con destrezas tales como el control de los impulsos, la empatía, la autodisciplina, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la constancia, entre otras (Goleman, 1995); se erige como un factor fundamental en las adicciones, su tratamiento, así como las recaídas. Es por esto que la carencia o déficit de Inteligencia emocional repercute en muchos de los aspectos de la vida de las personas, ya que es un factor importante a la hora de vivir en sociedad. Es por esto que manifestamos que:

Hipótesis 11: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína.

Hipótesis 12: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo.



METODOLOGÍA

3. METODOLOGÍA

3.1. Método

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa en la que se persigue la elaboración de un modelo explicativo, tendente a dar cuenta de la relación entre la inteligencia emocional y la adicción a la cocaína. Además de incluir algunas de las variables que han demostrado su efectividad en programas de prevención de recaídas y tratamiento de las drogodependencias, se incluyen otras variables más recientes y menos estudiadas como la inteligencia emocional.

3.2. Diseño

En este estudio el diseño utilizado es de tipo descriptivo transversal y ex post facto para analizar las variables estudiadas. En el modelo diseñado nos encontramos con variables descriptivas, variables dependientes y variables independientes (ver apartado 3.5).

3.3. Participantes

La población objeto de esta investigación abarca a hombres y mujeres adultos consumidores de cocaína que solicitan ayuda en servicios y/o centros públicos y privados destinados a tratamiento de drogodependencias (Clínica Cazorla de Alicante y Proyecto Hombre de Alicante y Murcia).

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes consumidores de cocaína o policonsumo donde esté presente como sustancia principal la cocaína y permanezcan abstinentes como mínimo un mes.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Patologías duales, pacientes con diagnóstico psiquiátrico previo, alcoholismo, heroinómanos u otra sustancia que no sea cocaína.

La muestra es intencional y está compuesta por 123 individuos; estas son, personas con problemas de adicción a la cocaína que se encuentran en tratamiento en centros de tratamiento de drogodependencias de la provincia de Alicante y Murcia que cumplan con los criterios descritos.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Consentimiento Informado

Los individuos que son seleccionados para las investigaciones, en este caso personas adictas a la cocaína y que cumplan los criterios de inclusión, deben aceptar las condiciones que dicha investigación imponga. Según Sánchez Hervás (2004) incluye la aceptación de ser asignados de manera aleatoria al tratamiento, de modo que quedarían excluidos los que quisieran recibir un tratamiento en particular y los que desearan participar en la planificación de su tratamiento (Roberts et al, 1999).

3.4.2. Inteligencia Emocional Rasgo

En segundo lugar, ya que nuestra investigación está centrada en la relación entre la adicción y su tratamiento y la Inteligencia Emocional es importante hacer referencia a ella. Utilizaremos, el TEIQue-SF (Trait Emotional Intelligence Questionnaire), en su versión breve. Este instrumento cuenta con 30 afirmaciones que los participantes deben calificar del 1 al 7 (Escala de Likert, que abarca desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo). Los resultados se suman y se comparan con la tabla de resultados validados que se manifiesta como una medida para evaluar los cambios en los patrones emocionales tras una inducción experimental de estado de ánimo. El instrumento se compone de las siguientes sub-escalas: 1) Expresión emocional 2) Empatía 3) Automotivación 4) Autocontrol-Autorregulación emocional 5) Felicidad-Satisfacción vital 6) Competencia Social 7) Estilo reflexivo (baja impulsividad) 8) Percepción Emocional 9) Autoestima 10) Asertividad 11) Dirección Emocional de otros 12) Optimismo 13) Habilidades de Mantenimiento de las emociones 14) Adaptabilidad 15) Tolerancia al Estrés.

El TEIQue-SF proporciona una medida general de la inteligencia emocional, pero además de las sub-escalas anteriormente mencionadas, los autores proponen factores en función de la estructura que siguen los ítems en la versión más larga del instrumento. La definición y composición de los factores responde a la siguiente clasificación:

- Bienestar: Altas puntuaciones en este factor muestran un sentido generalizado de bienestar, extendiéndose desde logros y/o experiencias pasadas a expectativas futuras. Sobre todo, las personas con altas puntuaciones se sienten positivos, felices y plenos. En contraste, si se

obtiene una baja puntuación, las personas tienden a un bajo auto-refuerzo y decepción sobre cómo es su vida en la actualidad. El estado de bienestar depende, en gran medida, de las puntuaciones en los otros tres factores de la escala. Este factor está formado por los ítems 5, 9, 12, 20, 24 y 27.

- **Autocontrol:** Altas puntuaciones en este factor indican un grado saludable de control sobre sus urgencias y deseos. Además de ser capaces de controlar sus impulsos, teniendo una alta capacidad para regular la presión externa y el estrés. Estas personas tienen un control expresivo adecuado. Por el contrario, bajas puntuaciones indican conductas impulsivas y parecen incapaces de manejar el estrés. Bajo autocontrol se asocia con inflexibilidad. Está formado por los ítems 4, 7, 15, 19, 22 y 30.
- **Emocionalidad:** Las personas con altas puntuaciones en este factor consideran que tienen un amplio rango de habilidades emocionales. Son capaces de percibir y expresar emociones y utilizan estas habilidades para desarrollar y mantener relaciones estrechas con otras personas de su entorno. Aquellos que puntúan bajo encuentran dificultades para reconocer sus estados emocionales y expresar sus sentimientos a otros, lo cual suele llevarles a relaciones personales menos reforzantes. Este factor lo forman los ítems 1, 2, 8, 13, 16, 17, 23 y 28.
- **Sociabilidad:** Este factor se diferencia del factor emocional presentado anteriormente en que enfatiza las relaciones sociales y la influencia social. Centrándose en la capacidad de la persona para comportarse de manera óptima en diversos contextos sociales, más que en las relaciones personales y amigos íntimos. Se consideran que tienen buena capacidad de escucha y que se comunican de forma clara y segura con personas de

diversos ambientes. Puntuaciones bajas indican que se perciben incapaces para influir en las emociones de los otros, y es menos probable que sean buenos negociadores y relaciones públicas. Se sienten inseguros sobre qué decir o hacer en situaciones sociales y, como resultado, parecen tímidos y reservados. Este factor está formado por los ítems 6, 10, 11, 21, 25 y 26.

Los ítems 3, 14, 18 y 29 contribuyen únicamente el valor global de la inteligencia emocional y no se incluyen en ninguno de los factores.

3.4.3. Apoyo social percibido

El apoyo social es un constructo multidimensional con diferentes aspectos estructurales y funcionales, que puede ser medido a través de varios instrumentos. El apoyo que reciben los individuos con adicciones es muy importante a la hora de encarar un tratamiento. Este apoyo que recibe el adicto, tanto de su familia, como de organizaciones e instituciones e, incluso del propio terapeuta, facilita el tratamiento, disminuye el abandono del mismo y puede prevenir la recaída en la adicción. El apoyo social se medirá a partir del Test EASP, que mediante una serie de ítems permite la evaluación del apoyo que reciben cada uno de los individuos con adicciones. Esta prueba, construida por Terol, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor (2002) es un instrumento muy breve y de fácil administración. Fue elaborado para aplicación mediante entrevista. Permite evaluar proveedores disponibles o potenciales de apoyo, y proveedores de apoyo percibidos presentados en un listado que define la relación de cada uno de ellos con el paciente. Se añade la posibilidad de añadir otros proveedores no

mencionados. Además, se completa su evaluación atendiendo a la adecuación del apoyo en términos de satisfacción con el apoyo de cada proveedor. También es importante señalar que este instrumento ofrece información sobre las acciones específicas de apoyo que lleva a cabo cada uno de los proveedores.

3.4.4. Resiliencia

La Resiliencia funciona como uno de los mecanismos de los individuos que le ayudan a poder afrontar las diferentes situaciones y los cambios en su vida, es decir, su adaptación. Es muy importante tener en cuenta la resiliencia ya que nos proporcionará datos fiables sobre la capacidad de los individuos con adicciones para poder sobrellevar un tratamiento, e intentar evitar la recaída. Para medir esta variable utilizaremos la escala de Resiliencia propuesta por Wang y Young (1993), que establece una escala que abarca desde el 1 (Totalmente en desacuerdo) al 7 (Totalmente de acuerdo) en 25 afirmaciones. La cual se subdivide en dos factores: competencia personal (ítems 1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17,18, 19, 20, 23, 24) y aceptación de sí mismo y de su vida (ítems 4, 6, 7, 8, 16, 21,22, 25).

3.4.5. Consumo de Cocaína

El consumo de cocaína será medido, mediante el test ESCON (García del Castillo, López-Sánchez, Gázquez y García del Castillo-López, 2011), a partir del cual se puede medir el consumo de sustancias, que evaluará la cantidad de drogas que ingieren durante un período de tiempo.

3.4.6. Autoeficacia

La autoeficacia de cada individuo participante en la investigación será calculada mediante un test que cuenta con una escala de 10 ítems con un diseño tipo Likert de 4 opciones, que van desde Muy de acuerdo a Muy en desacuerdo. El instrumento está adaptado para población española de la Escala de Autoeficacia General (Baessle y Schwarzer, 1996). La autoeficacia puede considerarse, en general, como un constructo completo que abarca la creencia estable de las personas en cuanto a la capacidad para manejar apropiadamente un amplio repertorio de factores estresantes durante la vida. En los distintos estudios realizados la escala ha presentado una consistencia interna considerable en cuanto a validez, fiabilidad y datos normativos. Además su fiabilidad es muy adecuada, posee una considerable capacidad predictiva, lo que la hace apta para ser aplicada con suficiente garantía en el presente trabajo (Sanjuán, Pérez y Bermúdez 2000).

Esta prueba muestra situaciones hipotéticas a las que imaginariamente debe enfrentarse y que el sujeto debe responder para observar la autoeficacia en relación a sus características propias de personalidad, que le permitan mantener el tratamiento de cocaína sin recaer nuevamente en el consumo.

3.4.7. Motivación

Esta prueba se basa en el Test de Richmond (1977), el cual se diseñó para medir la motivación al abandono del tabaco, adaptándola para el caso de la cocaína como sustancia adictiva. Podemos medir la motivación a abandonar la adicción y asumir un tratamiento por parte de los participantes de la investigación. Este test permite valorar la probabilidad del cese de la adicción a la cocaína, poniendo énfasis en la motivación

del sujeto. La conclusión es clara: si los resultados son bajos, se debe trabajar en la motivación para poder elevarla. El test adaptado distribuye los resultados en cuatro niveles de probabilidad para que dicho cese sea exitoso: bajo, dudoso, moderado y alto. Su estructura está desglosada en 5 preguntas que demandan una serie de respuestas que van desde contestar sí o no, hasta elegir una opción en una escala de menor a mayor grado.

A continuación describimos cómo se estructura el Test:

1. ¿Te ha costado mucho trabajo dejar la cocaína? Nada-Poco-Bastante-Mucho
2. ¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína? Nada-Poco-Bastante-Mucho
3. ¿Con qué ganas dejaste la cocaína? Nada-Pocas-Bastante-Muchas
4. ¿Continuarás sin consumir cocaína en las próximas semanas? No-Dudoso-Probable-Sí
5. ¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína? No-Dudoso-Probable-Sí

La interpretación de sus resultados se cuadra dentro de los siguientes parámetros:

- Motivación máxima: 16-20
- Motivación moderada: 11-15
- Motivación baja: < 11

3.4.8. Recaídas

Se utilizará el inventario de situaciones precipitantes de la recaída y estrategias de afrontamiento en la adicción a la cocaína. Es una adaptación del inventario realizado por Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez (1997). Consiste en la presentación al paciente de una lista de situaciones que para algunas personas les puede producir ganas de consumir cocaína. Se le pide que conteste a cada una de ellas en función de si considera

que es una situación “muy peligrosa”, “bastante peligrosa”, “poco peligrosa” o “nada peligrosa” para volver a consumir; además de que, en caso de que se le haya presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, qué estrategia utilizaría para afrontarla adecuadamente (anexo, 8.7).

3.4.9. Adherencia al tratamiento

Cuestionario creado *ad hoc* que pretende medir aquellos aspectos que influyen en el abandono del tratamiento y por tanto, aquellos otros que hacen que un paciente se adhiera al mismo. Para la creación del cuestionario se tiene en cuenta la escala y subescalas del VPA-30 (Sirvent, 2009). Consta de 24 ítems con respuestas cerradas para mayor rapidez en su administración.

3.4.10. Encuestas

Por último, a fin de recolectar la mayor información posible de los sujetos adultos adictos a la cocaína, evaluar su Cociente Intelectual y determinar la efectividad de la Inteligencia Emocional como estrategia para prevenir recaídas en estos pacientes, el instrumento a utilizar se realizará en base a entrevistas personales, para ello:

Módulo I: Cuestionario creado ad hoc, que consiste en una entrevista diseñada para consultar a adultos consumidores de cocaína que ha sido elaborada en base a las variables de instrumento demográfico y de historia personal de consumo de sustancias tóxicas, empleando los siguientes ítems: dependencia a la droga, nivel socioeconómico y cultural, nivel de creencia religiosa y la relación de los cocainómanos con las sustancias

tóxicas en general. Consta de 32 preguntas con posibilidad de respuesta abierta en algunos casos y en otros con respuesta cerrada.

Módulo II: Por último, se presentará un test a completar por el profesional para medir el Cociente Emocional de los pacientes adictos a cocaína y con riesgo de recaída. Como ya dijimos, el test a utilizar será el TEIQue-SF, es decir la versión breve y modificada del TEIQue, test que mide la inteligencia emocional de las personas en base a ciertos ítems. A su vez, en esta etapa se aplicarán también los test descritos anteriormente, con el fin de evaluar cada una de las variables que intervienen en nuestra investigación.

3.5. Variables:

3.5.1. Variables descriptivas

Variabes demográficas. Se incluyen: edad, n° de hijos, estado civil, nivel socioeconómico, nivel cultural, profesión, nivel de creencia religiosa.

Variabes de historia personal de consumo de sustancias tóxicas. Tipo de sustancia, frecuencia de consumo, intensidad del consumo, duración de los episodios de consumo, vía de administración, uso concomitante de otras sustancias, consumo de otros miembros de la familia, intención de volver a consumir, existencia de tratamientos previos, edad de inicio en el consumo.

Variabes psicopatológicas asociadas. Historia psiquiátrica anterior, ansiedad, distimia, depresión mayor, trastornos por estrés postraumático, trastorno de adaptación, trastorno antisocial.

3.5.2. Variables independientes

- Inteligencia emocional: Puntuación de los factores del TEIQue y su puntuación global.
- Apoyo social: El contexto sociofamiliar del individuo.
- Resiliencia.
- Autoeficacia.

3.5.3. Variables dependientes

- Abstinencia.
- Motivación.
- Adherencia al tratamiento.

3.6. Procedimiento

Las personas participantes fueron contactadas por medio de instituciones de salud e invitadas a participar en el estudio; telefónicamente, las que llevaban más de un año de tratamiento y la frecuencia de asistencia al centro era menor; físicamente, los pacientes que acudían al centro con más asiduidad. Aquellas que aceptaron voluntariamente fueron citadas para la aplicación de los instrumentos en sus respectivos lugares de atención, esto se hizo de forma grupal e individual. De manera previa a la firma del consentimiento informado, los participantes conocieron los objetivos del estudio, sus riesgos y beneficios, así como el anonimato de sus respuestas. La recogida de datos fue realizada por profesionales de la psicología debidamente entrenados para tal fin. El periodo de recolección de información duró 6 meses en 2012.



RESULTADOS

4. RESULTADOS

4.1 Resultados

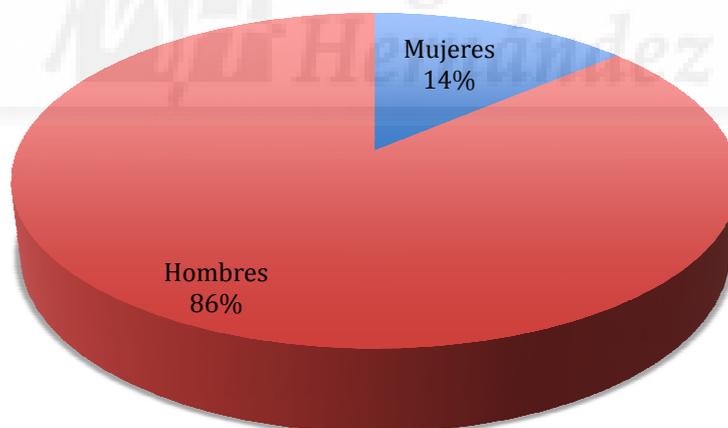
La muestra está compuesta por un total de 123 personas. Se eliminaron 6 personas debido a que gran parte de la información requerida fue dejada en blanco. Por lo que la muestra final se compuso de 117 personas.

En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos, seguidamente los datos relacionados con el consumo de drogas y finalmente la información relativa al consumo en la familia y tratamiento.

4.1.1. Datos sociodemográficos

La distribución por sexo se recoge en el siguiente gráfico:

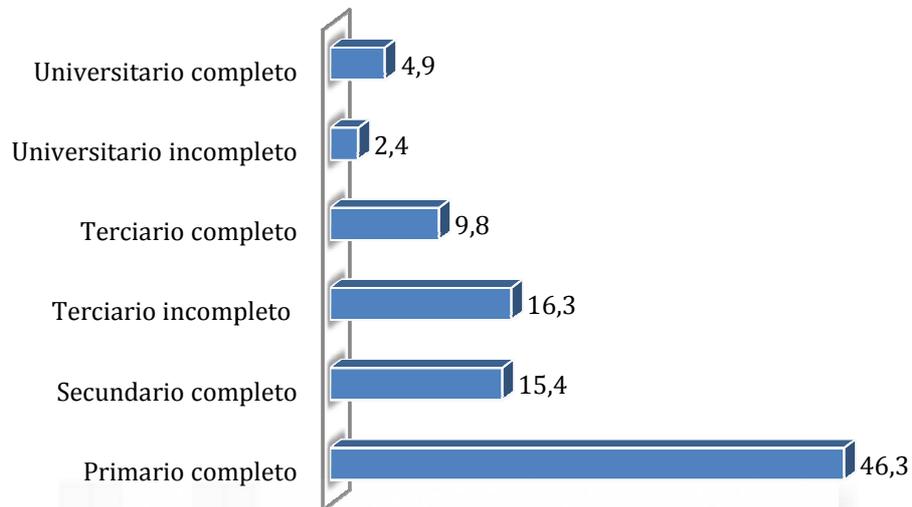
Gráfico 4.1. Distribución según sexo.



La media de edad de los participantes en el estudio es de 35,14 (desviación estándar: 6,53). Si se analiza por intervalos, el 23,9% tiene entre 18 y 30 años. El 51,4% entre 31 y 40 años, finalmente el 24,8% entre 41 y 50. Una persona indica que tiene 52 y 8 no indicaron su edad.

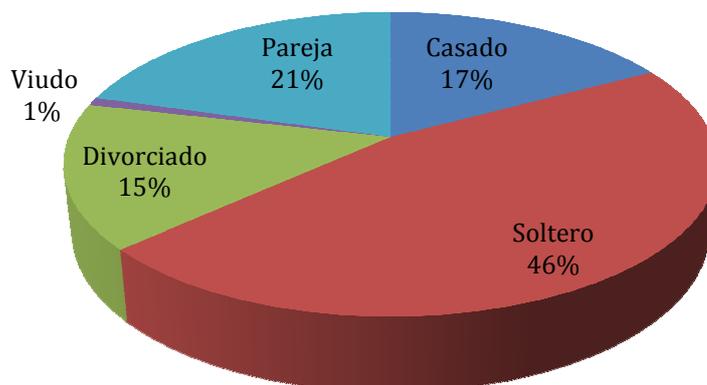
La distribución por nivel educativo muestra que la mayor parte de los sujetos posee sólo el nivel primario y sólo un 5% ha finalizado estudios universitarios.

Gráfico 4.2. Porcentaje de personas según nivel de estudios



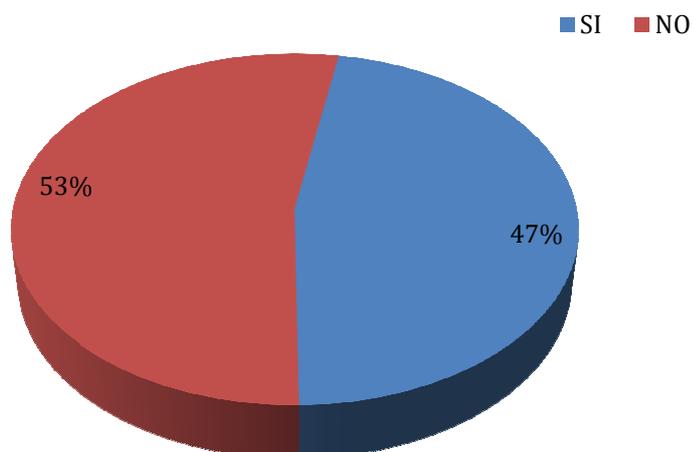
La mayor parte de los participantes están solteros, siendo el siguiente grupo casado o en pareja.

Gráfico 4.3. Porcentaje de sujetos en función de su situación sentimental.



En lo referente a su situación laboral, prácticamente la mitad de los sujetos, 47% trabaja, mientras que el resto no lo hace.

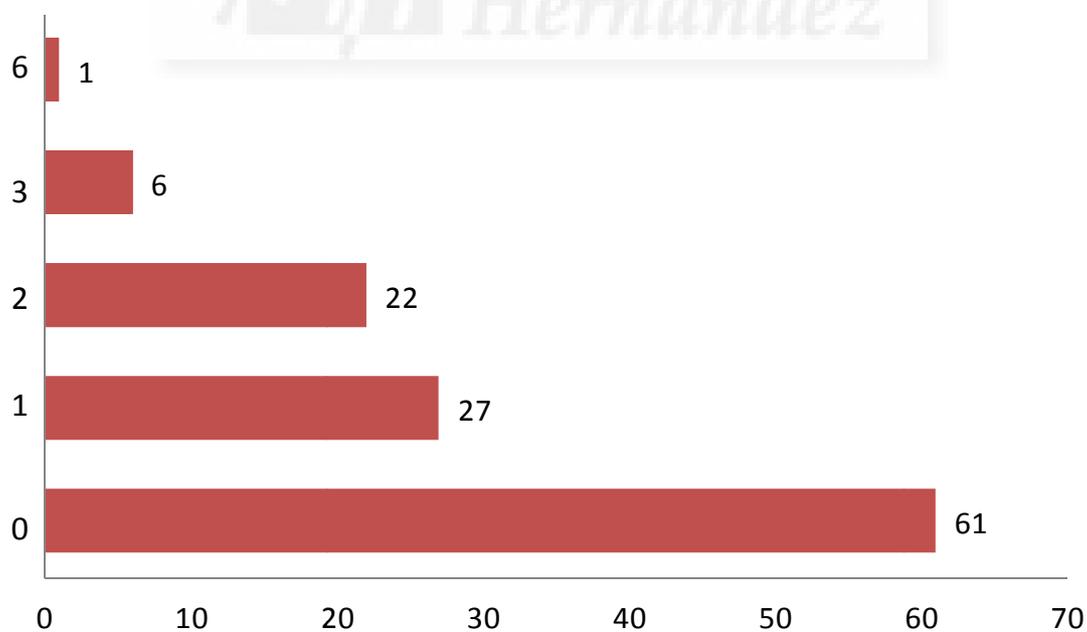
Gráfico 4.4. Porcentaje de persona que están trabajando



De los que trabajan la mitad aproximadamente, 52% , son además el sostén familiar. Mientras que de los que no trabajan tan sólo son sostén el 33%.

Respecto al número de hijos, la distribución se presenta según el siguiente gráfico:

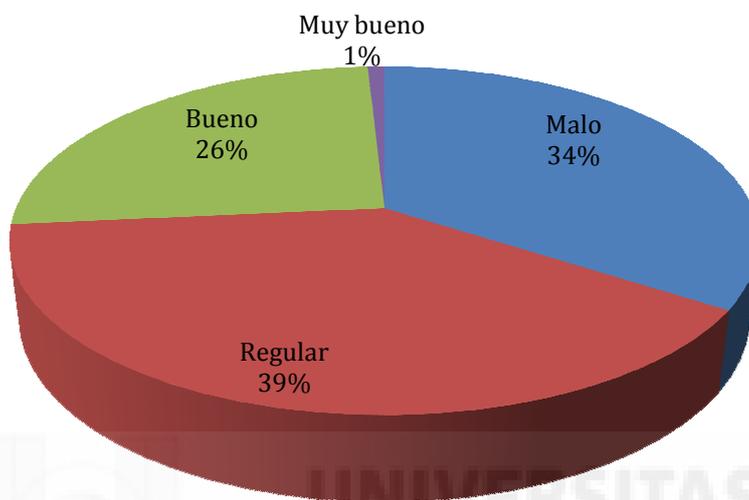
Gráfico 4.5. Número de personas con un determinado número de hijos.



De las 56 personas que tienen hijos, 41 los tienen a su cargo, mientras que el resto no.

En casi tres cuartos de la muestra el nivel socioeconómico se percibe como malo o regular.

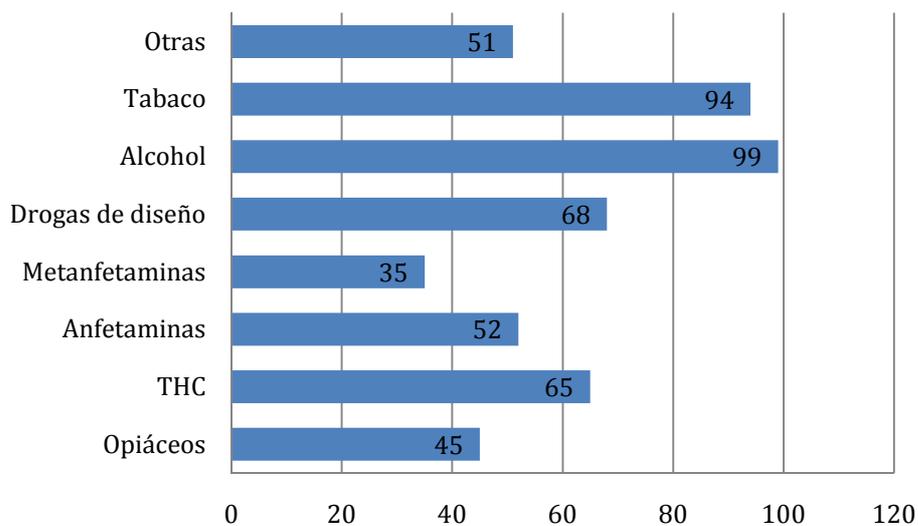
Gráfico 4.6. Percepción del nivel socioeconómico



4.1.2. Consumo de drogas

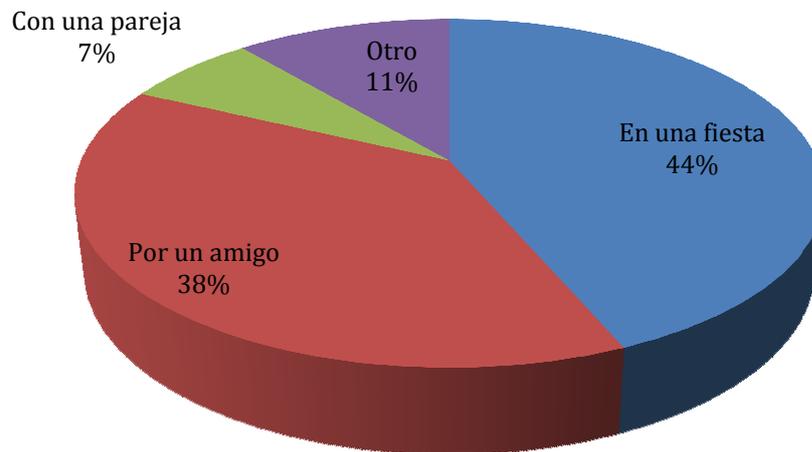
En lo referente al consumo de drogas todos, excepto 8, han consumido otras drogas además de la cocaína (ver gráfico).

Gráfico 4.7. N° personas que indican el consumo de sustancias diferente a la cocaína.



A la hora de iniciarse en el consumo de drogas, los participantes, en su mayoría, se inician en una fiesta.

Grafico 4.8. Porcentaje de personas en función de en qué circunstancias inician su consumo



Aproximadamente un tercio de la muestra (27,6%) se consideraba consumidor ocasional, el siguiente tercio (34,1%) consumidor abusador y el último (33,3%) consumidor compulsivo.

En cuanto al consumo por semana, los sujetos indicaron las siguientes frecuencias.

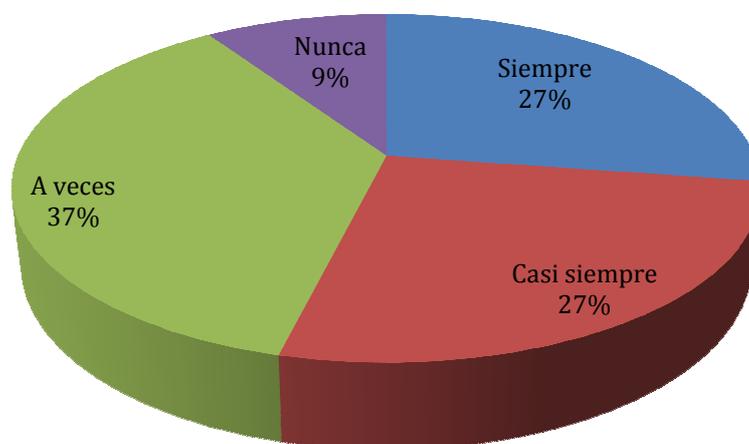
Gráfico 4.9. Porcentaje de frecuencias de consumo semanal



En la inmensa mayoría (90,6%) se consumía aspirando la droga, mientras que sólo un 7,7% la fumaba. Una persona indicó “inyectada” y otra “otros”.

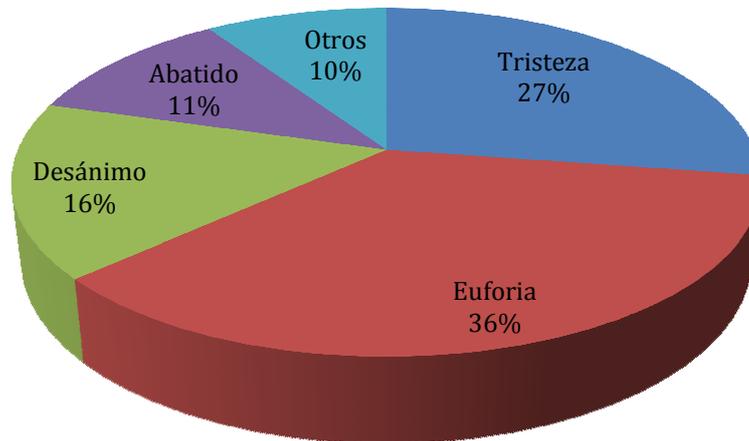
Poco más del 50% de la muestra consideraba que siempre o casi siempre podía controlar su adicción.

Gráfico 4.10. Porcentaje de personas que indican que podían controlar su adicción.



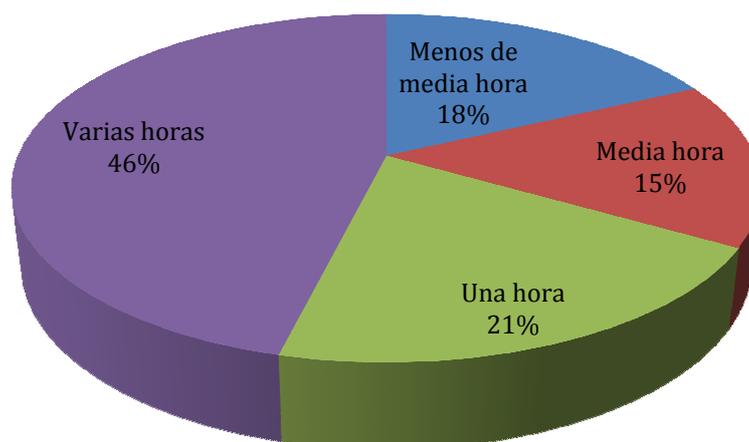
La mayor parte de los sujetos al consumir manifiestan que sentían euforia, sin embargo un gran porcentaje sentían tristeza.

Gráfico 4.11. Porcentaje de sentimientos después del consumo



Casi la mitad de las personas indican que el efecto les duraba varias horas, mientras que el resto oscila entre una hora y menos.

Gráfico 4.12. Porcentaje de duración del efecto

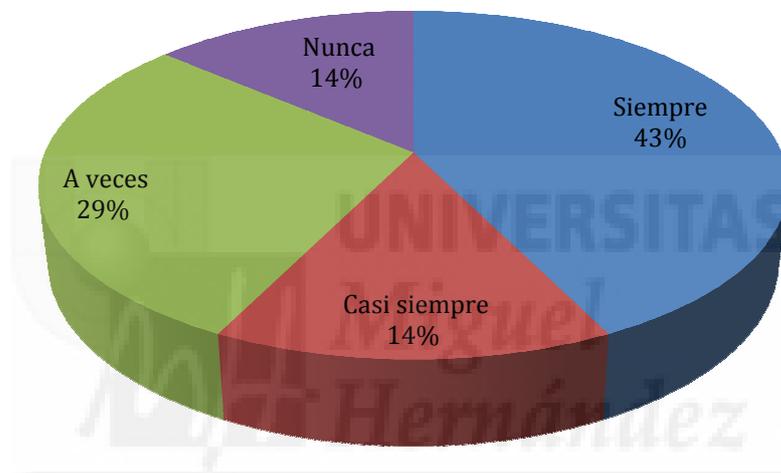


El 81,2% de los participantes ha sido hospitalizado como mucho una vez por efecto del consumo, mientras que el 11,1% ha sido hospitalizado entre 2 y 4 veces. El 5,1% ingresó en el

hospital entre 4 y 10 veces y el 2,6% restante (3 personas) tuvieron que ingresar más de 10 veces.

En lo referente a si consideran que su adicción afectaba a su desempeño laboral, gran parte de la muestra indicó que siempre (42,7%), mientras que prácticamente un tercio indicaba que “a veces” o “nunca”.

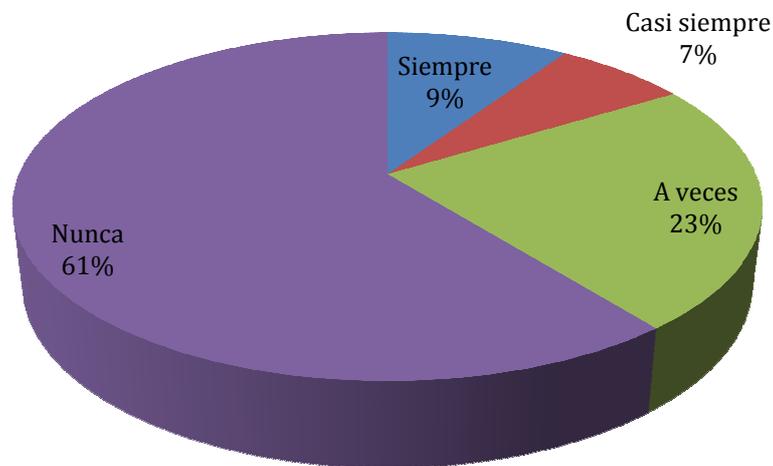
Gráfico 4.13. Porcentaje de personas que indican que su adicción afecta a su desempeño laboral.



4.1.3. Infancia y entorno familiar

Una amplia mayoría no consumió drogas en su infancia, aunque llama la atención el resto de porcentajes.

Gráfico 4.14. Porcentajes de sujetos que indicaron consumo de drogas en la infancia.

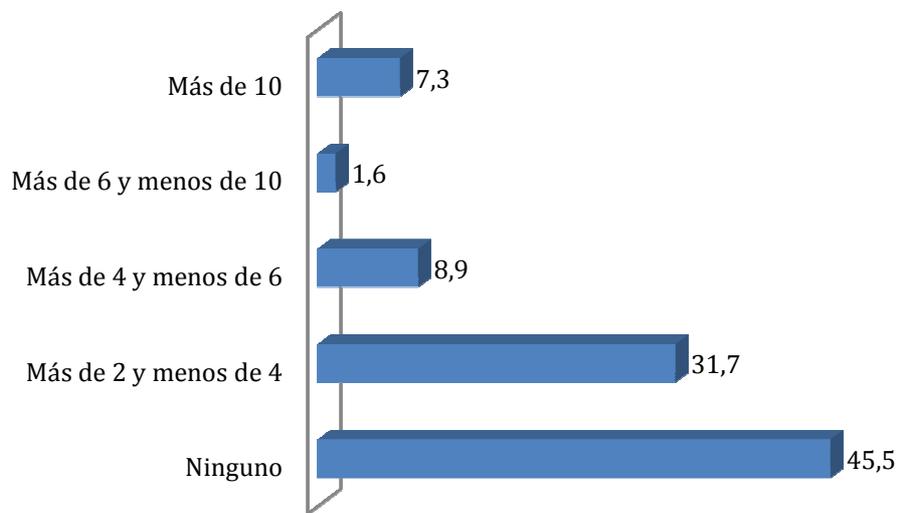


En cuanto a si en su ámbito familiar se consumen o han consumido drogas, el 12% dice que su padre sí. Sólo el 1% indica que la madre consume. El porcentaje de hermanos sube hasta el 32,5%, mientras que el de la pareja se sitúa en el 19,7%.

4.1.4. Tratamiento y abstinencia

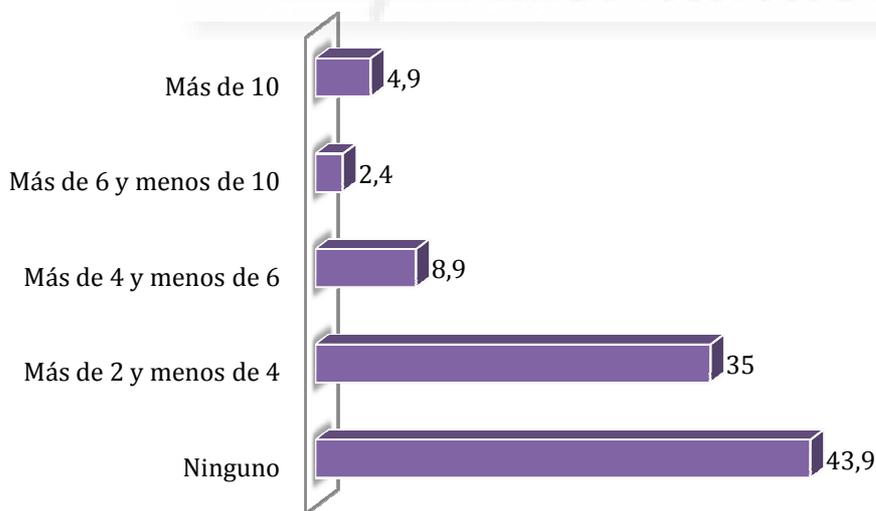
El porcentaje de personas que no habían recibido nunca tratamiento farmacológico se sitúa en el 45,5%, mientras que el resto se distribuye según el siguiente gráfico. Un 5% no respondió a esta pregunta.

Gráfico 4.15. Porcentaje de número de tratamientos farmacológicos recibidos.



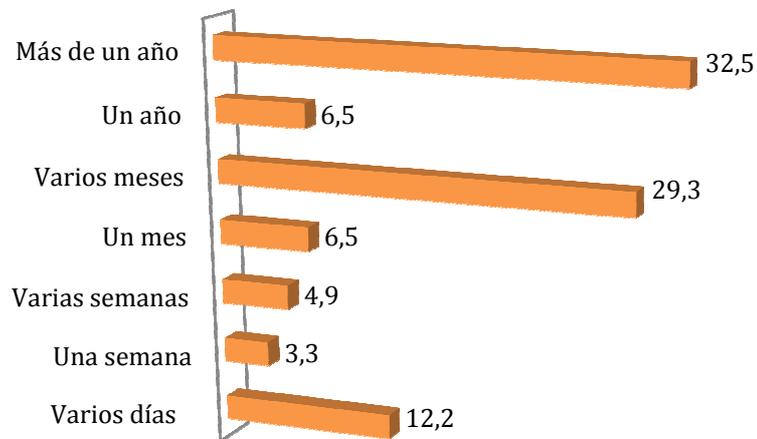
Los porcentajes relacionados con el tratamiento psicoterapéutico son muy similares, encontrando también un 5% que no respondió a esta pregunta.

Gráfico 4.16. Porcentaje de número de tratamientos psicoterapéuticos recibidos.



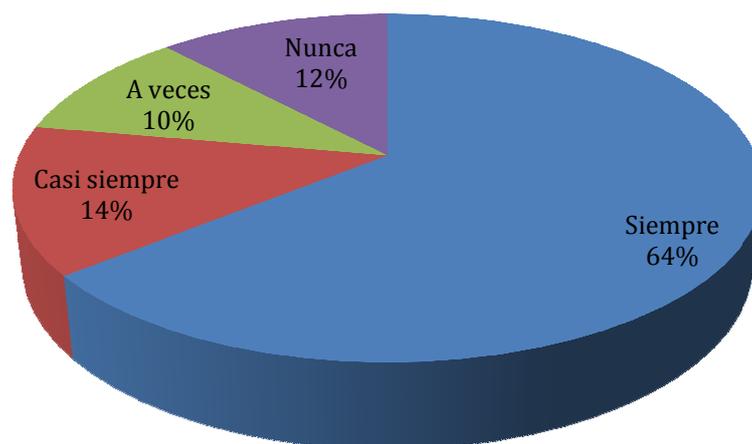
En lo relativo al tiempo que permaneció abstinentes, casi un tercio de la muestra indica que llegó a estar más de un año, poco más de otro tercio indican que estuvieron entre varios meses y un año. De forma detallada se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico 4.17. Porcentaje de personas que indican un determinado tiempo de abstinencia



Finalmente en cuanto a la contención actual en el consumo de cocaína, la gran mayoría logra decirse contenerse siempre o casi siempre, mientras que llama la atención que un 12% diga que nunca.

Gráfico 4.18. Porcentaje de contención actual en el consumo de cocaína.



4.1.5. Contrastes de hipótesis

Para realizar el análisis de las hipótesis, en primer lugar se realiza una división de la muestra clasificando a los sujetos en función de la puntuación obtenida en cada una de las variables independientes (TEIQue, Resiliencia, Autoeficacia y Apoyo Social (Familia, Iguales y Sanitarios)).

Con el objetivo de tener una mayor precisión en las variables analizadas, también se dividió la muestra para cada uno de los componentes de dichas variables:

TEIQue: Bienestar, autocontrol, emocionalidad y sociabilidad.

Resiliencia: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida.

Para realizar dichas clasificaciones se utilizó el SPSS mediante un análisis de tablas de frecuencias, dividiendo el total de la muestra en 5 categorías diferentes en función de la puntuación obtenida en ellas. Siempre que se disponga de una distribución donde la categoría puedan contener el 20% aproximadamente se utilizará dicho porcentaje como referencia, caso contrario se agruparán en un menor número de categorías aumentando el porcentaje de personas en cada grupo. Tal y como se representa en las siguientes tablas.

Tabla 4.1. Clasificación de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables del cuestionario TEIQue.

Variable	Categoría	Puntuación	Porcentaje de sujetos
TEIQue Total			
	1	< 117	20,3
	2	117 - 124	19,5
	3	125 - 137	19,5
	4	138 - 153	20,4
	5	> 153	20,3
TEIQue Bienestar			
	1	< 24	22
	2	24 - 28	16,2
	3	29 - 31	21,1
	4	32 - 34	18,7
	5	> 34	22
TEIQue Autocontrol			
	1	< 20	20,3
	2	20 - 22	20,4
	3	23 - 24	20,3
	4	25 - 29	18,7
	5	> 29	20,3
TEIQue Emocionalidad			
	1	< 29	22
	2	29 - 32	17,8
	3	33 - 36	16,3
	4	37 - 41	24,4
	5	> 41	19,5
TEIQue Sociabilidad			
	1	< 24	22,8
	2	24 - 25	17
	3	26 - 28	19,5
	4	29 - 41	20,4
	5	> 41	20,3

Tabla 4.2. Clasificación de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables del cuestionario Resiliencia.

Variable	Categoría	Puntuación	Porcentaje de sujetos
Resiliencia	1	< 110	20,3
	2	110 - 122	20,4
	3	123 - 135	20,3
	4	136 - 149	20,3
	5	>149	18,7
Resiliencia Competencia Personal	1	< 3,13	20,3
	2	3,13 - 3,65	21,2
	3	3,66 - 4,06	20,3
	4	4,07 - 4,47	18,7
	5	> 4,47	19,5
Resiliencia: Autoaceptación	1	< 4,27	20,3
	2	4,27 - 4,88	18,7
	3	4,89 - 5,50	23,6
	4	5,51 - 6,13	20,3
	5	> 6,13	17,1

Tabla 4.3. Clasificación de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables del cuestionario Apoyo Social

Variable	Categoría	Puntuación	Porcentaje de sujetos
Apoyo social Percibido Familia	1	< 6	35,9
	2	6	47,9
	3	> 6	16,2
Apoyo social Percibido Iguales	1	<5	20,5
	2	5	32,5
	3	> 5	47,0
Apoyo social Percibido Sanitarios	1	< 4	39,3
	2	4 - 7	29,1
	3	> 7	31,6
Apoyo social Satisfacción Familia	1	< 10	21,4
	2	10-11	15,4
	3	12	24,8
	4	13 - 15	17
	5	> 15	21,5
Apoyo social Satisfacción Iguales	1	< 5	49,6
	2	5 - 7	29
	3	> 7	21,4
Apoyo social Satisfacción Sanitarios	1	< 3	39,3
	2	4 - 7	35,9
	3	> 7	24,8

Tabla 4.4. Clasificación de la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en las variables del cuestionario Autoeficacia.

Variable	Categoría	Puntuación	Porcentaje de sujetos
Autoeficacia	1	< 27	23,1
	2	27-29	14,2
	3	30-32	18
	4	33-35	15,4
	5	> 35	29,3

Como se puede observar en la tabla 4.1, para la variable TEIQue Total, aquellos sujetos que hayan obtenido una puntuación menor a 117 estarán representados dentro de la categoría 1. La categoría 2 (19,5%) haría referencia a cada una de las personas que han obtenido puntuaciones entre 117 y 124 en dicha variable. Los sujetos que han puntuado entre 125 y 137 pertenecen a la categoría 3. La categoría 4 contiene la agrupación de los sujetos con una puntuación entre 138 y 153. Finalmente las personas que han obtenido una puntuación mayor a 153 están incluidos en la categoría 5. Este mismo razonamiento, en función de la distribución de las respuestas, se siguió para el resto de variables.

Una vez asignadas las categorías a cada uno de los sujetos en función de su puntuación en las correspondientes variables, se realizaron los cálculos para comprobar las hipótesis. En todos los casos se utilizaron pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis para muestras independientes) mediante el paquete estadísticos SPSS.

Hipótesis 1: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantener la abstinencia.

Para realizar el contraste de esta hipótesis se analizó si existen diferencias entre las 5

categorías establecidas teniendo en cuenta la puntuación obtenida en los ítems “¿Cuánto tiempo permaneció abstinentes?” y “Actualmente me contengo de cara al consumo de cocaína”. Los resultados se presentan en las tablas 4.5 y 4.6

Tabla 4.5. Contraste de hipótesis 1. “¿Cuánto tiempo permaneció abstinentes?”

Variable	Significación
TEIQUE Total	,233
TEIQUE Bienestar	,039
TEIQUE Autocontrol	,217
TEIQUE Emocionalidad	,115
TEIQUE Sociabilidad	,611

Tabla 4.6. Contraste de hipótesis 1. “Actualmente me contengo de cara al consumo de cocaína”.

Variable	Significación
TEIQUE Total	,001
TEIQUE Bienestar	,005
TEIQUE Autocontrol	,309
TEIQUE Emocionalidad	,203
TEIQUE Sociabilidad	,243

Como se puede observar en la tabla 4.5, la distribución de la muestra en las 5 categorías para las variables: TEIQUE total, TEIQUE Autocontrol, TEIQUE Emocionalidad y TEIQUE Sociabilidad es equivalente, no existiendo diferencias significativas entre ellas. Sin embargo para la variable TEIQUE bienestar sí aparece diferencias en la distribución de las categorías.

Para determinar entre qué categorías concretas existen diferencias en dicha variable se realiza la comparación por parejas (tabla 4.7).

Tabla 4.7. Comparación por parejas según la puntuación TEIQue bienestar y el tiempo de abstinencia.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
3,000-4,000	-3,241	9,672	-,335	,738	1,000
3,000-2,000	11,623	9,945	1,169	,243	1,000
3,000-1,000	20,960	9,242	2,268	,023	,233
3,000-5,000	-23,453	9,069	-2,586	,010	,097
4,000-2,000	8,382	10,346	,810	,418	1,000
4,000-1,000	17,719	9,672	1,832	,067	,670
4,000-5,000	-20,212	9,507	-2,126	,034	,335
2,000-1,000	9,337	9,945	,939	,348	1,000
2,000-5,000	-11,829	9,785	-1,209	,227	1,000
1,000-5,000	-2,493	9,069	-,275	,783	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Los resultados sólo presentan diferencias entre las parejas: categoría 1 (rango promedio: 67,70) y categoría 3 (rango promedio: 46,64); categoría 3 y categoría 5 (Rango promedio: 70,09); y categoría 4 (rango Promedio:49,88) frente a categoría 5 (rango promedio: 70,09).

Si se analizan estos resultados parece existir una relación en forma “U” de tal modo que tanto si se tiene una puntuación baja en esta variable, como si se obtiene alta, existe una mayor percepción de haber permanecido más tiempo abstinentes. Hay que destacar que aunque no son significativas las diferencias entre la categoría 1 (rango promedio 67,60) y la categoría 5 (70,09), esta última es mayor, por lo que parece que existe una tendencia de a mayor

puntuación en esta variable, mayor tiempo abstinentes.

Tras el análisis de los resultados de la tabla 4.5, se pasa a analizar los datos de la tabla 4.6. En dicha tabla se observa que la contención del consumo es diferente en función de la puntuación obtenida en el TEIQue Total, así como en el TEIQue bienestar. Mientras que el resto de factores del TEIQue no aparecen diferencias significativas.

En primer lugar pasa a exponerse el detalle de las diferencias de categorías en el TEIQue Total (tabla 4.7.1).

Tabla 4.7.1. Comparación por parejas según la puntuación TEIQue Total y la ausencia de consumo actual.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-2,000	-9,275	8,562	-1,083	,279	1,000
1,000-4,000	-13,218	8,464	-1,562	,118	1,000
1,000-3,000	-23,542	8,373	-2,811	,005	,049
1,000-5,000	-33,188	8,373	-3,963	,000	,001
2,000-4,000	-3,944	8,650	-,456	,648	1,000
2,000-3,000	-14,267	8,562	-1,666	,096	,956
2,000-5,000	-23,913	8,562	-2,793	,005	,052
4,000-3,000	10,323	8,464	1,220	,223	1,000
4,000-5,000	-19,969	8,464	-2,359	,018	,183
3,000-5,000	-9,646	8,373	-1,152	,249	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Esta tabla muestra que las diferencias significativas aparecen por un lado entre los sujetos de la categoría 1 (rango promedio 43,02) y la categoría 3 (rango promedio: 66,56). Por otro lado también aparecen diferencias significativas entre la categoría 1 y la categoría 5 (rango promedio: 76,21). De este modo se observa claramente que a mayor puntuación en el TEIQue total mayor capacidad para contenerse en el consumo actualmente.

En la siguiente tabla 4.7.2 se presenta de manera detallada las diferencias en la contención del consumo actual en función de la puntuación obtenida en TEIQue Bienestar.

Tabla 4.7.2. Comparación por parejas según la puntuación TEIQue Bienestar y la ausencia de consumo actual.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
2,000-1,000	3,511	8,828	,398	,691	1,000
2,000-3,000	-10,091	8,828	-1,143	,253	1,000
2,000-4,000	-14,758	9,184	-1,607	,108	1,000
2,000-5,000	-28,840	8,686	-3,320	,001	,009
1,000-3,000	-6,580	8,204	-,802	,423	1,000
1,000-4,000	-11,248	8,586	-1,310	,190	1,000
1,000-5,000	-25,330	8,051	-3,146	,002	,017
3,000-4,000	-4,668	8,586	-,544	,587	1,000
3,000-5,000	-18,750	8,051	-2,329	,020	,199
4,000-5,000	-14,082	8,440	-1,669	,095	,952

Siguiendo los resultados de la tabla 4.7.2 se observa que las personas incluidas en la categoría 5 poseen un rango promedio significativamente más alto que las personas incluidas

en la categoría 1 (rango promedio: 50,3), categoría 2 (rango promedio: 46,79) y la categoría 3 (rango promedio: 56,88). Por lo que se puede afirmar que una mayor puntuación en TEIQue Bienestar favorece una mayor contención en el consumo actual.

Así, según todo lo expuesto se puede afirmar que la hipótesis 1 se ha visto confirmada puesto que tanto si se le pregunta sobre el tiempo de abstinencia en el pasado, como su abstinencia actual, las personas con una mayor puntuación en TEIQue Bienestar, en los dos casos y TEIQue total en el último caso, poseen un mayor rango promedio.

Hipótesis 2: Los déficits o mal funcionamiento de habilidades relacionadas con la inteligencia emocional están negativamente vinculados a la capacidad de recuperación.

Los resultados para el contraste de esta hipótesis se presentan en la tabla 4.8.

Tabla 4.8. Contraste de hipótesis 2. “¿Cuánto tiempo permaneció abstinentes?” y “Actualmente me contengo de cara al consumo de cocaína” /Autoeficacia.

Variable	Significación
Tiempo abstinencia	,823
Abstinencia actual	,233

De este modo se observa que no existen diferencias significativas en los rangos promedio de la autoeficacia en función del tiempo de abstinencia, ni en función de la ausencia de consumo actual. Por lo tanto la hipótesis 2 no se confirma.

Hipótesis 3: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor motivación para dejar la cocaína.

Esta hipótesis se pone a prueba mediante el contraste en las puntuaciones obtenidas en el ítem TM3: “¿Con qué ganas dejaste la cocaína?” en función de la categoría asignada según nivel de inteligencia emocional.

Tabla 4.9. Contraste de hipótesis 3. “¿Con qué ganas dejaste la cocaína?” / Inteligencia Emocional.

Variable	Significación
TEIQUE Total	,007
TEIQUE Bienestar	,126
TEIQUE Autocontrol	,099
TEIQUE Emocionalidad	,047
TEIQUE Sociabilidad	,057

Los resultados presentados en la tabla 4.9 muestran diferencias significativas en las categorías de TEIQUE Total y de TEIQUE Emocionalidad.

A continuación se pasa a analizar en detalle la comparación por parejas en el caso de TEIQUE total (Tabla 4.10)

Tabla 4.10. Comparación por parejas según la puntuación TEIQUE Total y las ganas de dejar la cocaína.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
2,000-1,000	15,078	8,580	1,757	,079	,789
2,000-4,000	-15,078	8,580	-1,757	,079	,789
2,000-3,000	-16,833	8,667	-1,942	,052	,521
2,000-5,000	-32,198	8,580	-3,753	,000	,002
1,000-4,000	,000	8,492	,000	1,000	1,000
1,000-3,000	-1,755	8,580	-,205	,838	1,000
1,000-5,000	-17,120	8,492	-2,016	,044	,438
4,000-3,000	1,755	8,580	,205	,838	1,000
4,000-5,000	-17,120	8,492	-2,016	,044	,438
3,000-5,000	-15,365	8,580	-1,791	,073	,733

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

La tabla 4.10 muestra que aparecen diferencias entre la categoría 5 (Rango promedio: 78,24) y las categorías 1 (Rango promedio 61,12), 2 (Rango promedio: 46,04) y 4 (Rango promedio 61,12).

Por otro lado, si nos centramos en el factor TEIQue Emocionalidad se puede observar en la tabla 4.11 que aparecen diferencias significativas entre la categoría 5 (Rango promedio: 75,73) y las categorías 1 (Rango promedio: 53,48) y 2 (Rango promedio: 52,93).

Tabla 4.11. Comparación por parejas según la puntuación TEIQue Emocionalidad y las ganas de dejar la cocaína.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
2,000-1,000	,547	8,519	,064	,949	1,000
2,000-3,000	-10,356	8,263	-1,253	,210	1,000
2,000-4,000	-12,899	9,448	-1,365	,172	1,000
2,000-5,000	-22,794	8,761	-2,602	,009	,093
1,000-3,000	-9,809	7,903	-1,241	,215	1,000
1,000-4,000	-12,352	9,136	-1,352	,176	1,000
1,000-5,000	-22,248	8,423	-2,641	,008	,083
3,000-4,000	-2,543	8,897	-,286	,775	1,000
3,000-5,000	-12,439	8,163	-1,524	,128	1,000
4,000-5,000	-9,896	9,361	-1,057	,290	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Por lo que considerando las diferencias de los rangos promedio en TEIQue total y

TEIQue Emocionalidad, se puede afirmar que las personas con un mayor nivel de inteligencia emocional tendieron a presentar mayor motivación para dejar la cocaína. Confirmándose la hipótesis 3.

Hipótesis 4: Existe una relación positiva estadísticamente significativa de tal modo que a mayor apoyo social y familiar mayor adherencia al tratamiento.

Esta hipótesis se contrastó en función de los resultados obtenidos en el cuestionario Escala de Apoyo Social Percibido (EASP) y la puntuación obtenida en el ítem: “Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia”.

Dicha escala mide tanto el apoyo social percibido, como la satisfacción con dicho apoyo.

En los resultados de la tabla 4.12 se observa que sólo en el caso de percibir apoyo por parte del personal sanitario aparecen diferencias significativas en la posibilidad de no abandonar el tratamiento.

Tabla 4.12. Contraste de hipótesis 4. Posibilidad de abandonar el tratamiento a corto plazo. Apoyo percibido

Variable	Significación
Apoyo percibido Familia	,431
Apoyo percibido Iguales	,557
Apoyo Percibido Sanitarios	,007

En la comparación por parejas (tabla 4.13) se observa que aquellas personas que reciben apoyo de enfermeras y médicos muestra un mayor rango promedio (70,24), que los que no reciben apoyo por ninguna de las figuras sanitarias (rango promedio: 49,18). Cuando sólo se recibe apoyo por parte de médicos o enfermeras (rango promedio: 58,28), aunque las diferencias no son significativas, la puntuación es claramente inferior a cuando se percibe el apoyo de las dos figuras.

Tabla 4.13. Comparación por parejas según el apoyo percibido y la posibilidad de abandonar el tratamiento.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-2,000	-9,099	6,869	-1,325	,185	,556
1,000-3,000	-21,065	6,725	-3,132	,002	,005
2,000-3,000	-11,966	6,989	-1,712	,087	,261

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Respecto a los análisis referidos a la satisfacción con el apoyo percibido (Tabla 4.14).

Se observa que existen diferencias, de nuevo, sólo en el caso del personal sanitario

Tabla 4.14. Contraste de hipótesis 4. “Posibilidad de abandonar el tratamiento a corto plazo”. Satisfacción con el apoyo.

Variable	Significación
Apoyo percibido Familia	,814
Apoyo percibido Iguales	,593
Apoyo Percibido Sanitarios	,004

De forma concreta, la comparación por parejas (Tabla 4.14.1) presenta diferencias significativas cuando el sujeto está satisfecho con el apoyo de los dos grupos de sanitarios (categoría 3), siendo mucho más alta (rango promedio: 74,97), que si está satisfecho sólo con uno de los grupos sanitarios (categoría 2. Rango promedio: 55,57), o con ninguno de los dos grupos (categoría 1. Rango promedio: 51,99). Por lo que una mayor satisfacción con el conjunto del personal sanitario contribuirá a una menor probabilidad de abandonar el tratamiento, por lo tanto mayor adherencia.

Tabla 4.14.1. Comparación por parejas según la posibilidad de abandonar el tratamiento a corto plazo. Satisfacción con el apoyo.

Muestra 1 – Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
2,000–3,000	-19,396	7,267	-2,669	,008	,023
1,000–3,000	-22,977	7,201	-3,191	,001	,004
1,000–2,000	-3,581	6,449	-,555	,579	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Estos resultados confirman la hipótesis 4 para el Apoyo Social de los sanitarios, pero la descartan para el Apoyo Social de familiares e iguales.

Hipótesis 5 : Las personas con mayor resiliencia tienen mayor probabilidad de mantener la abstinencia.

Esta hipótesis se comprobó analizando la diferencias de distribución entre las categorías de la variable resiliencia, así como entre sus factores para la pregunta “¿Cuánto tiempo permaneció abstinentes?” y la afirmación “Actualmente me contengo de cara al consumo de cocaína”.

Los resultados muestran que no existen diferencias entre los rangos promedio de sendas categorías en cada una de las variables (Tabla 4.15 y Tabla 4.16).

Tabla 4.15. Contraste de hipótesis 5. “¿Cuánto tiempo permaneció abstigente?” / Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,105
Resiliencia Competencia Personal	,890
Resiliencia Autoaceptación	,791

Tabla 4.16. Contraste de hipótesis 5. “Actualmente me contengo de cara al consumo de cocaína” / Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,156
Resiliencia Competencia Personal	,052
Resiliencia Autoaceptación	,238

Por lo tanto se debe rechazar la hipótesis 5.

Hipótesis 6. Las personas con mayor resiliencia tienen mayor motivación para dejar la cocaína.

Esta hipótesis se comprobó a través del análisis de la distribución de las respuestas a la pregunta “¿Con qué ganas dejaste la cocaína?” en las categorías de la variable resiliencia y sus factores.

Tabla 4.17. Contraste de hipótesis 6. “¿Con qué ganas dejaste la cocaína?” Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,187
Resiliencia Competencia Personal	,322
Resiliencia Autoaceptación	,027

Como se puede observar sólo aparecen diferencias significativas para la variable Resiliencia/ Autoaceptación. Concretamente las diferencias se dan entre la categoría 1 (rango promedio: 45,34) y la 5 (rango promedio: 72) (ver tabla 4.18).

Por lo tanto, según lo expuesto se confirma la hipótesis 6 para el caso de la Resiliencia Autoaceptación.

Tabla 4.18. Comparación por parejas según la puntuación Resiliencia Autoaceptación y ganas de dejar la cocaína.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-2,000	-16,225	8,675	-1,870	,061	,614
1,000-3,000	-20,350	8,194	-2,484	,013	,130
1,000-4,000	-21,040	8,492	-2,478	,013	,132
1,000-5,000	-26,660	8,887	-3,000	,003	,027
2,000-3,000	-4,124	8,383	-,492	,623	1,000
2,000-4,000	-4,815	8,675	-,555	,579	1,000
2,000-5,000	-10,435	9,062	-1,152	,250	1,000
3,000-4,000	-,690	8,194	-,084	,933	1,000
3,000-5,000	-6,310	8,603	-,734	,463	1,000
4,000-5,000	-5,620	8,887	-,632	,527	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Hipótesis 7: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína

El contraste de esta hipótesis se realizó mediante la pregunta ¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína? y su distribución en las categorías de Resiliencia y sus factores. En la tabla 4.19 se observa que no existen diferencias entre las categorías.

Tabla 4.19. Contraste de hipótesis 7. “¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína?” Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,587
Resiliencia Competencia Personal	,393
Resiliencia Autoaceptación	,250

Así la hipótesis 7 no se ha confirmado.

Hipótesis 8: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo

Para comprobar esta hipótesis se analizó las puntuaciones obtenidas en el ítem “¿Continuarás sin consumir en las próximas semanas?” y en el ítem “¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína? según su agrupación en las categorías de la variable resiliencia y sus factores.

Tabla 4.20. Contraste de hipótesis 8. “¿Continuarás sin consumir en las próximas semanas?” /Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,532
Resiliencia Competencia Personal	,541
Resiliencia Autoaceptación	,006

Los resultados muestra que sólo aparecen diferencias significativas para el caso de la Resiliencia Autoaceptación. El análisis por pareja (tabla 4.21) determina que las diferencias aparecen entre las categoría 1 (rango promedio: 52,86) y la categoría 3 (rango promedio: 65). Y entre la categoría 1 y la categoría 2 (rango promedio: 67,52). Los rangos promedios en el resto de categorías son muy similares: Categoría 4: 60,06 y Categoría 5: 65.

Tabla 4.21. Comparación por parejas según la puntuación Resiliencia/ Autoaceptación y seguir sin consumir en las próximas semanas.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-4,000	-7,200	4,309	-1,671	,095	,948
1,000-3,000	-12,140	4,158	-2,920	,004	,035
1,000-5,000	-12,140	4,510	-2,692	,007	,071
1,000-2,000	-14,662	4,402	-3,331	,001	,009
4,000-3,000	4,940	4,158	1,188	,235	1,000
4,000-5,000	-4,940	4,510	-1,095	,273	1,000
4,000-2,000	7,462	4,402	1,695	,090	,901
3,000-5,000	,000	4,366	,000	1,000	1,000
3,000-2,000	2,522	4,254	,593	,553	1,000
5,000-2,000	2,522	4,599	,548	,583	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Respecto al consumo en los próximos 6 meses en función de la resiliencia y sus factores (tabla 4.22), aparecen diferencias significativas tanto para el caso de la resiliencia general como para la resiliencia/ autoaceptación.

Tabla 4.22. Contraste de hipótesis 8. “¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína?” /Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,013
Resiliencia Competencia Personal	,308
Resiliencia Autoaceptación	,001

Para resiliencia general las diferencias por parejas aparecen entre la categoría 1 (rango promedio: 46,56) y 4 (rango promedio: 69,92) (tabla 4.23).

Tabla 4.23. Comparación por parejas. “¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína?” / Resiliencia General

Muestra 1–Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000–2,000	-15,900	7,184	-2,213	,027	,269
1,000–3,000	-18,900	7,184	-2,631	,009	,085
1,000–5,000	-19,438	7,338	-2,649	,008	,081
1,000–4,000	-23,380	7,184	-3,255	,001	,011
2,000–3,000	-3,000	7,184	-,418	,676	1,000
2,000–5,000	-3,538	7,338	-,482	,630	1,000
2,000–4,000	-7,480	7,184	-1,041	,298	1,000
3,000–5,000	-,538	7,338	-,073	,942	1,000
3,000–4,000	-4,480	7,184	-,624	,533	1,000
5,000–4,000	3,942	7,338	,537	,591	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Para el caso de resiliencia autoaceptación las diferencias entre las parejas, se observan entre las categorías 1 (rango promedio: 44,52) frente a las categorías 2 (rango promedio: 58,67) y 3 (rango promedio 70,10).

De esta manera, considerando los resultados expuestos se confirma la hipótesis 8 ya que una mayor puntuación en resiliencia conlleva una menor probabilidad de consumir a corto y medio plazo. Esto ocurre en los dos casos para la resiliencia/ autoaceptación y en el último para la resiliencia general.

Hipótesis 9: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor adherencia al tratamiento.

El contraste de esta hipótesis se llevó a cabo en función de las respuestas a la afirmación “Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia” en función de su agrupación en las variables de la escala de inteligencia emocional (Tabla 4.24).

Tabla 4.24. Contraste de hipótesis 9. “Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia” / Inteligencia emocional

Variable	Significación
TEIQUE Total	,007
TEIQUE Bienestar	,177
TEIQUE Autocontrol	,067
TEIQUE Emocionalidad	,976
TEIQUE Sociabilidad	,166

Los resultados son significativos para el caso del factor global (TEIQue total). Concretamente la comparación por parejas muestra diferencias entre las categorías 1 (rango promedio: 46,40) y 5 (rango promedio: 72). Por lo tanto se cumple la hipótesis 9.

Tabla 4.25. Comparación por parejas. “Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia” / Inteligencia emocional (TEIQue total).

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-4,000	-3,778	8,824	-,428	,669	1,000
1,000-2,000	-9,218	8,926	-1,033	,302	1,000
1,000-3,000	-23,771	8,730	-2,723	,006	,065
1,000-5,000	-25,604	8,730	-2,933	,003	,034
4,000-2,000	5,440	9,018	,603	,546	1,000
4,000-3,000	19,993	8,824	2,266	,023	,235
4,000-5,000	-21,826	8,824	-2,473	,013	,134
2,000-3,000	-14,553	8,926	-1,630	,103	1,000
2,000-5,000	-16,386	8,926	-1,836	,066	,664
3,000-5,000	-1,833	8,730	-,210	,834	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Hipótesis 10: Las personas con mayor resiliencia tienen mayor adherencia al tratamiento.

En esta hipótesis se considera la misma afirmación que la hipótesis anterior, pero aquí los análisis se realizan considerando las respuestas a las variables del cuestionario resiliencia (Tabla 4.26).

Tabla 4.26. Contraste de hipótesis 10. “Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia” / Resiliencia.

Variable	Significación
Resiliencia	,254
Resiliencia Competencia Personal	,625
Resiliencia Autoaceptación	,118

La tabla 4.26 no presenta diferencias significativas para ninguno de los casos. Por lo tanto a tenor de los resultados se rechaza la hipótesis 10.

Hipótesis 11: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína.

El análisis de los resultados obtenidos para la pregunta ¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína? en función de las categorías según el nivel de inteligencia emocional (Tabla 4.27), muestra diferencias significativas sólo para el caso de la variable TEIQue Emocionalidad.

Tabla 4.27. Contraste de hipótesis 11. “¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína?” /TEIQue.

Variable	Significación
TEIQue Total	,144
TEIQue Bienestar	,273
TEIQue Autocontrol	,338
TEIQue Emocionalidad	,002
TEIQue Sociabilidad	,907

La comparación por parejas en el caso de TEIQue emocionalidad revela que las diferencias se dan entre la categoría 1 (rango promedio: 42,43) frente al resto de categorías (categoría 2: 61; categoría 3: 64,42; categoría 4: 61; categoría 5: 64,96).

Por lo tanto se puede afirmar que la hipótesis 11 se cumple para el caso de la variable TEIQue Emocionalidad.

Hipótesis 12: Las personas con mayor inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo.

Esta hipótesis se contrastó considerando las respuestas a los ítems “¿Continuarás sin consumir cocaína en las próximas semanas?” y “¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína?”, en función de su agrupación en las categorías de la inteligencia emocional.

Para la primera pregunta se observa que no hay diferencias significativas (Tabla 4.28).

Tabla 4.28. Contraste de hipótesis 12. “¿Continuarás sin consumir cocaína en las próximas semanas?” /TEIQue.

Variable	Significación
TEIQue Total	,979
TEIQue Bienestar	,334
TEIQue Autocontrol	,155
TEIQue Emocionalidad	,376
TEIQue Sociabilidad	,800

En el caso de la segunda pregunta, aparecen diferencias significativas para la variable de TEIQue Autocontrol (Tabla 4.29).

Tabla 4.29. Contraste de hipótesis 12. “¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína?” TEIQue Autocontrol.

Variable	Significación
TEIQue Total	,079
TEIQue Bienestar	,604
TEIQue Autocontrol	,011
TEIQue Emocionalidad	,428
TEIQue Sociabilidad	,466

Concretamente las diferencias aparecen entre las categorías 1 (rango promedio: 53,86) y 5 (rango promedio: 75) y entre las categorías 2 (rango promedio: 54,40) y la 5 (tabla 4.30).

Tabla 4.30. Comparación por parejas. ¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína? TEIQue Autocontrol.

Muestra 1-Muestra 2	Estadístico de prueba	Estándar Error	Desv. Estadístico de prueba	Sig.	Sig. ajust.
1,000-2,000	-,537	6,692	-,080	,936	1,000
1,000-4,000	-10,336	7,338	-1,408	,159	1,000
1,000-3,000	-13,546	8,132	-1,666	,096	,957
1,000-5,000	-21,140	7,184	-2,943	,003	,033
2,000-4,000	-9,799	6,857	-1,429	,153	1,000
2,000-3,000	-13,009	7,700	-1,689	,091	,911
2,000-5,000	-20,603	6,692	-3,079	,002	,021
4,000-3,000	3,211	8,268	,388	,698	1,000
4,000-5,000	-10,804	7,338	-1,472	,141	1,000
3,000-5,000	-7,594	8,132	-,934	,350	1,000

Cada fila prueba la hipótesis nula de que las distribuciones de la muestra 1 y la muestra 2 son iguales. Se muestran las significaciones asintóticas (pruebas bilaterales). El nivel de significancia es ,05.

Así, se puede concluir que la hipótesis 12 se cumple para el consumo a medio plazo para el factor TEIQue Autocontrol.



DISCUSIÓN

5. DISCUSIÓN

5.1 Discusión

Como se recoge en el Informe 2013 del Observatorio Español sobre Drogas, el mayor porcentaje de nuevas demandas de tratamiento es por cocaína, igualmente el porcentaje de urgencias hospitalarias directamente relacionadas con el consumo de sustancias vuelve a ocupar el primer lugar la cocaína. Estos datos hacen que nos centremos en el sujeto consumidor de cocaína y en las variables tanto independientes como dependientes que nos pueda ayudar a paliar o solucionar esta problemática. Los datos recogidos en nuestra muestra arroja que el 81,2% de los participantes fueron hospitalizados al menos una vez por el efecto del consumo, mientras que el 11,1% han sido hospitalizados entre 2 y 4 veces, el 5,1% ingresó en el hospital entre 4 y 10 veces y el 2,6% restante lo hicieron más de 10 veces. Estos datos van en la misma dirección que los recogidos por el Observatorio Español sobre Drogas (2013).

Junto al hecho de que los consumidores de cocaína consumen además otras drogas (Flanner y Cols. 2004; Patiño, Gras, Font-Myolas y Baltasar, 2013; Instituto de Investigación de Drogodependencias, 2001; EDADES, 2013), nos encontramos con que existe alto número de urgencias de los consumidores de cocaína, ya que al mezclarse con otra droga aumenta su toxicidad y las complicaciones médicas (Caballero Martínez, 2005). En el caso de nuestra muestra hayamos que todos los participantes, excepto 8, habían consumido otras sustancias, lo que representa el 93%.

En el estudio se ha presentado la realidad actual de la problemática de las drogas, especialmente en lo referente a la cocaína, de una muestra de hombres y mujeres adultos que buscan tratamiento en centros públicos y/o privados de la provincia de Alicante y Murcia. Mediante el diseño de un modelo explicativo, que nos permite relacionar

variables estimando su efecto, su influencia y el sentido en el que interactúan, podemos intentar explicar cómo actúa la inteligencia emocional, la resiliencia, la autoeficacia y el apoyo social en variables dependientes como la abstinencia, adherencia y la motivación en el tratamiento por consumo de cocaína, de esta forma se consideran elementos claves para la no recaída en pacientes en tratamiento, sometiéndolo, no obstante, a prueba. Se han incluido en el estudio variables psicosociales implicadas en conductas de consumo, como las situaciones precipitantes de la recaída, la motivación, la autoeficacia, entre otras; así como variables menos estudiadas en este contexto como es el caso de la inteligencia emocional. Se ha evaluado en la población objeto de estudio, obteniéndose diferencias significativamente positivas en la abstinencia, adherencia y la motivación para el abandono del consumo de cocaína, en función de la inteligencia emocional. Para la resiliencia solo se obtuvo diferencias significativas positivas para la motivación y la probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo, pero no fueron positivamente significativas sus puntuaciones para la adherencia ni para la abstinencia total. También los resultados fueron positivamente significativos para el apoyo social por parte del personal sanitario (médicos y enfermeros) en relación con la adherencia al tratamiento, pero no con la motivación y la abstinencia. Para la autoeficacia no se obtuvieron diferencias significativamente positivas con ninguna de las variables dependientes estudiadas.

5.2. Variables explicativas para la prevención de las recaídas en población adulta consumidora de cocaína.

En estudios previos realizados en contextos de prevención de recaídas por consumo de drogas, especialmente cocaína, se han encontrado evidencias que justifican

la pertinencia de estudiar el efecto de determinadas variables psicosociales de carácter emocional, como es el caso de la inteligencia emocional (IE). Dado que una descompensación emocional es un gran factor de riesgo de cara al inicio y posterior desarrollo de la adicción en el consumo de drogas, en este caso cocaína. Hay que tener presente que el consumo de esta sustancia a veces les ayuda a paliar los estados de ánimo negativos que pueden aparecer debido a los cambios propios en las diferentes etapas evolutivas por las que atraviesa el sujeto (Ruiz Aranda et al., 2009).

En el proyecto inicial de este trabajo, se plantearon tres relaciones directas entre la IE y distintas variables psicosociales incluidas en el modelo: abstinencia, motivación y adherencia. Los resultados en nuestro estudio ponen de manifiesto, y se ha confirmado, que cuando las personas obtienen mayor puntuación en inteligencia emocional tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes (TEIQue bienestar), tanto en el pasado, como en la actualidad (TEIQue bienestar y total). Además las personas con mayor IE experimentan mayor adherencia al tratamiento, mayor percepción de bienestar por haber dejado la droga (TEIQue emocionalidad), están más motivados y aumenta la probabilidad de mantenerse sin consumir a medio plazo (6 meses) (TEIQue autocontrol). De esta forma la IE se presenta como una variable muy importante a trabajar para la prevención de las recaídas. Esto va en la misma dirección que los resultados encontrados por otros autores que han medido la IE, por ejemplo, en jóvenes adolescentes, (Ruiz Aranda et al., 2009) pero extrapolable en nuestro caso a población adulta consumidores de cocaína. También los estudios descriptivos realizados por Kun y Demetrovics (2010), donde a tenor de los resultados obtenidos llegan a la conclusión que una IE más baja está vinculada con la conducta de fumar, el uso de alcohol y de drogas ilegales de forma más potente; o el trabajo presentado por Fox, Bergquist, Casey, Hong y Sinha (2011), señalando la relación entre el déficit emocional y el consumo de cocaína, así como con

el estrés y el control de impulsos.

En el planteamiento de este estudio se estableció el apoyo social percibido así como la satisfacción con dicho apoyo por parte de los iguales, familia y profesionales sanitarios; como una variable determinante en la adherencia al tratamiento, la abstinencia y la motivación para no volver a consumir drogas. Existen numerosos estudios que confirman que el apoyo social, tanto en lo referente al tamaño del tejido social, como a la satisfacción con los contactos recibidos, están positivamente relacionado con un mayor bienestar, mejor salud mental o menores niveles de ansiedad y psicopatologías (Cohen y Symen, 1985; Schwarzer y Leppin, 1995; Wills y Fergan, 2001). Autores como Barrón y Chacón (1992) y Stroebe y Stroebe (1996), manifestaron el papel fundamental que cumple el apoyo social en el afrontamiento positivo y saludable de las personas. Otros estudios realizados avalan que a mayor IE mayor posibilidad tendrían las personas de construir, conservar y confiar más en su tejido social, redundando positivamente sobre el bienestar personal en general (Salovey, Bedell, Detweller y Mayer, 1999). Planteamos la hipótesis de que existe una relación positiva estadísticamente significativa de tal modo que a mayor apoyo social y familiar más adherencia al tratamiento (Swett y Noones, 1998; MacNair y Corazzini, 1994; Wierzbicki y Pekarik, 1993). En nuestro estudio los datos obtenidos apuntan en esa dirección, de tal manera que la relación entre apoyo social percibido (familia, iguales y sanitarios) y la adherencia al tratamiento se ha visto confirmada, aunque solo para el personal sanitario, lo mismo ha ocurrido con la satisfacción de dicho apoyo. No ha resultado significativas las puntuaciones para la relación que presuponíamos entre el apoyo social (en ninguna de sus vertientes) y las variables dependientes abstinencia y motivación. Tampoco se ha confirmado la hipótesis en relación con la adherencia, a la vista de la puntuación obtenida para la familia y los iguales, en contra de los estudios

revisados por otros autores. Una posible explicación a este hecho podría residir en que al medir los tres grupos en la misma escala los sujetos podrían obviar la importancia de unos grupos en beneficio de otros, en este caso el personal sanitario. Es posible que si se pudiera medir el apoyo social con cuestionarios independientes la puntuación podría ser distinta. También es posible que los sujetos sufran de un efecto de recencia dado que cuando se les suministra el cuestionario se encuentran en tratamiento y en continuo contacto con el personal sanitario (en modo ambulatorio o semiabierto), pudiendo recordar con mayor claridad el apoyo que le da dicho personal, por lo que este hecho debería estudiarse más en profundidad en futuras investigaciones.

Con respecto a la autoeficacia y su influencia en la capacidad de recuperación hemos considerado muy importante la inclusión de esta variable independiente por su influencia en numerosas patologías y procesos adictivos, considerando que a mayor nivel de autoeficacia mayor será el control de nuestra conducta (Engel, 1997). Esta se refiere a la probabilidad de éxito que un individuo tiene para contenerse ante el impulso de una conducta específica, como puede ser el consumo de droga (Morales et al. 2011). En su estudio, estos autores llegaron a la conclusión que las personas que se percibía más autoeficaces se mantenían abstinentes, aunque sintieran más tentación de consumo de sustancia. Otros muchos trabajos llevados a cabo confirman la importancia de la autoeficacia en relación al mantenimiento y recuperación de la salud en general, así como para elegir la mejor opción en cada momento de la vida, siendo esto un indicador directo para la abstinencia, la adherencia y la motivación en un tratamiento por drogodependencias (Sanjuán et al. 2000; Sánchez Hervás 2004; Hinojosa-García et al. 2012). En nuestro estudio, por el contrario, la puntuación obtenida no ha resultado significativa con la hipótesis planteada sobre la capacidad de recuperación. No existe, por tanto, diferencias significativas en los rangos promedios que nos indique validez, es

por ello que no se confirma dicha hipótesis. Una posible explicación a este suceso puede ser atribuido a la memoria ya que algunos ítems se formularon aludiendo al pasado. Hay que tener presente que el consumo continuado de cocaína produce patología física y deterioro cognitivo (Caballero Martínez, 2005).

Con respecto a la abstinencia, en nuestro estudio los resultados obtenidos en la muestra indican que existe una relación significativa entre la IE y la abstinencia, de manera que las personas con puntuación alta en IE tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes. De esta forma se cumple la hipótesis que planteamos en la misma línea que las investigaciones revisadas (Ruiz Aranda, et al., 2009; Sánchez-Hervás et al., 2012). Estos autores confirmaron que la percepción emocional que siente el individuo resulta determinante a la hora del consumo, así como los problemas psicosociales, la ansiedad, etc. De esta forma cuanto mayor sea la percepción emocional más probabilidad de mantener la abstinencia y capacidad resolutive ante situaciones conflictivas. En la misma dirección apunta Goleman (1997) cuando expone que, la inclusión de la IE, desde sus diferentes perspectivas, en investigaciones sobre el consumo de determinadas sustancias como la cocaína, está actualmente en aumento. La IE resulta crucial para mantener la abstinencia, si el individuo una vez alcanzado la abstinencia presenta señales de descontrol emocional, su conducta no va a diferir demasiado de la que mostraba cuando consumía la sustancia, en este caso cocaína, aumentando mucho las posibilidades de recaída. En las personas adictas, la incapacidad emocional para controlar situaciones que le generen frustración, dolor, ira, pena o tensión; así como la incapacidad de manejar el triunfo es también causa de pérdida de la abstinencia, ya que aquellas emociones que se vinculan al éxito son tan intensas, que el adicto en recuperación no puede controlarlas y recae en el consumo de cocaína.

La motivación para comenzar un tratamiento, para seguir correctamente las pautas

y para no abandonarlo en personas con conductas de consumo de cocaína ha sido uno de los pilares básicos en la investigación de muestras de jóvenes y adultos. En este caso, los profesionales deben basar sus primeras entrevistas en la génesis de la Psicología de la Motivación, marcándose como meta producir cambios rápidos que movilice medios internos en el paciente, (Caballero Martínez, 2005). Nuestros resultados justifican la relación entre la IE (TEIQue total y TEIQue emocionalidad) y la motivación en sujetos consumidores de cocaína; de tal forma que, las personas con mayor IE tendieron a presentar mayor motivación para dejar la cocaína. Se cumple la hipótesis establecida en concordancia con otros trabajos realizados (Ruiz Aranda et al., 2009; Kun y Demtrovics, 2010 y Lois Ibáñez et al., 2009). Siguiendo a Lois Ibáñez et al. (2009), el modelo Transteórico de cambio que ofrece Prochaska y Diclimente (1984), sigue siendo hoy una referencia que debemos tener presente en los procesos de cambio por los que atraviesan los sujetos que se disponen a comenzar un programa de tratamiento de adicción. A través de la motivación la persona puede producir cambios en su conducta, estos procesos de cambio tienen que ver a su vez con procesos de transformación de las cogniciones, los afectos y las relaciones interpersonales, llegando estos niveles de cambio a afectar sobre todo a problemas psicológicos. Pero a pesar de todo ello no debemos considerar la falta de motivación para el cambio como un rasgo de personalidad del adicto, sino como una característica de su estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones (Prochaska y Prochaska, 2011).

La incorporación de la resiliencia en investigaciones sobre el consumo de determinadas sustancias como la cocaína y el papel decisivo en la abstinencia, va en aumento. La resiliencia entendida como la capacidad de reponerse y mantener un comportamiento adaptativo después de sufrir un estrés fuerte o experiencia traumática (Fergus y Aimmerman, 2005). La relación directa de la resiliencia y la abstinencia no ha

resultado significativa en nuestro estudio, a pesar de las evidencias previas que justificaban el vínculo entre ambas. De esta manera, no se cumple la hipótesis planteada en nuestro trabajo, no hemos encontrado una relación directa y significativa que prediga que las personas con mayor resiliencia tengan mayor probabilidad de mantenerse abstinentes, lo que está en contra conforme a lo que en principio se esperaba teniendo en cuenta las investigaciones revisadas (Saucedo, 2003; Garmezy, 1991; Masten, 1999; Becoña, 2007; Waller, Okamoto, Miles y Hurdle, 2003 y Becoña et al., 2006). Nos encontramos con un debate abierto entre diferentes perspectivas en el estudio de la variable resiliencia; desde el punto de vista de competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida, cuestiones que pueden afectar a la hora de hacer operativos los diferentes constructos. No obstante, y como ha quedado demostrado en los resultados, la resiliencia sí tiene un valor específico en relación con otras variables de estudio.

Como dijimos con anterioridad, no cabe duda que un sujeto con gran capacidad para reponerse y salir reforzado ante una desgracia tiene lo que hemos denominado una buena resiliencia. En estudios llevados a cabo con jóvenes y adolescentes en donde se utilizó variables como; optimismo, sentido del humor emociones positivas, bienestar e inteligencia emocional, se demostró la influencia positiva, en mayor o menor medida, que poseen sobre la resiliencia (Omar et al. 2011). En nuestra investigación hemos encontrado que existe una relación directa positiva y significativa entre la variable resiliencia/autoaceptación y la motivación para dejar la cocaína. Se confirma, de esta forma, la hipótesis planteada de manera que las personas con mayor resiliencia/autoaceptación se sentirán más motivados para abandonar el consumo de cocaína.

En la hipótesis planteada de que a mayor resiliencia mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína, en contra de las investigaciones de otros autores expuestos anteriormente y, a tenor de los resultados obtenidos en nuestro estudio, no se confirma

dicha hipótesis. Igualmente y, a la vista de las puntuaciones obtenidas, tampoco se ha confirmado la relación que presuponíamos entre la resiliencia y la adherencia al tratamiento, considerando esta hipótesis como no válida. No obstante, en la misma línea que autores antes mencionados, sí hemos encontrado puntuación significativa en cuanto a la mejora de la expectativa para mantenerse sin consumir a corto y medio plazo, confirmando la hipótesis que las personas con mayor resiliencia/ autoaceptación tendrán mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo, destacando que a medio plazo también se cumple para la resiliencia general. De esta forma, se cumplen las hipótesis planteadas que indican que las personas con mayor resiliencia (autoaceptación y general) su tendencia será a tener mayor motivación para dejar la droga y a mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo (menos de un mes y seis meses, respectivamente). Esto nos hace reflexionar de la importancia que puede llegar a tener los primeros contactos especialista-paciente, siendo estos esenciales para desarrollar una buena alianza terapéutica que permita motivar y alentar a los sujetos a iniciar y continuar con el tratamiento. En la literatura hemos podido encontrar estudios que nos hablan de la relación que existe entre la resiliencia y las diferentes variables objeto de estudio antes mencionadas, tanto en el inicio como en la habituación o cese de este tipo de conductas no deseadas (Saucedo, 2003). Este autor señala que la resiliencia actuaría de equilibrio entre factores de riesgo, factores de protección y la personalidad del sujeto adicto.

Con respecto a las variables dependientes adherencia al tratamiento, percepción de bienestar por haber dejado la cocaína y probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo; en la relación establecida con la variable independiente inteligencia emocional, los resultados obtenidos en la muestra señalan que existe una relación directa positiva y significativa. Destacar que para la hipótesis IE y el nexos establecido con la

percepción de bienestar por haber dejado la cocaína, se confirma para el factor TEIQue emocionalidad. En la relación instalada entre la IE y posibilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo, se confirma la hipótesis en el TEIQue autocontrol para medio plazo. De tal manera y a tenor de los resultados obtenidos, corroboramos que las personas con mayor IE poseen mayor adherencia al tratamiento, tienen mayor percepción de bienestar por haber dejado la cocaína y mayor posibilidad de mantenerse sin consumir a medio plazo. Esto va en línea con estudios previos que han analizado estas dimensiones señalando que los sujetos con puntuaciones altas en IE se perciben a sí mismos sinceros y dispuestos a defender sus intereses, lo que ellos consideran coherente, además de percibirse con buenas habilidades en las relaciones interpersonales (Pérez et al., 2005; Petrides, 2005; Petrides y Furnham, 2001; Petrides et al., 2004 y Petrides et al., 2007). Los resultados encontrados justifican las hipótesis establecidas para la relación entre la IE y la adherencia al tratamiento, la sensación de bienestar tras haber dejado el consumo de cocaína, así como el aumento de la verosimilitud de no consumir a medio plazo; en semejanza con otros trabajos que encontraron que dicha relación existe (Trinidad et al., 2004). El que no exista una relación significativamente positiva entre la IE y el pronóstico de mantenerse sin consumir a corto plazo, se desmarca de lo que inicialmente se esperaba en el contexto de las investigaciones revisadas (Ruiz Aranda et al., 2009). En sus investigaciones, estos autores, básicamente confirman que la percepción emocional posee un principal efecto sobre el uso de la cocaína. Como se mencionó en apartados anteriores el campo de análisis de la inteligencia emocional es relativamente reciente por lo que todavía no se han asentado las bases teóricas que puedan explicar la actividad exacta de esta variable. Nos encontramos con una discusión amplia entre distintas perspectivas en el estudio de la IE, desde el punto de vista de la capacidad o del rasgo, cuestiones que perjudican a la hora

de hacer operacional los diferentes constructos. La mayoría de las investigaciones que han conectado la inteligencia emocional con el consumo de cocaína se inclinaron por constructo de capacidad de la IE, encontrando como ya se ha mencionado, relaciones significativas entre las variables (Extremera y Fernández-Berrocal 2004; Ruiz-Aranda et al., 2010 y Trinidad et al., 2005). Se podría ampliar el presente trabajo utilizando medidas de inteligencia emocional desde el enfoque capacidad, a través de cuestionarios de ejecución máxima, de manera que se ponga a prueba la estabilidad de las correlaciones planteadas en este trabajo.

Las investigaciones que han estudiado la relación entre las variables antes mencionadas, ponen de manifiesto el efecto directo que estas tienen sobre la prevención de recaídas, de manera que aquellas personas que posean sobre todo mayor estabilidad emocional, resiliencia y apoyo social tendrá menor posibilidad de convertirse en adicto a las drogas o, mayor expectativa de dejarlas en caso de que ya lo fuesen (Goleman, 1997; Pérez et al., 2005; Petrides, 2005; Petrides y Furnham, 2001; Petrides et al., 2004 y Petrides et al., 2007), apuntando en la misma dirección a tenor de los resultados que hemos encontrados en nuestra investigación.



CONCLUSIONES

6. CONCLUSIONES

6.1 Conclusiones

El objetivo general de la presente Tesis Doctoral era la ampliación de conocimientos sobre el dilema que presenta el consumo de cocaína que nos pueda incrementar las posibilidades de intervención desde el ámbito psicológico; todo ello, desde un modelo explicativo en sujetos adultos adictos a la cocaína de la provincia de Alicante y Murcia. De manera concreta, nos centramos en los siguientes aspectos:

1. Analizar la importancia de la inteligencia emocional, el apoyo social, la resiliencia, la autoeficacia, la motivación, la adherencia al tratamiento y la abstinencia; en el contexto de consumo de sustancias psicoactivas como la cocaína, por parte de la población adulta.
2. Analizar las relaciones existentes entre inteligencia emocional, apoyo social, resiliencia, autoeficacia, con otras variables como la motivación, la abstinencia y la adherencia al tratamiento.
3. Observar la inteligencia emocional, el apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia para establecer una relación con el tratamiento a realizar y con las probabilidades de rehabilitación de los afectados.

A continuación se exponen las conclusiones a las que hemos llegado en función de los objetivos señalados.

- a) La cocaína continúa siendo una sustancia ampliamente consumida por los adultos, produciendo además el mayor número de urgencias médicas de entre las drogas ilegales, con tasas más alta de recaídas.
- b) Aun teniendo un alto índice de validez y existiendo numerosos estudios

que confirman que la autoeficacia resulta determinante en la capacidad de recuperación del individuo en tratamiento por adicción a la cocaína, en nuestro estudio, sin embargo, la vinculación entre autoeficacia y la capacidad de recuperación no se ha visto confirmada.

- c) Se confirma que las personas con mayor IE tienen mayor probabilidad de mantenerse abstinentes, mayor motivación para dejar la cocaína, mayor percepción de bienestar tras haber dejado la droga, mayor adherencia al tratamiento, así como, mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a medio plazo.
- d) El efecto de la resiliencia se relaciona directa y positiva con la motivación para dejar la cocaína y mantenerse sin consumir a corto y medio plazo (menos de 1 mes y 6 meses respectivamente). Por ello confirmamos que, las personas con mayor resiliencia tienen mayor motivación para dejar la droga y mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo. Por otro lado, hemos encontrado en nuestro estudio que la resiliencia no se vincula de manera significativa con la abstinencia, percepción de bienestar por haber dejado la cocaína y la adherencia al tratamiento. Por ello, las personas que gozan de mayor resiliencia no les garantiza mayor probabilidad de mantenerse abstinentes, satisfacción por haber dejado la droga y adherencia.
- e) El apoyo social percibido por parte de los iguales, familia y profesionales no ha resultado del todo como se planteaba en la hipótesis. En nuestra investigación y con los resultados obtenidos se ha visto confirmada, por lo tanto significativamente positiva, en su conexión con la adherencia al tratamiento para el personal sanitario. De esta manera podemos ratificar

que, los sujetos con mayor apoyo social (sanitario) tendrán mayor adherencia.

6.2. Limitaciones del estudio y líneas futuras de investigación

A continuación se presentan las limitaciones de esta investigación así como una serie de propuestas para desarrollar futuros estudios.

El tamaño de la muestra no es representativo del total de la población adulta de drogodependientes; hombres y mujeres de la provincia de Alicante y Murcia, por lo que los resultados han de ser analizados con prudencia y limitar la universalización. Se recomienda utilizar muestras más amplias de sujetos adultos con esta problemática en futuros trabajos para comprobar de nuevos las relaciones estudiadas.

Los instrumentos de medida pueden establecer una limitación en sí mismo. Los cuestionarios de adherencia al tratamiento y socio demográfico se crearon *ad hoc* para esta investigación y debería ser estudiado más en profundidad en futuros trabajos, aplicándolo en muestras mayores y comprobando su validez y fiabilidad.

También se podrían utilizar instrumentos que midiesen el apoyo social objetivo como señalan algunos autores (Barrón y Chacón, 1992), como medida subjetiva que se ha utilizado en este estudio, así como instrumentos de inteligencia emocional que midiesen el constructo de la capacidad además del rasgo, ya que como indican algunos investigadores, los instrumentos de autoinforme que miden la inteligencia emocional pueden dejar información sin recoger (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Salovey, Mayer, Caruso y Lopes, 2002).

En relación a los instrumentos, cabría utilizar otro tipo de cuestionarios que recogieran el consumo de cocaína en adultos de manera más extensa y/o concreta, como

el cuestionario de la OMS de consumo de alcohol y drogas (Smart et al., 1980) e incluso algún instrumento como el AUDADIS-IV basado en criterios diagnósticos del DSM-IV estructurado en una lista de síntomas que pueden evidenciar un abuso o dependencia hacia el alcohol y otras drogas (Grant y Dawson, 1997).

Algunas orientaciones más concretas para realizar nuevas investigaciones en la dirección con los resultados obtenidos en el presente trabajo podrían ser los siguientes:

- Analizar el funcionamiento de los instrumentos utilizados en otras poblaciones; por ejemplo, jóvenes y adolescentes consumidores de cocaína, ex-cocainómanos, etc.
- Adaptar el estudio a otro tipo de sustancias, manteniendo la estructura de las relaciones entre variables, para comprobar el poder explicativo en conductas de consumo como el alcohol, tabaco, hachís u otro tipo de sustancias adictivas.
- Incluir nuevas variables psicosociales que según las hipótesis estén implicadas en conductas de consumo de drogas, y comprobar la coherencia y el funcionamiento con nuestro trabajo.
- Mejorar el diseño experimental añadiendo pruebas fisiológicas que complementen la información de consumo, como pruebas de análisis de orina u otro tipo que nos proporcionen datos objetivos sobre consumo de la sustancia objeto de estudio.
- Utilizar el análisis descriptivo de consumo de cocaína como herramientas de prevención.

6.3. Implicaciones prácticas

Con los resultados obtenidos sería conveniente adecuar un plan de trabajo y formación para profesionales dedicados a la atención del drogodependiente. Hemos comprobado, en el caso del apoyo social percibido, que el personal sanitario ha resultado ser el más significativo y satisfactorio en el tratamiento de la persona adicta a la cocaína. Debemos establecer seminarios de formación para médicos y enfermeros donde se desarrollen aspectos que tengan que ver con habilidades sociales, estilo de comunicación, concienciación de la importancia en el trato personal, etc.; dado la confianza que el cocainómano deposita en ellos.

Igualmente, con respecto a la IE sería conveniente centrarnos más en el trabajo de bienestar, autocontrol y emocionalidad ; sin olvidar la inteligencia emocional general.

Sabemos de la importancia de la resiliencia en el trabajo de las drogodependencias, pero a tenor de los resultados obtenidos el esfuerzo debe estar dirigido en especial a la resiliencia/autoaceptación, igualmente sin olvidar la resiliencia general. Hemos visto como la aceptación por parte de la persona de sí mismo y de su vida le ayuda a tener mayor motivación para dejar la droga y mayor probabilidad de mantenerse sin consumir a corto y medio plazo.

A continuación describimos las habilidades de la IE y de la resiliencia que hemos mencionado con anterioridad y los aspectos de cada una de ellas que podríamos incluir en un programa de tratamiento con pacientes afectados por adicción a la cocaína, cuestiones específicas que las aplicaríamos conforme a la idiosincrasia de cada persona y/o grupo.

El **bienestar** que percibe la persona resulta de gran importancia a la hora de establecer las estrategias de tratamiento en drogodependencias; de tal forma que, cuanto mayor sea esta percepción mayor será el sentimiento generalizado de bienestar, abarcando desde logros y/o experiencias pasadas a expectativas futuras. Por lo tanto, estos sujetos se sentirán positivos,

felices y plenos. Por el contrario, una sensación de bienestar baja hará que la persona tenga un auto refuerzo negativo y decepción sobre cómo es su vida en el día a día. En este apartado se trabajará que el paciente encuentre agradable la vida, que valore sus cualidades, ayudarlo a ser positivo y que recobre la confianza en sus posibilidades. El sujeto puede tener constancia de su progreso a través de registros donde se reflejen las metas y objetivos para cada semana, valorando sus logros, se analicen las dificultades encontradas para la consecución de los mismos y se les dote de habilidades y herramientas para conseguir sus propuestas. Todo ello a través de dinámica de grupos y algunas sesiones de psicoterapia individual cuando se requiera.

Un individuo con un buen **autocontrol** es alguien que tiene un grado saludable de manejo sobre sus urgencias y deseos. Además de ser capaces de controlar sus impulsos, tienen gran capacidad para regular la presión externa y el estrés, así como un control expresivo adecuado. Cuando la persona carece de esta habilidad su conducta se vuelve impulsiva y se muestran incapaces de manejar ciertas situaciones estresantes. Bajo autocontrol se asocia con inflexibilidad. Para desarrollar esta habilidad se le enseñará a dominar y/o manejar ciertos impulsos ante situaciones de ira, rabia, miedo, euforia; mediante ejercicios grupales como el juego de rol (role-playing). La tolerancia al estrés resulta de gran valía también para el autocontrol en momentos de deseos de consumo, esto lo ejercitaremos mediante el conocimiento de sí mismo; es decir, qué cosas nos hacen perder el control y por qué. Así como los hábitos de vida que por lo general han de cambiar. Aquí se puede incluir sesiones de psicoterapia individual, practicar ejercicio físico, lectura recomendada, etc.

Poseer un amplio rango de habilidades emocionales (**emocionalidad**) es de suma importancia para ser capaz de percibir y expresar los sentimientos y utilizar estas habilidades para desarrollar y mantener relaciones estrechas con las personas del entorno. Las personas con baja emocionalidad encuentran dificultades para reconocer sus estados emocionales y

expresar sus sentimientos a otros, lo cual suele llevarles a relaciones personales menos fortalecidas. La tarea aquí pasa por ayudarle a que pueda expresar lo que siente o piensa a través de la palabra, que pueda ver las cosas desde el punto de vista de otra persona, descifrar qué es lo que siente (tristeza, miedo, rabia, ira, afecto, nostalgia...), qué siente hacia otras personas y cómo se lo hace llegar. Todo esto se trabajará en dinámica grupal.

En cuanto a la **resiliencia/autoaceptación** es importante que el trabajo esté encaminado a que mantengan el interés por las cosas, la satisfacción por haber logrado objetivos en la vida, sentirse a gusto consigo mismo, recuperar o mantener el sentido del humor, la percepción de que la vida tiene sentido y que pueda conseguir restar importancia si existen personas a las que perciben que no les gusta. Lo cual está relacionado con la habilidad “bienestar” mencionada anteriormente.

Siguiendo con la resiliencia/autoaceptación también debemos enfocar la tarea para hacer que la persona pueda tomarse las cosas con mayor tranquilidad y disminuya su preocupación por los elementos que no puede cambiar. Esto entra dentro de los dominios de lo que más arriba hemos expuesto y denominado autocontrol.

Con los valores obtenidos en la descripción de la muestra, también podemos llevarlos a la práctica aunque en este caso sea al área de la prevención y en algunos momentos también a la intervención. Los datos en el estudio nos muestra que la mayoría de los sujetos tienen solo el nivel primario de estudios. Aquí, una vez completada la fase de desintoxicación y deshabitación, es importante establecer un plan de formación para los pacientes que consistiría en acudir a Educación para Adultos, en donde puedan obtener el Graduado de la ESO u otros niveles de estudios. Otras tareas a incluir serían lecturas recomendadas, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias; módulos de formación profesional, que les capacite para acceder al mercado laboral; además de otras actividades intelectuales y culturales como tocar un instrumento musical, aprender a dibujar o pintar. Debemos hacer un seguimiento de estas

actividades a través de registros u otro procedimiento con el fin de que puedan alcanzar sus objetivos la mayor parte de ellos.

La situación sentimental de las personas que participaron en la investigación muestra otra realidad a tener presente; entre los solteros y divorciados suman el 61% de individuos que viven sin pareja. Teniendo en cuenta que con el problema de la drogodependencia generalmente no se sostienen de manera autónoma, se presupone que viven o han regresado a la familia de origen, lo cual nos hace pensar que la adicción puede ser causa y efecto de esta situación. Lo mismo ocurre con la situación laboral donde el 53% de los sujetos no trabajan. Estas dos situaciones por las que suele atravesar el adicto a la cocaína están relacionadas con el estado de bienestar del individuo, de tal forma que si logramos que éste recupere la vida en pareja a través de la recuperación del equilibrio emocional, y un empleo, tendría consecuencias positivas para su recuperación.

En cuanto a la frecuencia de consumo semanal los datos en nuestro trabajo indican que solo el 6% consumen todos los días. Sin embargo, la adicción supone que no puedes pasar ni un solo día sin consumir, a veces incluso varias veces al día; por lo tanto hay que tener cuidado con este dato que puede conllevar a error. Así, los consumidores de, por ejemplo, una vez al mes se sienten seguros y manifiestan que no tienen problemas con la droga, que ellos “controlan”. Aquí hay que hacer mención de que, lo que consideran control (el 54% de nuestra muestra manifestaron un control siempre o casi siempre, más el 37% que dijeron a veces), no es más que una fase por la que atraviesan en el camino de esta letal enfermedad, por lo que si no tienen las habilidades necesarias sucumbirán a la adicción. Por lo tanto, es crucial trabajar la habilidad de autocontrol que les ayude a contenerse de cara a una posible recaída, ya que una vez alcanzada la abstinencia el adicto se ve expuesto a situaciones de riesgo en su vida cotidiana.

Otros aspectos a considerar a tenor de los datos descriptivos obtenidos en la presente

investigación, para un uso preventivo y en algunos casos también de intervención en drogodependencias, son las siguientes sugerencias:

- I. Las campañas de prevención en colegios, institutos, y otros lugares, en donde a los jóvenes se les habla de lo malo que es la droga, no son efectivas. Se debe pensar más en los riesgos que corre el menor cuando se produce absentismo escolar, abandono prematuro de su educación y/o su formación, menor en riesgo de exclusión social, familia en la pobreza, entre otros. Debemos establecer un plan de actuación para evitar estas y otras situaciones de riesgo.
- II. La escuela y los maestros deben asumir un papel más activo en la educación del menor, ya que la familias de hoy tienen poco tiempo para esta tarea. Habría que considerar además alternativas de ocio para los jóvenes basado en la promoción de actividades deportivas y culturales para cubrir parte de su tiempo.
- III. La familia, en prevención, la podemos considerar de máxima importancia; una familia en riesgo de exclusión social o desestructurada constituye un factor de alto riesgo para sus miembros.
- IV. Aumento de la concienciación de los jóvenes de percepción del riesgo frente al consumo de cocaína, así como del abandono del consumo de sustancias lo antes posible. Para esto último hay que ofrecer alternativas atractivas y motivadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*MH Miguel
Hernández*

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abello, R. & Madariaga, C. (1999). Las redes sociales¿para qué? Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 2-3, 116-135.
- Anicama, Mayorga y Henostroza (2001). “Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima”. Metropolitana, Psicoactiva, 19, 7-27.
- Annis, H.K. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholism.Citado en: “Dificultades en el Tratamiento Psicológico del abuso de cocaína”. Psiquis, 2003, 46.
- Aron, S., Nitsche, R. & Rosenbluth, A. (1995). Redes Sociales de Adolescentes: un estudio descriptivocomparativo. Psyckhe, 4, 49-56.
- Aspectos Informativos (2009). Definición de dependencia. Disponible en www.drogaconsulta.com.ar/intro_informativo.htm
- Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Recuperado de:
- Avanci, J. Q., Assis, S .G., Santos, N. C. y Oliveira, R. V. (2007). Adaptação transcultural da Escala de Auto-Estima para adolescentes. Psicologia: Reflexão e Crítica, 20(3), 397-405.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). “Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia Genera”l. Ansiedad y Estrés, 2, 1-8.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic funtioning. En: R. Schwarzer, editor. Self-efficacy: trough control of action. Washington DC: Hemisphere. Citado en: Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones, España, 2011, 163.
- Bandura, A. (1997). “Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change”. Psychol Rev. 84,191-295. Citado en: Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. España, 2011, p.163.

- Bar-On, R. (1997). The Emotional Quotient inventory(EQ-I): Technical Manual, Toronto, Canadá: Multi-Health Systems. Recuperado de www.cepcuevasolula.es/espinal
- Bar-On, R. (2010) Emotional Intelligence: an integral part of positive psychology. South African Journal of Psychology, 40(1) 54-62.
- Barlow, D. H. y Durand, V. M. (2003). 3º ed. Psicopatología. Madrid. Thomson Paraninfo.
- Barrón, A. (1992). Apoyo social y salud mental. En J. L. Álvaro., J. R. Torregrosa, y A. Barrón, A. y Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. Revista de Psicología Social, 7(2), 53-59.
- BBC. Mundo- Noticias, (2010). El alcohol, ¿más dañino que la heroína? http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2010/11/101101_alcohol_drogas.
- Becoña, E., López, A., Míguez, M.C. y Fernández, E. (2006). Resiliencia y consumo de cocaína. En XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, p. 110. Palma de Mallorca. Socidrogalcohol.
- Bisquerra, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. España. Síntesis
- Boccardo, F., Sasia, A.R. & Fontenla, E.G. (1999). Inteligencia emocional. Vallés, A. Eldesarrollo de la inteligencia emocional, Benacantil. Recuperado de www.cepcuevasolula.es/espinal.
- Bonano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). Emotions. Current issues and future directions. New York. The Guilford Pres.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its Relation to everyday behaviour. Personality and Individual Differences, 36,1387-1402. Citado en Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009). Fundación Marcelino Botín.

Recuperado de: www.fundacionmbotin.org

- Buelga, S., Cava, M. J. y Musitu, G. (2012). Reputación social, ajuste psicosocial y victimización entre adolescentes en el contexto escolar. *Anales de Psicología*, 28(1), 180-187.
- Caballero Martínez, L. (2005). Adicción a la cocaína: neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Madrid. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de:
<http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/AdiccionCocaina.pdf>
- Carou, M., Romero, E., Luengo, M. A. (2013). Patrones de consumo y variables de personalidad en drogodependientes a tratamiento. *Originales*, 38 (3) 217-232.
- Carpio, C. (2000). Calidad de vida, psicología y salud. Ponencia presentada en la Facultad de Psicología, UNFV. Lima. En: Anicama, Mayorga y Henostroza(2001). *Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana*, Psicoactiva 19: 7-27.
- Carroll, K. M. (1997). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy to improve drug abuse outcomes. *Addictive Behaviors*; 22: 233-45. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones, Madrid, 2005. Disponible en www.pnsd.msc.es
- Carroll, K. M., Schottenfeld, R. (1997). Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Med Clin North Am*; 81: 927-44. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005. Disponible en www.pnsd.msc.es
- Castellano, B. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9, 41-46.

- Cintas,L, Egido, A., Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24 (2) 115-122.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.) (1985). *Social support and health*. San Diego, CA: Academic Press.
- Coombs, R.H. (2005). (Ed.). *Addiction counseling review: Preparing for comprehensive, certification and licensing examinations*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Cooper, R.K. & Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona: MartínezRoca.
- Craig Van Dyke y Byck, R. (1982). Cocaine, *Scientific American*, 1982, p.246, cited in *id.*, p.139
- Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J y cols (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatr*; 56: 493-502. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005.
- Dackis, C., O'Brien, C. P. (2003). Glutamatergic agents for cocaine dependence. *Ann N Y Acad Sci.*, 1003; 328-45. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005.
- Dayton, T. (2000). *Trauma y la adicción: poner fin al ciclo de dolor a través de la alfabetización emocional*. Florida: Salud Communications, Inc. Recuperado en www.cepcuevasolula.es/espinal.

- De Dios, C. Avedillo, C. Palao, A. Ortiz, A. & Agud, J.L. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *The European Journal of Psychiatry*, 17, 171-182.
- Díaz-Morán, S., Fernández-Teruel, A. (2013). Integración e interacciones entre los tratamientos farmacológicos y psicológicos de las adicciones: una revisión. *Anales de psicología*, 29 (1) 54-65.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., Mcfeeley, S. & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: The importance of social support and coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 223-245.
- Durtz, MS, Present, J, BA, Weiss, MD, Cristo-Christoph, PhD. (2011). Servicios adicionales de tratamiento en un estudio de tratamiento por cocaína: Nivel de los servicios obtenidos e impacto en el resultado. *RTE. Revista de toxicomanía*, 62.
- Edex. Swett, C., y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatients treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951. En: García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida, Carballo, Errasti Pérez y Al-Halabí Díaz (2007): Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, *Psicothema*, 1 (19), 134-139. En: Sanjuán Suárez, Pérez García y Bermúdez Moreno (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12 (2) 509-513.
- Engel, G. (1987). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*; 196: 129-3. Citado en: Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones, España, 2011, p.163. Disponible en www.elsevier.es Exp. Res; 28: 976-81. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y tratamiento*, Madrid, p. 95.

- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de autoinforme. *Boletín de Psicología*, 80, 59-77.
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S.S. Luthar (Eds.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 130-155). Cambridge, RU: Cambridge University Press. En: Becoña, E (2007): "Resiliencia y las drogas: una revisión". *Revista Adicciones*, 1, (17), 89-101.
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca einvestigación en antropología*, 3, 1-14.
- Fishman, J., Reynolds, T., y Riedel, E. (1999). A retrospective investigation o fan intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 185-196.
- Flanner, B.A., Morgenstern, J., McKay, J. y cols (2004). Cooccurring alcohol and cocaine dependence: recent finding clinical and field studies. *Alcohol Clin*
- Fox, H.C., Bergquist, K.L., Casey, J., Hong, K.A. y Sinha, R. (2011). Selective cocaine-Related dificultades in emocional intelligence: Relationship to stress and impulse control. NIH Public Access. Published in final edited form as: *Am y addict* 20(2), 151-160. Doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x.
- García del Castillo-López, A., García del Castillo, J.A. y Marzo, J.C. (2012). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol. *Información Psicológica*, 104, 100-111.

- García del Castillo, J. A. y López Sánchez, C. (Coords) (2005). Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis. Madrid: Edaf.
- García del Castillo, J.A., García del Castillo-López, A. y López-Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions*, 14 (2), 89-98.
- García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Gardne, H. (2003). La inteligencia reformulada. Las inteligencias múltiples en el siglo XXI, Paidós, Barcelona.
- Gardner, H. (1993). *Inteligencias múltiples*. New York: BasicBooks, Traducción española en Ed. Paidós.
- Gardner, H. (1994). *Estructuras de la mente: la teoría de las inteligencias múltiples* (2ª ed.). España: Fondo de Cultura Económica.
- Gardner, H., Damon, W. y Czikszentmihalyi, M. (2001). *Gook Work: When Excellence and Ethics Meet*. Ed. Basic Books (Mishawaka, IN USA).
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*. 20, 459-466.
- Garrido, (Eds), *Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental* (pp. 223 - 231). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores S.A.
- Gázquez, M., García del Castillo Rodríguez, J.A. y Espada Sánchez, J. (2009). Eficacia diferencial de tres programas de prevención escolar del consumo de drogas, según el tipo de aplicador. Universidad Miguel Hernández. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3919.pdf>
- Generalitat Valenciana (1997). El consumo de drogas y factores asociados en la Comunidad Valenciana. Valencia, s/n. Citado en Análisis del perfil de adictos a cocaína y alcohol versus alcohol y cocaína, 2001, p. 189, 191

- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*: Nueva York: Bantam Books
- Goleman, D. (1999). *La inteligencia emocional en la empresa*. Buenos Aires: Javier Vergara Editores
- Goleman, D. (2006). *La inteligencia social*. Madrid: Vergara.
- Goleman, D., Barlow, Z. y Bennett, L. (2010). Forging New Norms in New Orleans: From Emotional to Ecological Intelligence. *Teacher Education Quarterly*, 87-98.
- Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, 9, 5-38.
- Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención social y comunitaria. En E. Gracia (Ed.), *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria* (pp. 19-51). Madrid: Paidós.
- Graham, K. y Gillis, K. (1999). The relationship between psychological well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substance Use & Misuse*, 34 (3) 1199-1222.
- Grant, B. F. y Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse*, 9, 103-110.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo B., Bachiller, D., Rodríguez-
- Grillo, L. (2010) An Integral Inquiry into Addiction and Emotional Intelligence. *Journal of Integral Studies*, 5, 54-73.
- Guitart (2005). *La inteligencia emocional en alcohólicos*. Recuperado de: <http://www.anahuac.mx/psicologia/boletin/200503-1.pdf>
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). *Americans view of their mental health*. New York – Basic Books.
- Gutiérrez M., Romero I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de psicología*, 30 (2)

608-619.

Hales, R. y Yudofsky, S. (2004). Tratado de Psiquiatría Clínica. Cuarta Edición. Masson S.A.

Hermida, Carballo, Errasti Pérez y Al-Halabí Díaz (2007): Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, *Psicothema*, 1 (19), 134-139

Hernández, S., Pozo, C., Morillejo, E. & Martos, M. (2005). Estructura y funciones del apoyo social en un colectivo de inmigrantes marroquíes. *Anales de Psicología*, 21, 304-315.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK y cols (1993). Disulfiram therapy in patients abusing cocaine and alcohol. *Am J Psychiatr*; 150: 675-6.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK. (1994). Applying behavioral concepts and principles to the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*; 34: 87-97.

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K. y cols (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry*; 51: 568-76. Citado en Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005. Disponible en www.pnsd.msc.es

Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M.M., Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Rev. Enfermería, Inst. Mex. Seguro Soc.* 20(2):19-25

Horney, K. (1960). La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Buenos Aires. Paidós.

Howell, T. J., (2014). Emotional Intelligence. Daniel Goleman. COMM4220-Conflicttheory. University College.

http://educacion.fundacionmbotin.org/ie2009/ficheros_descarga/IE2009_Actas_inteligencia_emocional_percibida_y_la_satisfaccion_vital_en_una_muestra_de

- profesorado. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology*, 2011, 26 (3) 401-412.
- Intelligence and Smoking Risk Factors in Adolescents: Interactions on Smoking Intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34, 46-55. Citado en *Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009)*. Fundación Marcelino Botín.
- Iravani, M.R, y Moravi, S.E. (2011). A social work study on emotional intelligence Among different groups of people how are addicted to drugs. *Management Science Letters*, 2 (2012) 119-124.
- Jiménez, L. (2014). Adherencia terapéutica y oportunidades de mejora del estado salud-enfermedad. *Revista Costa Rica de Salud Pública*, 23, 68-74.
- Jordan, P., Troth. A. (2002) Emotional intelligence and conflict resolution in nursing. *Contemp Nurse*, Aug 13 (1), 94-100.
- Kassel, J.D., Stroud, L.R. y Paronis, C. A. (2003). Smoking, stress and negative affect: correlation, causation and context across stages of smoking. *Psychological Bolletin*, 129, 270-304. Citado en *Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009)*. Fundación Marcelino Botín. Disponible en: www.fundacionmbotin.org
- Kaufman MJ, Levin JM, Maas LC y cols. Cocaine-induced cerebral vasoconstriction differs as a function of sex and menstrual cycle phase. *Biol Psychiatr* 2001; 49: 774-81.tion and recent applications. *Harv Rev Psychiatry* 1997; 4: 231-4.
- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideraKaufman E Interpersonal psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1985; 11: 171-91.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic

- Review.Informa Healthcare. Substance & Use Misuse, 45, 1131-1160. Doi: 10.3109/10826080903567855
- Le Poulichet, S. (2005). Toxicomanías y psicoanálisis. La narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Leuner, B. (1966). "Inteligencia Emocional y Emancipación". Revista "Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100. Citado en: Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009). Fundación Marcelino Botín.
- Lindner, Evelin G. 2014. "Emotion and Conflict Why it is Important to Understand how Emotions Affect Conflict and How Conflict Affects Emotions." In *The Handbook of Conflict Resolution: Theory and Practice*. 3rd ed. Peter T Coleman, Morton Deutsch, and Eric C Marcus, eds. San Francisco: Jossey-Bass.
- Litman GK. (1986). Alcoholism survival.The prevention of relapse. En: Miller W, Heather N, editors. Treating addictive behavior. Process of change.New York: Plenum Press.
- Litman, G.K. (1980). "Relapse in alcoholism: Traditional and current approaches". En G. Edwards y M. Grant (Eds.), *Alcoholism treatment in transition*, London: Croom Helm.
- Lois Ibañez, E., Álvarez García, J. A. (2009). Motivación y retención en un tratamiento de adicción a la cocaína. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Interpsiquis* (2010).
- Luna, J. ¿Qué hacer con un hijo adicto? 3ª edición. San Pablo, Santa Fe de Bogotá, D.F. Colombia, 1998.

- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- MacNair, R.R., y Corazzini, J.G. (1994). Client factors influencing group therapy dropouts. *Psychotherapy*, 31, 352-362. En: García-Rodríguez, Secades-
- Maisto SA, O'Farrell TJ, McKay JR, Connors GJ, Pelcovits M (1989). Factors in Maintaining sobriety following alcohol treatment. *Alcohol Treatment*
- Mark D, Faude F. *Psychotherapy of cocaine addiction. Entering the interpersonal world of the cocaine addict*. Northvale (NJ): Jason Aronson, 1997.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York Guilford Press.
- Martí Esquitino, J., Carballo Crespo, J.L., Cárceles Arnau, I., García Ruiz, A.M. y Gómez Sánchez, R.M. (2012). Tratamiento psicosocial de las adicciones basado en el Modelo Mátrix en un centro público: un estudio piloto. *Health and Addictions/ Salud y Drogas*, 12 (2) 253-272.
- Martin, D. y Boeck, K. (2004). *EQ. Qué es Inteligencia Emocional*. Madrid: Improve.
- Martineaud, S. & Engelhart, D. (1996). *El Test de inteligencia emocional*. Barcelona: Martínez Roca. Disponible en www.cepcuevasolula.es/espinal.
- Martínez-González, J.M., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O. Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 26 (2), 116-125.
- Martins, A., Rauralho, N., Morin, E., (2010). A comprehensive meta-analysis of the Relationship between Emotional Intelligence and health. Elsevier. *Personality and individual differences*, 49, 554-564.
- Maselli, B. (1985). *Per Paura di vivere*. Roma: Città Nuova.

- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Masten, A.S. (1999): “Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research”. En M.D. Glantz y J.L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive life adaptations* En: Becoña, E(2007):“Resiliencia y las drogas: una revisión”. *Revista Adicciones*, 1 (17) 89-101.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. En R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*, 396-420. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D.R. (2008). Emotional intelligence: New ability or eclectic mix of traits? *American Psychologist*, 63,503-517. Citado en *Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*, 2009, 372. Disponible en www.fundacionmbotin.org
- Mello, N. K., Mendelson, J. H. (1997). Cocaine’s effects on neuroendocrine systems: clinical and preclinical studies. *Pharmacol Biochem Behav*; 57: 571-99. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005.
- Mestre, J. M., Palmero, F., y Guil, R. (2004). “Inteligencia emocional, una explicación desde los procesos psicológicos básicos”. En J. M. Mestre y F. Palmero (Eds.), *Procesos psicológicos Básicos: Una guía académica para los estudios en psicopedagogía, Pedagogía y Psicología*, 249-280. Madrid: Mc-Graw-Hill.
- Millman, R. B. (1988). Evaluation and clinical management of cocaine abusers. *J Clin Psychiatry*; p. 49 Suppl: 27-33. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y

Consumo, Madrid, 2005. Disponible en www.pnsd.msc.es

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanza secundaria. (Estudes) 2006-2007. Madrid: MSC.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Informe anual. El problema de las Drogodependencias en Europa. Madrid: MSC.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas (2007). Guía sobre drogas. Realidades, mitos, efectos tipos, riesgos, abuso, consumo, dependencia. España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio español de la droga y las toxicomanías, OEDT. Madrid.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2013). Plan Nacional Sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. EDADES 2011-2012. Madrid.

Morales Domínguez, Z., Díaz Batanero, C., Garrido Muñoz de Arenillas, M.R., PascualOrts, L.M. (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 29(3) 459-470.

Navarro B., J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Ayuntamiento de Madrid. Madrid.

Newsom, J. T. & Schulz, R. (1996). Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychology and Aging*, 11, 34-44.

NIDA (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. National

- Institute of Drug Abuse. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>. En: Sánchez Hervás, E (2004): "Los tratamientos Psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación", Papeles del Psicólogo, Abril, 87.
- Nogal, M. (2009). El tratamiento de los problemas de drogas. Una guía para el terapeuta. Madrid, Desclée.
- Nutt, D. (2010): Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Independent Scientific Committee on Drugs, en Lancet 2010 online, November.
- Ojeda, D (2011). "Conceptos generales del fenómeno del consumo de drogas: tipos de drogas, niveles de consumo...", Prevención y Tratamiento en drogodependencia I, UDLA.
- Omar, A. Paris, L., Uribe Delgado, H., Ameida da Silva Junior, S. H., Aguiar de Souza, M., (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. Redalyc. Psicología em Estudo, Maringá, 16 (2) 269-277.
- Panadero, S. y Muñoz, M. (2014). Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar. Anales de Psicología, 3(1) 70-77.
- Pardo, G., Sandoval, A. & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. Revista Colombiana de Psicología, 13, 13-28.
- Parker, J.D.A., Taylor, R.N., Eastabrook, J.M., Schell, S.L., Wood L.M., (2008). Problem gambling in adolescence: Relationships with Internet misuse, gaming abuse and emotionl intelligence. Elsevier. Science Direct. Personality and individual difference 45, 174-180.
- Pascual, F. Cortell, C., Hidalgo, M., Sancho, A., Aranda, E. (2001). Análisis del perfil de los adictos a Alcohol y Cocaína versus Cocaína y Alcohol. Aproximación a las distintas estrategias terapéuticas. Salud y drogas, 1(2) 2001.

- Patiño, J., Gras, E., Font-Moyolas, S. y Baltasar, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería clínica*, 23 (2), 62-67.
- Pérez de los Cobos, J., Siñol, N., Trujols, J., Bañuls, E., Batlle, F. y Tejero, A. (2011). Drug-dependent inpatients reporting continuous absence of spontaneous drug craving for the main substance throughout detoxification treatment. *Drug Alcohol Review*, 30, 403-410. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00241.
- Petratis, J., Flay, B. R. y Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychol Bull*, 117(1), 67-86.
- Petrides, K.V. (2010). Trait Emotion Intelligence Theory. *Industrial An Organizational Psychology*, 3, 136-139.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. En M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 434-451). Nueva York: Wiley.
- Pons D. J. y Berjano P. E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social. PNSD. España.
- Preston, K. L., Vahabzadeh, M., Schmittner, J., Lin, J. L., Gorelick, D. A. y Epstein, D. H. (2009). Cocaine craving and use during daily life. *Psychopharmacology*, 207, 291-301. doi: 10.1007/s00213-009-1655-8. *Prevención y Tratamiento en drogodependencia I* (2011). Recuperado de: www.trabajosocialudla.files.wordpress.com
- Prochaska, J.O. y DiClemente CC. (1984, s/n). Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin. Psychol*; 51:390. Citado en *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones*, España (2011), 163.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para

- conductas adictivas, Barcelona: Neurociencias, pág. 85-136. Citado en Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones, España (2011), 163.
- Prochaska, J.O. y Velicer, W. (1997) .El modelo transteórico del comportamiento de la salud cambio. *American Journal of Health Promotion*, 12 (1), 38-48. Psicólogo. Abril, (87). Quarter. 6:143-150 En: Sánchez Hervás, E (2004). “Los tratamientos Psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación”, Papeles del Psicólogo, Abril, 87.
- Quiroga, J. A., Casas M. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. Original. *Actas Esp. Psiquiatr.* 40(2) 63-69.
- Real Academia Española. (2001) Diccionario de la lengua española, 22ª edición. Madrid: Espasa.
- Rey, L., Extremera, N., (2014). El apoyo social como un mediador de la Richmond (s/f) Test de Richmond. Recuperado de:
http://www.quitometro.org/wiki.dejar.de.fumar/Test_de_Richmond
- Roberts, A.C., y Nishimoto, R.H. (1996). Predicting treatment retention of women dependent on cocaine. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 313-333. En: García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida, Carballo, Errasti Pérez y Al-Halabí Díaz (2007): Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 1 (19), 134-139.
- Robinson, M. D., & Clore, G. L. (2001). Simulation, scenarios, and emotional appraisal: Testing the convergence of real and imagined reactions to emotional stimuli. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 27, 1520-1532.
- Roncero, C., Gómez-Baza, S., Vázquez, J.M., Terán, A., Szeman, N., Casas, M., Bobes,

- J. (2013). Percepción de los profesionales españoles sobre la adherencia terapéutica en patología dual. Original. *Actas Esp Psiquiatr* 41(6) 319-329.
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, G., Daigre, C., Ramos-Rosenberg, H. (2009). Clinical and laboratory assessment of the subjective experience of drug craving. *Clinical Psychology Review*, 29, 519-534. R
- Rossen, E., y Kranzler, J.H. (2009). Incremental validity of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0 (MSCEIT) after controlling for personality and intelligence. *Journal of Research in Personality*, 43, 60-65. Citado en *Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional*, 2009, p. 372. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092656608001608>
- Rounsaville, B., Aton, S.F., Carroll, K. y cols (1991). Psychiatric diagnoses of treatment seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*; 48: 43-51. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y tratamiento*, Madrid, p. 95.
- Ruiz Aranda, D., Cabello González, R., Salguero, J., Castillo Gualda, R., González Herero, V. (2009) “Inteligencia emocional y el consumo de cocaína en adolescentes”. En Fernández Berrocal, P. (coord.). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*, pp. 367-372. Madrid, Fundación Marcelino Botín.
- Ruiz de Apocada, J., Martínez, H., Gutiérrez, M., Pérez de Arenaza, J. y Landabaso, M. (1994). “Estudio preliminar de la calidad de vida en adictos a la heroína en el programa de objetivos intermedios”. *Adicciones* 19-28.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R., Extremera, N. Fernández-Berrocal, P. (2010). Los adolescentes malagueños ante las drogas. La influencia de la inteligencia emocional. Recuperado de:
http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/libro_drogas.pdf

- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R., González, V. (2009). “Inteligencia emocional y consumo de cocaína en adolescentes” 367-371. En Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J.M., Cabello, R. (coords.). Avances en el estudio de la inteligencia emocional. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230. Citado en Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009). Fundación Marcelino Botín. Recuperado de: http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf55consumo_tabaco_alcohol_e_n_adolescentes.pdf
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Saiz Galdós, J. (1998). El abuso de cocaína. ¿Problema de oferta o de demanda social? Un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales”. En *Adicciones*, 19, 35-44.
- Saiz, J. (2007). El abuso de cocaína, ¿Problema de oferta o de demanda social? Un estudio transcultural y correlacional que compara variables macrosociales, económicas y culturales. *Adicciones*, 19, 35-44.
- Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4 (2) 143-152, doi: 10.1989/ejep.v4i2.84.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). “Emotional Intelligence. Imagination”, *Cognition and*

Personality. Vol 9. Baywood Publishing Co., Inc, pp. 185-211.

Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B. & Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently:

Emotional intelligence and the coping process. En C. R. Snyder (Ed.), Coping: The psychology of what works (pp. 141-164). Nueva York: Oxford University Press.

Salovey, P., Mayer, J.D., Caruso, D. y Lopes, P.N. (2002). Measuring emotion intelligence

as a set of abilities with the MSCEIT. In S.J. Lopez, C.R. Snyder (Eds.), Handbook of positive psychology assessment. Washington, DC: American Psychological Association.

San Molina, L.(1999). Tratamiento Psicofarmacológico de la Dependencia de Cocaína.

Trastornos Adictivos 1 (1): 34-37. Citado en Salud y drogas, 1(2). Instituto de Investigación de Drogodependencias (2001). Recuperado de: www.redalyc.uaemex.mx

Sánchez Hervás, E (2004). “Los tratamientos Psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación”, Papeles del

Sánchez Hervás, E. y Gradolí, T. (2003). Dificultades en el tratamiento psicológico del abuso de cocaína. Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, 24(1) 41-47

Sánchez Hervás, E., Gradolí, T. y Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos Adictivos; 6(3) 159-66.

Sánchez Hervás, E., Secades Villa, R., Zacarés Romaguera, F., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J. y Santonja Gómez, F. (2008). Tratamiento psicológico para dependientes a la cocaína en la red sanitaria pública. Trastornos Adictivos,

Sánchez-Hervás, E; Molina Bou, N; del Olmo Gurrea, R; Tomás Gradolí, V; Morales Gallús, E. (2001). Craving y adicción a drogas. En Trastornos Adictivos. 3(4) 237-

43

- Sánchez-Hervás, E., Llorente Del Pozo, J.M, (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24 (3) 269-280.
- Sánchez, E. y Barrón, A. (2003). Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective. *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 3-11.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F.J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom J. y Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23 (1), 107-113.
- Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A.M. y Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española, *Psicothema*, 12 (2), 509-513.
- Saucedo de Rizzo, B. (2003). “La resiliencia”: algo para promover”. Recuperado: http://rediu.colegiomilitar.mil.ar/esp/ediciones/0311/articulos_originales/ReDiU_0311_art4-La_Resiliencia_algo_para_promover.pdf
- Schnitmann, L. E. (1995). *Tratamiento de las drogodependencias*. Madrid: Grupo
- Schnitmann, L. E. (2008) *Circuito paranoico. La causa del consumo de drogas*. Alcalá: Alcalá Grupo editorial.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921–933.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 99-127.
- Shahar, G. & Henrich, C. (2008). Social support buffers the effects of terrorism on adolescent depression: findings from sderot, Israel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1073-1076.

- Sherman, K.A. y Koelmeyer, L. (2012). Psychosocial predictors of adherence to lymphedema risk minimization guidelines among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 22(5), 1120-1126.
- Silva, G. E.; Gadeano, E.; Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Redalyc. Org. Acta médica colombiana*, 30 (4), 268-273
- Smart, R. G., Hughes, P. H., Johnston, L. D., Anumonye, A., Khant, U., Medina, M.E. et al., (1980). *Méthodologie pour des enquêtes sur l'usage des drogues chez les étudiants*. Publication offset N° 50. Genève: OMS.
- Spitz HI. Abuso de cocaína: terapia de grupo. En: Spitz HI, Rosecan JS. *Cocaína abuso* pp 161-206 Barcelona: CITRAN, 1990
- Spitz, H. I. y Spitz, S. T. (1990). Terapia familiar en el abuso de cocaína. En *Cocaína abuso*, p. 207-237, Barcelona, Citran. Citado en *Adicción a Cocaína: Neurobiología Clínica, Diagnóstico y Tratamiento*; editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2005. Disponible en www.pnsd.msc.es
- Sternberg. R. J. (2012). Trends in intelligence research. *Elsevier. Intelligence*, 40,235-236. Doi:10.1016/j.intell.2012.01.007.
- Sternberg, R. J. (1985). *Beyond IQ: A Triarchic Theory of Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (1997). A Triarchic View of Giftedness: Theory and Practice. In N. Coleangelo & G.A Davis (Eds.), *Handbook of Gifted Education* (pp. 43- 53). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Sternberg, R. J. Y Detterman, D. K. (2004). *¿Qué es la inteligencia?* Madrid: Pirámide.
- Stockley, D. (1997). *Drogas. Guía ilustrada para agentes de la policía*. Madrid
- Stroebe, W. & Stroebe, M. (1996). The social psychology of social support. En Higgins, T. & Kruglanski, W. : *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 597-258

- 622). Nueva York: The Guilford Press.
- Swett J, Noonan J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hosp Comm Psychiatry*;40: 947-51.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Martín-Aragón, M., Pastor, 14. A., Leyda, J. L, Neipp, M. C. y Rodríguez-Marín, J. (2000). Evaluación de las dimensiones de apoyo social en pacientes oncológicos. *Rev. Psicología Social Aplicada*, 10 (2), 63-79.
- The Lancet (2010). Analisis sobre la peligrosidad de las drogas realizado por Foro de Seguridad. Recuperado de: <http://www.orodeseuridad.com/artic/discipl/4184.htm>
- Trinidad, D. R., Unger, J.B., Chou, C.P., Azen, S.P. y Johnson, C.A. (2004). The protective association between emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.
- Citado en Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009). Fundación Marcelino Botín.
- Trinidad, D. R., Unger, J.B., Chou, C.P., y Johnson, C.A. (2004). Emotional
- Trinidad, D. R., Unger, J.B., Chou, C.P., y Johnson, C.A. (2005). Emotional Intelligence and acculturation to the United States: Interactions on the Perceived Social Consequences of Smoking in Early Adolescents. *Substance Use and Misuse*, 40, 1697-1706. Citado en Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional (2009). Fundación Marcelino Botín.
- Trujols, J., Tejero, A., Casas, M. (1996). El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones* 1996; 8: 349-67.
- Trunzo, J. J. & Pinto, B. M. (2003). Social support as a mediator of optimism and distress in breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,

74, 805-811.

Uzcategui, C. (1998). El perfil del consumidor de cocaína y sus derivados. Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Escuela de Criminología.

Vallés, A. (2005). El desarrollo de la inteligencia emocional. Benacantil.

Valls Roig, A. (2000). Inteligencia emocional en la empresa. Barcelona. Ediciones Gestión.

Veach L, Remley T, Kippers S, Sorg J. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 26(3):417–428. Vergara. Obtenido de:

Servidor-opsu.tach.ula.ve/profeso/.../inteligencia%20_e_weisinger.doc

Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida, Carballo, y Al-Halabí Díaz (2007). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, *Psicothema*, 1 (19) 134-139.

Waller, M.A., Okamoto, S.K., Miles, B.W. y Hurdle, D.E. (2003). Resiliency factors related to substance use/ resistance: Perceptions of native adolescents of the southwest. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 30(4), 79-94. En: Becoña, E(2007).“Resiliencia y las drogas: una revisión”. *Revista Adicciones*, 1 (17), 89-101.

Wax, S. y Gardner, H. (2013). Intelligence, Multiple. *Encyclopedia of Sciences and religions*.1067-1072. Doi: 10.1007/978-1-4020-8265-8_588.

Weisinger, H. (2001). La inteligencia emocional en el trabajo. Madrid. Javier

Werner, E.E. (1993). The children of Kauai: resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Adolescence Health*, 13(4), 262-8.

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.

- Wierzbicki, M., y Pekarik, G.A. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology, Research and Practice*, 24, 190-195. En: García-Rodríguez, Secades-Villa, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida, Carballo, Errasti Pérez y Al-Halabí Díaz (2007). Efecto de los Incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína, *Psicothema*, 1 (19), 134.
- Wills, T. A. & Fegan, M. F. (2001). Social networks and social support. En A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 209-234). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 139.
- Worley Matthew, BA, Gallop Robert, PhD, Connolly Gibbons, M.B., PhD, Ring-

7.1. Fuentes de Internet

- Adicción a la cocaína. *The Journal of the American Medical Association*. JAMA, 2002, V. 287, n1. Recuperado de: www.adiccion-cocaina.com
- Cerebro y cocaína. Recuperado de: www.cash24horas.com
- Cocaína: abuso y adicción (2010). Disponible en National Institute on drug abuse. Recuperado de: www.drugabuse.gov/ResearchReports/Cocaina
- Cocaína y Crack. Recuperado de: www.alcoholism.about.com/od/coke/a/cocaine.htm
- Cociente Intelectual. Recuperado de: www.es.wikipedia.org
- Drogas. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: www.uab.es
- Drogas duras y blandas. Recuperado de: www.es.wikipedia.org/wiki/droga
- Efectos de la Cocaína. Recuperado de: www.infoadicciones.com
- La Inteligencia Emocional y las adicciones (2008). Recuperado de: en Recovery today online www.recoverytoday.net

La Inteligencia Emocional y sus principales modelos. PP.44-50. Recuperado de:
<http://www.cepcuevasolula.es/espinal>

Perfil de consumidores. Recuperado de: www.cinteco.com/.../el-consumo-de-cocaina/
España. Agosto, 2008.

Tipos de Drogas. Tema: definición de adicción. Recuperado de:
www.biblia2000.com.ar/jovenes/drogas6.htm

Tratamiento farmacológico de la adicción a la cocaína. Capítulo VII. Recuperado de:
www.salud.gob.mx





ANEXOS

8. ANEXOS

El instrumento de trabajo a desarrollar está dividido en dos partes a fin de recolectar la mayor información de los sujetos y su relación con las drogas, determinando la efectividad de la Inteligencia Emocional como estrategia para prevenir recaídas en adictos a la cocaína:

Módulo I: Entrevista a adultos consumidores de cocaína para evaluar su relación con las drogas y su nivel de voluntad con respecto a la realización de tratamientos.

Módulo II: Test a completar por el profesional para medir, desde su perspectiva, el Cociente Emocional del sujeto según el TEIQue-SF; el EASP, para medir el apoyo social percibido por los participantes; un Test para medir la Resiliencia, de Wang y Young; el ESCON, test para medir el consumo de cocaína por parte de los sujetos; un Test para medir la autoeficacia; un inventario para medir las situaciones precipitantes de las recaídas y estrategias de afrontamiento; un cuestionario de adherencia al tratamiento y por último una adaptación del Test de Richmond, que se encarga de medir la motivación de los sujetos.

8.1. Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____.

La meta de este estudio es

_____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde este momento le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es

_____.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual llevará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado. ---

Nombre del Participante Firma del Participante Fecha
(En letras de imprenta)



8.2. Cuestionario sociodemográfico

Encuesta a hombres y mujeres consumidores de cocaína acerca de su dependencia a la droga

Edad: _____

	Mujer	Hombre
Sexo		

8.2.1. Nivel sociodemográfico

1- ¿Cuál es el máximo nivel educativo alcanzado? (Marcar con una X)

Primario completo	
Secundario completo	
Terciario incompleto	
Terciario completo	
Universitario incompleto	
Universitario completo	

2- ¿Tiene trabajo?

Sí	
No	

3- ¿Cuál?

Sector jurídico, contable y económico	
Sector sanitario	
Sector técnico y de ciencias experimentales	
Sector cultural	
Sector varios	

4- ¿Cuál es su estado civil o situación de pareja actual?

Casado	
Soltero	
Divorciado	
Viudo	
Pareja	

5- ¿Es sostén de familia?

Sí	
No	

6- ¿Tiene hijos?

Sí	
No	

7- N° de hijos: _____

8- ¿Están a su cargo?

Sí	
No	

9- ¿Cómo calificaría su nivel socioeconómico? (Marcar con una X)

Malo	
Regular	

Bueno	
Muy bueno	

8.1.2. Nivel de creencia religiosa

10- ¿Cómo calificaría su nivel de creencia? (Marcar con una X)

Poco creyente	
Creyente	
Muy creyente	

11- ¿Es seguidor de algún culto o religión?

Sí	
No	

12- ¿Cuál?

Cristianismo	
Islam	
Judaísmo	
Ortodoxos	
Hinduismo	
Confucionismo	
Budismo	
Protestantes	
Otra	

8.2.3. Su relación con el consumo de cocaína**13- ¿Ha consumido sustancias consideradas como drogas, además de la cocaína?**

Sí	
No	

14- ¿Cuál?

Opiáceos	
THC	
Anfetaminas	
Metanfetaminas	
Drogas de diseño	
Alcohol	
Tabaco	
Otras	

15- ¿En qué circunstancias comenzó a consumir cocaína?

En una fiesta	
Por un amigo	
Con una pareja	
Otro	

16- ¿Se consideraba un consumidor de la cocaína de tipo

Ocasional	
Abusador	
Compulsivo	

17- ¿Creía en algún momento que podía “controlar” su adicción?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

18- ¿Podría describir lo que sentía después del consumo?

Tristeza	
Euforia	
Desánimo	
Abatido	
Otros	

19- ¿Considera que “toleraba” bien la dosis de cocaína que consumía?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

20- ¿Cuántas veces por semana llegó a consumir cocaína?

Una vez por semana	
Dos veces por semana	
Tres veces por semana	
Más de tres veces por semana	
Todos los días	

21-¿Recuerda cuánto tiempo le duraba el efecto de la cocaína?

Menos de media hora	
Media hora	
Una hora	
Varias horas	

22- ¿Qué métodos de administración de la droga utilizaba?

Aspiración	
Inyección	
Fumada	
Otros	

23- ¿Tuvo que hospitalizarte en alguna ocasión debido a los efectos del consumo?

0 ó 1 vez	
Más de 2 y menos de 4 veces	
Más de 4 y menos de 6 veces	

Más de 6 y menos de 10	
Más de 10	

24- ¿Cree que su adicción afectó su desempeño laboral?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

25- ¿Alguien de su entorno familiar más cercano ha consumido o consume drogas?

	Padre	Madre	Hermano/a	Pareja	Otros
Si					
No					

26- Durante su infancia, ¿tuvo algún tipo de aproximación a las drogas ilegales?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

27- ¿Cuántos tratamientos farmacológicos para su adicción ha realizado anteriormente?

Ninguno	
Más de 2 y menos de 4	
Más de 4 y menos de 6	
Más de 6 y menos de 10	
Más de 10	

28- ¿Cuántos tratamiento psicoterapéutico para su adicción ha realizado anteriormente?

Ninguno	
Más de 2 y menos de 4	
Más de 4 y menos de 6	
Más de 6 y menos de 10	
Más de 10	

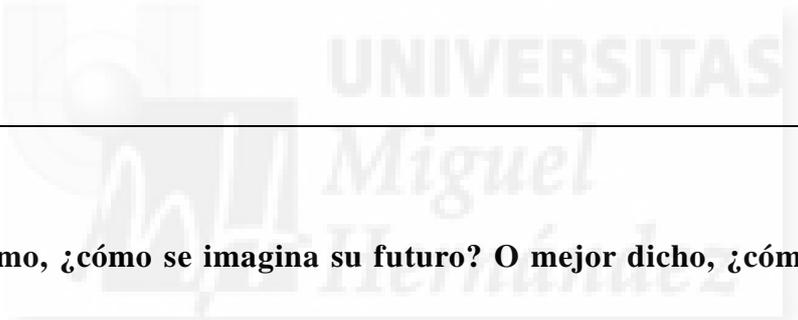
29- ¿Cuánto tiempo permaneció abstinentes?

Varios días	
Una semana	
Varias semanas	
Un mes	
Varios meses	
Un año	
Más de un año	

30- ¿Actualmente se contiene de cara al consumo de cocaína?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

31- ¿Cuáles son las expectativas que tiene con este tratamiento?



32- Y por último, ¿cómo se imagina su futuro? O mejor dicho, ¿cómo quisiera que fuera?

8.3. Cómo medir EQ según el TEIQue-SF

TEIQue-SF

Instrucciones: *Por favor, responde cada una de las afirmaciones expuestas más abajo poniendo un círculo alrededor del número que mejor refleja tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. Lee cada afirmación y escoge la respuesta que se corresponda mejor con tu manera más frecuente de ser, pensar o actuar. NO pienses demasiado sobre el significado exacto de la afirmación. Responde con sinceridad. NO hay respuestas correctas o incorrectas. Hay siete posibles respuestas a cada afirmación, variando desde “Completamente en Desacuerdo” (nº 1) hasta “Completamente de Acuerdo” (nº 7).*

1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

Completamente en Desacuerdo

Completamente de Acuerdo

1. No tengo dificultad para expresar mis emociones con palabras.	1	2	3	4	5	6	7
2. A menudo me resulta difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona.	1	2	3	4	5	6	7
3. En general soy una persona con alta motivación.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me cuesta controlar mis emociones.	1	2	3	4	5	6	7
5. En general no encuentro la vida agradable.	1	2	3	4	5	6	7
6. Puedo relacionarme fácilmente con la gente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tiendo a cambiar de opinión frecuentemente.	1	2	3	4	5	6	7
8. Muchas veces no consigo tener claro qué emoción estoy sintiendo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Creo que poseo buenas cualidades.	1	2	3	4	5	6	7
10. En muchas ocasiones me resulta difícil defender mis derechos.	1	2	3	4	5	6	7

11. Soy capaz de influir en los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
12. Soy pesimista en la mayoría de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Las personas de mi entorno más cercano se quejan de que no les trato bien.	1	2	3	4	5	6	7
14. Me cuesta trabajo adaptarme a los cambios.	1	2	3	4	5	6	7
15. En general soy capaz de afrontar situaciones estresantes.	1	2	3	4	5	6	7
16. A menudo siento dificultad para mostrar mi afecto a las personas más allegadas.	1	2	3	4	5	6	7
17. Soy capaz de “ponerme en la piel” de los demás y sentir sus emociones.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me cuesta motivarme por lo que hago.	1	2	3	4	5	6	7
19. Puedo encontrar diferentes maneras de controlar mis emociones cuando lo deseo.	1	2	3	4	5	6	7
20. En general estoy encantado/a con mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
21. Me considero un/a buen/a negociador/a.	1	2	3	4	5	6	7
22. Me implico, sin pensar lo suficiente, en cosas que más tarde desearía poder dejar.	1	2	3	4	5	6	7
23. A menudo me detengo a pensar sobre mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
24. Creo que estoy lleno/a de virtudes.	1	2	3	4	5	6	7
25. En una discusión tiendo a ceder incluso cuando sé que estoy en lo cierto.	1	2	3	4	5	6	7
26. No creo tener ningún poder sobre los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
27. En general creo que las cosas me irán bien en la vida.	1	2	3	4	5	6	7
28. Me cuesta conectar con las personas, incluso con aquellas más cercanas a mí.	1	2	3	4	5	6	7
29. Por lo general soy capaz de adaptarme a nuevas situaciones.	1	2	3	4	5	6	7
30. Algunas personas me admiran por ser tan tranquilo/a.	1	2	3	4	5	6	7

8.4. Escala de Resiliencia

Indique de las siguientes afirmaciones cual es su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas (Wang y Young, 1993):

- 1 Totalmente en desacuerdo
- 2 Bastante en desacuerdo
- 3 Algo en desacuerdo
- 4 Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5 Algo de acuerdo
- 6 Bastante de acuerdo
- 7 Totalmente de acuerdo

	TD	BD	AD	N/ND	AA	BA	TA
1. Cuando hago planes los llevo a término	1	2	3	4	5	6	7
2. Suele arreglármelas de un modo u otro	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de depender de mí mismo más que de los demás	1	2	3	4	5	6	7
4. Mantener el interés por las cosas es importante para mí	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo hacer las cosas por mi cuenta si es necesario	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgulloso de haber conseguido cosas en la vida	1	2	3	4	5	6	7
7. Suelo tomar las cosas con tranquilidad	1	2	3	4	5	6	7
8. Estoy a gusto conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
9. Creo que puedo hacer muchas cosas a la vez	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy una persona decidida	1	2	3	4	5	6	7
11. Pocas veces me pregunto para qué sirve todo	1	2	3	4	5	6	7
12. Hago las cosas una a una	1	2	3	4	5	6	7
13. Puedo superar momentos difíciles porque ya he pasado por dificultades antes	1	2	3	4	5	6	7

IE y prevención de recaídas en pacientes en tratamiento por dependencia a la cocaína

14. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
15. Mantengo el interés por las cosas	1	2	3	4	5	6	7
16. Siempre puedo encontrar algo de lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
17. La confianza en mí mismo me ayuda a salir de los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
18. En caso de necesidad soy una persona en la que se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
19. Suelo ser capaz de ver una situación desde distintos puntos de vista	1	2	3	4	5	6	7
20. A veces me obligo a mi mismo a hacer cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
22. No pierdo el tiempo preocupándome por cosas que no puedo cambiar	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando atravieso por una situación difícil normalmente suelo encontrar una salida	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la suficiente fuerza para hacer lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6	7
25. No pasa nada si hay personas a las que no les gusto	1	2	3	4	5	6	7

8.5. Medición de la autoeficacia:

Marque con una cruz para cada uno de los ítems, la opción que Ud. considere:

	Contenido	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Puedo encontrar la forma de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados				
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas				
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7	Venga lo que venga, por lo				

	general soy capaz de manejarlo.				
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				

Escala de autoeficacia general. Adaptación para la población española.

Sanjuán Suárez, p., Pérez García, A. y M^a Bermúdez Moreno, J.

Universidad Nacional a Distancia

8.6. Medición de la motivación

Test de motivación (adaptación del Test de Richmond):

Este test permite valorar la probabilidad del cese de la adicción a la cocaína, poniendo énfasis en la motivación del sujeto. La conclusión es clara: si los resultados son bajos, se debe trabajar en la motivación para poder elevarla. El test distribuye los resultados en cuatro niveles de probabilidad para que dicho cese sea exitoso: bajo, dudoso, moderado y alto.

1. ¿Te ha costado mucho trabajo dejar la cocaína?

Nada	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>

2. ¿Te sientes bien por haber dejado la cocaína?

Nada	<input type="checkbox"/>
Poco	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Mucho	<input type="checkbox"/>

3. ¿Con qué ganas dejaste la cocaína?

Nada	<input type="checkbox"/>
Pocas	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Muchas	<input type="checkbox"/>

4. ¿Continuarás sin consumir cocaína en las próximas semanas?

No	<input type="checkbox"/>
Dudoso	<input type="checkbox"/>
Probable	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

5. ¿Crees que dentro de 6 meses seguirás sin consumir cocaína?

No	<input type="checkbox"/>
Dudoso	<input type="checkbox"/>
Probable	<input type="checkbox"/>
Si	<input type="checkbox"/>

8.7. Medición de las recaídas en la adicción a la cocaína

INVENTARIO DE SITUACIONES PRECIPITANTES DE LA RECAÍDA
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA
(Adaptación del inventario por Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1997)

A continuación aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de consumir cocaína. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación "muy peligrosa", "bastante peligrosa", "poco peligrosa" o "nada peligrosa" para volver a consumir. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategias ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

	Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa
Cuando estoy con otras personas que están consumiendo.				
Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.				
Cuando estoy muy nervioso.				
Cuando empiezo a pensar que consumir una vez no me hará daño.				
Cuando me siento deprimido.				
Cuando tengo problemas en el trabajo.				
Cuando siento que me regañan injustamente.				
Cuando estoy muy contento.				
Cuando tengo dinero disponible para gastar.				
Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que consumía.				
Cuando hay riñas y peleas en casa.				
Cuando estoy irritado o me siento frustrado.				
Cuando hay ocasiones especiales como Navidad, cumpleaños, fiestas, etc.				
Cuando estoy aburrido.				
Cuando pienso en la posibilidad de ponerme a prueba y consumir una vez para ver si controlo mi adicción.				

8.8. Medición de la escala de apoyo social percibido (EASP)

Escala de Apoyo Social Percibido (EASP)

1. Desde qué tiene esta enfermedad ¿quién me diría que le ha ayudado de alguna forma en esta situación?.

El esposo/a	Si	No
Sus hijos/as	Si	No
Sus padres	Si	No
Sus hermanos	Si	No
Sus compañeros de trabajo	Si	No
Sus amigos	Si	No
Sus vecinos	Si	No
Su médico/s	Si	No
El personal de enfermería	Si	No
Otros :	Si	No

2. ¿En qué medida le ha satisfecho el apoyo recibido por cada una de las personas anteriores?

	NADA	POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
El esposo/a	1	2	3	4	5
Sus hijos/as	1	2	3	4	5
Sus padres	1	2	3	4	5
Sus hermanos	1	2	3	4	5
Sus compañeros de trabajo	1	2	3	4	5
Sus amigos	1	2	3	4	5
Sus vecinos	1	2	3	4	5
Su médico/s	1	2	3	4	5
El personal de enfermería	1	2	3	4	5
Otros :	1	2	3	4	5

3. ¿De qué forma le han ayudado al paciente?

1. Escuchándole 5. Aconsejándole 9. Económicamente
 2. Animándole 6. Visitándole 10. Interesándose
 3. Distrayéndole 7. Ofreciéndose 11. Acompañándole
 4. Informándole 8. Haciendo tareas 12. De otra manera (indicar)

El esposo/a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus hijos/as	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus padres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus hermanos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus compañeros de trabajo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus amigos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sus vecinos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Su médico/s	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
El personal de enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Otros :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Autores: Terol, M.C.; López-Roig, S.; Martín-Aragón, M.; Pastor, M.A.; Leyda, J.I.; Neipp, M.C. y Rodríguez-Marín, J. *Rev. Psicología Social Aplicada*. 10(2), 63-79. 2000.

8.9. Medición del Consumo

ESCON

(ESCALA DE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y OTRAS DROGAS)

(García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., Gázquez, M. y García del Castillo-López, A., 2011).

Las cuestiones que te presentamos a continuación, se refieren al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si es tu caso. Este cuestionario es anónimo, por favor, si decides rellenarlo contesta con total SINCERIDAD.

1. Basándote en la cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas que consumes actualmente, dónde te situarías en una escala de 0 a 10 (0 ausencia de consumo y 10 consumo máximo):

0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	----	--------------------------

2. ¿Fumas?:

- 1 Sí.
 2 Muy rara vez.
 3 No.

3. En caso de que fumes, ¿qué cantidad de tabaco consumes a diario?: _____ (nº de cigarrillos diarios).

4. ¿Bebes alcohol?:

- 1 Sí.
 2 Muy rara vez.
 3 No.

5. En caso de consumir bebidas alcohólicas, indica:

- 1 No bebo.
 2 Muy rara vez.
 3 Sólo en las comidas.
 4 Sólo fines de semana.
 5 Sólo en celebraciones: fiestas y reuniones.
 6 Todos los días.

6. ¿Qué cantidad de vino bebes semanalmente? (Especifica número de vasos): _____ (1L = 5 vasos).

7. ¿Qué cantidad de cerveza bebes semanalmente? (Especifica número de botellines o cañas): _____ (1L = 5 cañas).
8. ¿Qué cantidad de otras bebidas alcohólicas, solas o combinadas, bebes semanalmente? (güisqui, ginebra, licor, coñac, ron, etc.): _____ (número de copas, se entiende una copa bien sola o combinada de refresco de cola, etc.).
9. ¿Cuántas veces, aproximadamente, te has emborrachado?:
- 1 Nunca.
- 2 Una vez.
- 3 Entre dos y seis veces.
- 4 Más de seis veces.
- 5 Son tantas, que he perdido la cuenta.
10. ¿Tomas estimulantes?:
- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.
11. En el caso de que tomes estimulantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).
12. ¿Tomas tranquilizantes?:
- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.
13. En el caso de que tomes tranquilizantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).
14. ¿Tomas analgésicos?:
- 1 Sí.
- 2 Muy rara vez.
- 3 No.
15. En el caso de que tomes analgésicos, ¿qué cantidad consumes semanalmente?: _____ (nº de dosis).

16. ¿Tomas marihuana?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

17. En el caso de que tomes marihuana, ¿qué cantidad consumes semanalmente?:
_____ (n° de porros).

18. ¿Tomas cocaína?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

19. En el caso de que tomes cocaína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?:
_____ (n° de gramos).

20. ¿Tomas heroína?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

21. En el caso de que tomes heroína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?:
_____ (n° de dosis).

22. ¿Tomas drogas sintéticas?:

- 1 Sí.
2 Muy rara vez.
3 No.

23. En el caso de que tomes drogas sintéticas, ¿qué cantidad consumes
semanalmente?: _____ (n° de dosis).

24. Indica con una "X", la casilla que corresponda a tu consumo:

	Nunca	Muy rara vez	Mensualment e	Semanalment e	A diario
Tabaco.....	<input type="checkbox"/>				
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>				
Estimulantes.....	<input type="checkbox"/>				
Tranquilizantes....	<input type="checkbox"/>				
Analgésicos.....	<input type="checkbox"/>				
Marihuana.....	<input type="checkbox"/>				
Cocaína.....	<input type="checkbox"/>				
Heroína.....	<input type="checkbox"/>				
Drogas sintéticas...	<input type="checkbox"/>				
Otras (especificar)	<input type="checkbox"/>				
-----	<input type="checkbox"/>				



8.10. Medición de la adherencia al tratamiento (CAD)**CUESTIONARIO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE COCAÍNA (CAD)**

1. Tipo de tratamiento

Farmacológico	<input type="checkbox"/>
Psicológico	<input type="checkbox"/>
Mixto	<input type="checkbox"/>

2. Para mí, dejar la cocaína es:

Voluntario	<input type="checkbox"/>
Involuntario	<input type="checkbox"/>
Judicial	<input type="checkbox"/>

3. ¿Quiero dejar la cocaína?

Siempre	<input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

4. ¿Considero mi consumo de cocaína como una enfermedad?

Siempre	<input type="checkbox"/>
Casi siempre	<input type="checkbox"/>
A veces	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

5. Mi familia y/o amigos están pendientes de que cumpla mi tratamiento:

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Sigo todas las pautas que me indican en el tratamiento farmacológico?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

7. ¿Sigo todas las pautas que me indican en el tratamiento psicológico?

Siempre	
Casi siempre	
A veces	
Nunca	

8. Mi grado de confianza al tratamiento es:

	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Centro				
Médico/a				
Psicólogo/a				

9. El tipo de centro en el que realizo el tratamiento es:

Público	
Privado	
Privado/concertado	

10. Considero que la frecuencia de visitas con el médico/a es: (No responda en caso de que su tratamiento sea sólo psicológico)

Demasiadas	
Muchas	
Adecuadas	
Pocas	
Muy pocas	

11. Considero que la frecuencia de visitas con el psicólogo es: (No responda en caso de que su tratamiento sea sólo farmacológico)

Demasiadas	
Muchas	
Adecuadas	
Pocas	
Muy pocas	

12. Mi relación con el médico es: (No responda en caso de que su tratamiento sea sólo psicológico)

Mala	
Regular	
Ni buena ni mala	
Buena	
Muy buena	

13. Mi relación con el psicólogo es: (No responda en caso de que su tratamiento sea sólo farmacológico)

Mala	
Regular	
Ni buena ni mala	
Buena	
Muy buena	

14. Mi grado de compromiso con el tratamiento es:

Ninguno	
Muy poco	
Poco	
Bastante	
Totalmente	

15. Mis recursos económicos son:

Malos	
Escasos	
Buenos	
Muy buenos	

16. ¿Qué me haría pensar en abandonar el tratamiento

Una discusión	
Cansancio	
Me encuentro bien	
Frustración	
Comentarios de otras	
Otros	

17. Los beneficios que obtengo por seguir el tratamiento son:

Ningunos	
Malos	
Regular	
Buenos	
Muy buenos	

18. Desde que estoy en tratamiento mi estado de ánimo es:

Malo	
Regular	
Bueno	
Muy bueno	

19. El tratamiento lo marco yo aunque los especialistas opinen de otra forma.

Muy de acuerdo	
De acuerdo	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
En desacuerdo	
Muy en desacuerdo	

20. En el caso de tener una recaída continuaría con el tratamiento

Nunca	
Posiblemente	
Seguro	

21. Por favor, di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonados hasta la fecha.

0 ó 1 tratamientos	
2 tratamientos	
3 tratamientos	
4 tratamientos	
5 ó más tratamientos	

22. Cabe la posibilidad de que abandones el tratamiento a corto plazo por decisión propia.

Muy de acuerdo	
De acuerdo	
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
En desacuerdo	
Muy en desacuerdo	

23. ¿Cuántos años llevas consumiendo?

2 años o menos	
Más de 2 y menos de 6 años	
Más de 6 y menos de 10 años	
10 años o más	

24. ¿Cuántos años llevas enganchado?

2 años o menos	
Más de 2 y menos de 5 años	
Más de 5 y menos de 9 años	
Más de 9 y menos de 11 años	
Más de 11 años	

