

¿Existe Relación entre el Consumo de Cannabis y la Inteligencia Emocional?

Ana Román Marcos

Universidad Pontificia de Comillas

Máster de Psicología General Sanitaria

Directora: Sara Ben-Bouchta del Viejo

24 de mayo de 2022



Resumen

Existe un creciente aumento del consumo de cannabis, no solo en el panorama nacional, sino también a nivel europeo y mundial. Esto ha hecho que la atención comience a centrarse en la funcionalidad de esta sustancia, sobre todo en aquellos de joven edad. La relación que esta sustancia parece tener con la Inteligencia Emocional (IE) es notable, por lo que se ha querido investigar sobre esta relación. La muestra utilizada ha sido de 238 participantes de entre 18 y 30 años ($M=23$) de la población española. Los resultados son concluyentes con las investigaciones previas sobre la materia, indicando relación entre los factores de claridad y reparación de la IE y el consumo de cannabis. En cuanto al factor atención no encontramos resultados concluyentes, lo cual es también visible en el resto de las publicaciones al respecto. La respuesta que se ha intentado dar a esta inconclusión del factor atención tiene que ver con el modelo de Terapia de Aceptación y Compromiso. Sería interesante investigar sobre las posibilidades que puede aportar la aceptación de la emoción, para así poder entrar en contacto con ella, para atenderla, clarificarla y repararla, pudiendo dar lugar a una mejor IE a largo plazo.

Palabras clave: Inteligencia Emocional, Cannabis, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Abstract

There is a growing tendency in cannabis use among the young population, not only in the national scene, but also in a european and global one. This reality makes the issue a relevant one to research and see how this drug is possibly playing a role in emotional regulation. Also, the relationship that this substance seems to have with Emotional Intelligence (EI) is remarkable, which is why we wanted to investigate this relationship. The sample used was 238 participants between the ages 18 and 30 ($M=23$) from a Spanish population. The results are conclusive with previous research on the subject,

indicating a relationship between the clarity and repair factors of EI and cannabis use. Regarding the attention factor, we did not find conclusive results, which is also visible in the rest of the publications on the matter. The answer that has been tried to give to this incompleteness of the attention factor has to do with the model of Acceptance and Commitment Therapy. It would be interesting to investigate the possibilities that the acceptance of emotions can bring, in order to gain a suitable approach to them, and with it being able to better attend, clarify and repair them, leading to a more adjusted EI in the long term.

Keywords: Emotional Intelligence, Cannabis, Acceptance and Commitment Therapy.

¿Existe Relación entre el Consumo de Cannabis y la Inteligencia Emocional?

El cannabis sigue siendo la droga más consumida a nivel mundial. La United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), estimó en 2022 que el 4% de la población mundial comprendida entre los 15 y los 64 años, ha consumido cannabis al menos 1 vez en 2019, es decir, unos 200 millones de personas. La UNODC prevé que el consumo de cannabis en jóvenes siga aumentando cada año, ya que la percepción de riesgo que estos experimentan sobre esta droga es cada vez menor. En el European Drug Report (EDR) del año 2020, encontramos los siguientes datos: el 27,2% de la población de la Unión Europea comprendida entre los 15 y los 64 años han consumido cannabis al menos 1 vez en la vida, y un 15% de jóvenes adultos (entre 15 y 34 años) han consumido en el último año. Además, el 1% de la población adulta de la Unión Europea son consumidores diarios de cannabis, siendo el 60% de ellos menores de 35 años. La media de edad del primer consumo se encuentra en los 17 años.

En el caso de España, el 1,9% de la población adulta es consumidora problemática de cannabis según las estadísticas sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales del Observatorio Español de Drogas y Adicciones (2021). De esta encuesta se obtuvieron también los siguientes datos: el 37,5% de la población adulta española ha consumido cannabis alguna vez en la vida, el 10,5% ha consumido cannabis en los últimos 12 meses, el 8% en los últimos 30 días, y el 2,9% ha consumido cannabis diariamente en los últimos 30 días. La media de edad de inicio de consumo se encuentra en los 18,5 años, un punto y medio más que la media de la Unión Europea.

Teniendo en cuenta esta situación tanto mundial, como europea y nacional, queda patente la necesidad, y creciente urgencia, por entender en mayor medida los hábitos y repercusiones del consumo de cannabis, ya que, además, es un consumo que

se está asentando en las bases de una población con una media de edad alarmantemente precoz.

No es hasta finales de los años 90 y principios del año 2000, cuando se comienzan a desarrollar nuevas líneas de investigación que buscan comprender y establecer hipótesis sobre el consumo de cannabis que la población adolescente y joven-adulta hace de esta sustancia. La búsqueda se orienta hacia la funcionalidad que el consumo de cannabis tiene para esta población, desarrollándose numerosas investigaciones en las que se relaciona el consumo de cannabis con diferentes necesidades o déficits de la población adolescente y joven-adulta. Es complicado establecer una relación causal en la materia, o saber con exactitud en qué dirección se mueve la relación entre el consumo y los diferentes factores con los que se ha ido relacionando a esta sustancia.

Existen dos hipótesis relevantes en la materia. Por un lado, encontramos un conglomerado de estudios que establecen su hipótesis apoyando una relación causal en la que el consumo sería el factor predisponente o precipitante del trastorno mental o de la baja satisfacción vital; como por ejemplo Allen y Holder (2013), hablan de la relación entre el consumo de cannabis y una satisfacción vital negativa, o Brook et al. (2002), que va un paso más allá, y relaciona el consumo prematuro de sustancias con un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales como la depresión. Un estudio longitudinal realizado por el Ontario Child Health Institute, observa que el consumo de cannabis en adolescentes se relaciona con una baja satisfacción vital y con un elevado riesgo de trastorno depresivo mayor, tal y como describen Georgiades y Boyle (2007). Gruber et al. (2003) también encuentran resultados que correlacionan positivamente el consumo de cannabis, prolongado y habitual, con niveles bajos de satisfacción vital y felicidad general. En contraposición, encontramos multitud de estudios que plantean hipótesis, y

obtienen resultados interesantes, que no indican al consumo como causa, sino como regulador del malestar emocional; es decir, cuando el trastorno mental o la problemática emocional ya está presente en la persona, es entonces cuando se comienza a hacer uso del consumo como medida o herramienta de regulación emocional. Miller y Plant (2002) hablan del uso del cannabis como estrategia para lidiar con bajos niveles de bienestar emocional; al igual que Simons y Carey (2002), que apoyan la hipótesis del aumento de riesgo de consumo de cannabis en aquellos jóvenes con desregulación emocional. Brodbeck et al. (2007) distingue entre consumidores de cannabis con motivos de afrontamiento y consumidores con motivación social/recreativa; los primeros mostraban un nivel más bajo de salud mental, mayor sintomatología psicopatológica, y mayor nivel de angustia psicosocial que los no consumidores, mientras que los consumidores con motivos sociales (recreativo) no diferían de los no consumidores en términos de salud, como, por ejemplo, la angustia. Zvolensky et al. (2007) recoge en su estudio la relación entre la motivación de consumo de cannabis como herramienta de afrontamiento, y factores emocionales y cognitivos negativos. Así mismo, Dorard et al. (2008) ponen énfasis en la importancia de prevenir el consumo de sustancias en momentos tan tempranos como la enseñanza secundaria, ya que encuentran una clara relación entre el consumo de cannabis y el malestar psicológico. Además, Plancherel et al. (2005) obtienen resultados muy interesantes sobre la visión que los adolescentes tienen del consumo de cannabis, reflejando que estos hacen uso del cannabis como consumo “medicinal”, ya que lo utilizan para “lidiar con el estrés”. En esta línea, Miller y Plant (1999) encuentran un aumento de este mismo pensamiento en los jóvenes que han aumentado la frecuencia de consumo, para “escapar de sus problemas”. Así mismo, encontramos testimonios de jóvenes que, ante la no resolución de sus problemáticas psicológicas (depresión, ansiedad o estrés) a través de tratamientos

médicos, deciden hacer uso del cannabis, valorándolo como la única alternativa viable (Bottorff et al., 2009). Wilens et al. (2007) hablan en la misma línea, encontrando un elevado porcentaje de jóvenes con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) que deciden automedicarse a través del cannabis. También encontramos estudios que relacionan la variable de la estructura o ambiente familiar con el consumo de cannabis, exponiendo resultados interesantes; como Miller (1997), que encuentra en una estructura familiar estable una menor posibilidad de inicio de consumo. Y Butters (2002), que hace énfasis en la importancia de entender que el cannabis funciona como una forma de intentar lidiar con las problemáticas familiares del adolescente.

Parece entonces que los estudios apuntan a que la salud psicológica, el bajo bienestar emocional, el afecto negativo o la baja satisfacción vital pueden llevar a los jóvenes al consumo de cannabis, en su mayoría como medida de afrontamiento de sus propios estados emocionales; lo cual también se refleja en otras problemáticas como las familiares. Además, sabemos por García y Sanz (2016) que uno de los trastornos con mayor comorbilidad con el trastorno depresivo en adolescentes varones es el abuso de sustancias. Aun con todo ello, sigue existiendo una gran disparidad de opiniones y resultados en cuanto a que fue antes, si el malestar/trastorno o el consumo. Bonn-Miller et al. (2007) ya dejó claro a principios del año 2000 que se debe continuar investigando en esta línea, con la finalidad de comprender con mayor ajuste la funcionalidad del consumo de cannabis en los jóvenes.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, parece que puede existir una relación entre la baja capacidad que algunos de nuestros adolescentes y jóvenes-adultos parecen presentar para atender, clarificar y gestionar sus emociones, y el consumo de cannabis. Si nuestros adolescentes y jóvenes consumen cannabis para, como ellos dicen,

“escapar de sus problemas” o “lidiar con el estrés”, cabe pensar que estos no disponen de las herramientas de afrontamiento emocional necesarias o suficientes que los lleve a no depender del consumo. Goleman (1995), en su libro “Emotional Intelligence”, ya hipotetizó sobre la idea de que, bajos niveles de Inteligencia Emocional (IE), que conllevan una baja habilidad para afrontar y manejar las emociones, pueden contribuir al desarrollo del consumo de sustancias. Justamente esta idea es la que corroboran Ruiz-Aranda et al. (2006), a través de un estudio en el que examinan la relación entre la Inteligencia Emocional Percibida y el consumo de sustancias en adolescentes, obteniendo resultados en los que se relaciona la inteligencia emocional con la disminución de conductas de riesgo para la salud; es decir, que las personas con mayor desarrollo de habilidades emocionales no recurrirán al uso de sustancias como estrategia de regulación emocional. Con esto, nos adentramos en uno de los pilares del presente estudio: la Inteligencia Emocional.

Mayer y Salovey introducen el concepto de Inteligencia Emocional por primera vez en la literatura científica en 1990 tal y como Fernández-Berrocal y Extremera (2006), exponen. Este modelo es uno de los 3 modelos básicos sobre la IE que se han desarrollado, siendo los otros dos el modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social (2006), y el modelo de competencias emocionales de Goleman (1998). La IE entonces fue definida como: “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno” (Salovey y Mayer, 1990). Sin embargo, en 1997, los autores actualizan la definición como: “la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción

adaptativa; y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros” (Mayer y Salovey, 1997; Mayer et al., 2000). Desde la facultad de psicología de la Universidad de Málaga, han puesto en marcha el Laboratorio de emociones, en el que realizan investigaciones enfocadas a la Inteligencia Emocional, con proyectos y líneas de investigación interesantes. Algunos de ellos se centran en investigar la relación entre la Inteligencia Emocional y el bienestar subjetivo de las personas, el funcionamiento social o el consumo de sustancias. En cuanto a esta última, se han ido desarrollando ciertas investigaciones en las últimas dos décadas. Riley y Schutte (2003), concluyeron que una baja inteligencia emocional era predictora de problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias. En cuanto al alcohol y al tabaco, Trinidad et al. (2002), también encuentran resultados que indican una relación entre la baja inteligencia emocional y el consumo de estas sustancias. Más concretamente con el consumo de tabaco, Trinidad et al. (2004) encuentran resultados que apuntan a la inteligencia emocional como factor protector ante otros factores psicosociales de riesgo de consumo de tabaco. Sin embargo, existen pocos estudios que relacionen la IE concretamente con el consumo de cannabis (Limonero et al., 2013). Uno de ellos es el estudio de Limonero et al. (2006), en el que se encuentran los siguientes resultados: “los estudiantes que consumen tabaco o cannabis presentan niveles bajos en el componente de Reparación del Trait Meta-Mood Scale; el componente de Claridad Emocional parece estar relacionada con el consumo ocasional de cannabis, de modo que los estudiantes con alta puntuación en este factor consumieron menos; y el componente de Atención Emocional del TMMS no está implicado en el consumo de estas sustancias” (Limonero et al., 2006, p. 95). Se recalca, además, la necesidad de seguir investigando sobre las diferentes implicaciones de cada uno de los componentes de la inteligencia emocional percibida (IEP) en el consumo de estas sustancias (Limonero et al., 2006). Es importante matizar

que, el TMMS-24 mide la Inteligencia Emocional Percibida (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006); por lo tanto, lo que se estaría evaluando es la percepción que las personas tienen de su capacidad de atención, clarificación y reparación de sus estados emocionales. Dicho esto, en otro de sus estudios, Limonero et al. (2013) encuentra los siguientes resultados: “Los análisis de correlación indican que el abuso de cannabis se correlaciona negativa y significativamente con la atención y la claridad emocional; es decir, aquellos jóvenes con niveles bajos de atención y claridad, que prestaban poca atención a sus emociones y no comprendían las emociones que estaban experimentando, tendrán mayor tendencia al abuso de cannabis” (Limonero et al., 2013, p. 230); estos resultados se contradicen con los de anteriores estudios, ya que en ellos la atención no encontraba relación con el consumo de cannabis. Sin embargo, Brackett et al. (2004) también encuentra una relación entre la baja atención emocional y la tendencia al consumo de cannabis. Desde Delhi (India), Nehra et al. (2012) nos muestran resultados en la misma línea, pero más concretos, sugiriendo que existe una asociación entre la baja inteligencia emocional, la baja autoestima y el consumo de cannabis; sus resultados fueron los siguientes: El grupo consumidor de cannabis puntúa significativamente más bajo en inteligencia emocional en comparación con el grupo control. Es interesante también los resultados que nos aportan Bonn-Miller et al. (2011) sobre la relación entre el estrés post-traumático, la dificultad en regular las emociones y el uso de cannabis como medida de afrontamiento, ya que se encuentra a la regulación emocional (la dificultad) como variable mediadora entre los síntomas de estrés post-traumático y el consumo de cannabis. Más concretamente, sobre la claridad emocional, Boden et al. (2013) son los primeros en encontrar una clara interacción entre la baja claridad emocional, junto con el uso de reestructuración cognitiva, como predictor del consumo de cannabis.

Como se ha podido observar, existe previa literatura que apoya el consumo de sustancias como herramienta de afrontamiento ante problemáticas psicológicas como la ansiedad o el estrés (Bottorff et al., 2009; Brook, 2002; Gorgiades y Boyle, 2013), problemáticas familiares (Miller, 1997; Butters, 2002) o la baja satisfacción vital (Allen y Holder, 2013; Gruber et al., 2003); a su vez, se ha encontrado también relación entre la baja inteligencia emocional y el consumo de sustancias, siendo la baja IE un posible promotor del consumo (Trinidad et al., 2002 y 2004; Riley y Schutte, 2003). Con todo ello, parece importante seguir investigando en base a una de las drogas que cada vez tiene más tasa de abuso. Además, vemos que existe poca fundamentación científica en el campo de la inteligencia emocional, aun habiéndose encontrado indicios de su claro funcionamiento como medida de afrontamiento en aquellos con una baja inteligencia emocional (Limonero et al., 2013 y 2006; Boden et al., 2013; Nehra et al., 2012; Bonn-Miller et al., 2011). La utilidad de este estudio entonces es seguir aportando información sobre la materia y poder dar luz a esta posible función que el cannabis parece estar cumpliendo como herramienta de gestión emocional en jóvenes con una baja inteligencia emocional. Los beneficios que puede aportar seguir en esta línea de investigación es la posibilidad de encontrar finalmente la funcionalidad del cannabis en la realidad emocional de la vida de los jóvenes-adultos, además de poner el foco en la importancia que tiene la emoción y su gestión. Poder establecer una relación clara entre ambas variables generaría la posibilidad de empezar a realizar intervenciones de forma más directa y concreta, ya que, si el síntoma superficial y visible es el consumo de cannabis, se podría prever con mayor facilidad que la causa que subyace al consumo sea una mala gestión emocional; trabajar directamente con la gestión de las emociones, con como atenderlas, identificarlas/clarificarlas y finalmente repararlas.

Además, actualmente no podemos pasar por alto la realidad a nivel mundial que estamos viviendo desde marzo de 2020. La pandemia producida por el COVID-19 ha hecho que, al menos en España, se hayan detenido gran parte de las interacciones sociales y de las dinámicas naturales del país, generándose un alto nivel de aislamiento. Concretamente en la población joven ha podido vivirse de manera especialmente dura la nueva realidad de aislamiento social, incrementando en ellos el estrés y la soledad (Brooks et al., 2020; Holmes et al., 2020). Por lo tanto, parece predecible que pueda haber generado un mayor desajuste emocional en aquellos que ya de por sí tenían una inteligencia emocional más baja, haciendo que tengan que recurrir en mayor medida, o como nueva medida, al consumo de cannabis para regular su estado emocional.

A nivel internacional, los consumidores de cannabis durante la pandemia reportaron una mayor preocupación por el impacto de esta en el ámbito económico y en su carrera profesional (Salles et al., 2021). En los Países Bajos se realizó una encuesta en la que encontraron que había un mayor número de consumidores que aumentaron su consumo de cannabis, tanto en cantidad como en frecuencia (Van Laar et al., 2020). Van Hooijdonk et al. (2022) también encuentran un aumento en el consumo de cannabis tras el confinamiento. Al igual que más concretamente en Ámsterdam, donde Cousijn et al. (2021) encuentran un aumento del consumo de cannabis en los primeros meses de confinamiento en aquellos consumidores severos de cannabis; sin embargo, estos participantes no reportaron un empeoramiento en su bienestar emocional. En contraposición, un estudio belga realizado por Vanderbruggen et al. (2020) encuentra que ha habido un aumento en el consumo de alcohol y tabaco, pero no de cannabis; siendo la soledad, pérdida de estructura, menor contacto social o días de trabajo exigentes las causas de este aumento de consumo. En Estados Unidos, Pelham et al. (2021) encontraron una fuerte asociación entre estrés, depresión y ansiedad, y abuso de

sustancias en jóvenes, reflejando una escalada en problemas emocionales relacionados con la pandemia. Otro estudio realizado con población italiana obtiene que los consumidores de cannabis durante el confinamiento redujeron su consumo, pero que aquellos que continuaron lo hicieron por motivaciones como el aburrimiento, búsqueda de relajación o reducción del estrés (Pavarin et al., 2022). En cuanto a la apatía y anhedonia, Skumlien et al. (2021) han encontrado que aquellos jóvenes consumidores de cannabis tienen puntuaciones altas en ambos factores además de un aumento de ellos durante el confinamiento. Por último, el estudio de Leatherdale et al. (2021) reporta un claro aumento del consumo de cannabis en adolescentes como medida de afrontamiento ante la COVID-19.

En España, el estudio realizado por Fernández-Artamendi et al. (2021) muestra que no ha habido una modificación de los hábitos de consumo de cannabis, únicamente un ligero descenso en la frecuencia, que, además, parece estar producido por la dificultad de acceso a la droga debido al confinamiento. Sin embargo, dentro del uso que se hizo del cannabis en el confinamiento, se distingue entre el uso de esta droga con fines sociales, el cual disminuyó, y el uso con fines de afrontamiento o expansión. Martínez-Fernández et al. (2021) al contrario que el anterior estudio, sí que encuentran un aumento del consumo de cannabis durante el confinamiento, este estudio además encuentra relación entre la inteligencia emocional de los participantes y el uso que hacen del cannabis para afrontar la situación de confinamiento. Por el contrario, también se han realizado estudios que apuntan a un descenso del consumo de cannabis, como el de Rogés et al. (2021), o el de Llorens et al. (2021) en colaboración con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el que se encuentra un descenso generalizado en el consumo de cannabis exponiendo las causas de ello como consecuencia de las restricciones sociales a raíz de la pandemia y el aislamiento social.

Método

Objetivo e hipótesis

El objetivo del presente estudio es analizar la posible relación entre la inteligencia emocional y el consumo de cannabis en jóvenes adultos de la población española, y cómo se ha materializado esta relación en la pandemia.

Teniendo esto como base se han establecido las siguientes hipótesis para el estudio:

1. Existen diferencias estadísticamente significativas en Inteligencia Emocional dependiendo de la gravedad del consumo. Las diferencias se desglosan según los 3 factores -atención, claridad y reparación- del *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS-24):
 - a. El grupo consumidor problemático mostrará una puntuación mayor en el factor atención, en comparación con el grupo consumidor no problemático y no consumidor.
 - b. El grupo consumidor problemático mostrará una puntuación menor en el factor claridad, en comparación con el grupo consumidor no problemático y no consumidor.
 - c. El grupo consumidor problemático mostrará una puntuación menor en el factor reparación, en comparación con el grupo consumidor no problemático y no consumidor.

2. Aquellos que han comenzado o agravado su consumo durante la pandemia tendrán peor puntuación en Inteligencia Emocional que aquellos que no.

- a. Aquellos que han iniciado o agravado su consumo durante la pandemia tendrán una mayor noción de su capacidad para atender a sus estados emocionales que aquellos que no modificaron su consumo.
- b. Aquellos que han iniciado o agravado su consumo durante la pandemia tendrán una menor noción de su capacidad para clarificar sus estados emocionales que aquellos que no modificaron su consumo.
- c. Aquellos que han iniciado o agravado su consumo durante la pandemia tendrán una menor noción de su capacidad para reparar sus estados emocionales que aquellos que no modificaron su consumo.

Instrumentos

La recogida de datos del presente estudio se ha realizado a través de un cuestionario ad hoc on-line diseñado a partir de la plataforma *Google Forms*. Dentro del cuestionario encontramos las siguientes partes:

Primeramente, y tras firmar el consentimiento informado, se encuentra un cuestionario para la recogida de información sociodemográfica de los participantes.

Seguidamente se encuentra un *cuestionario ad hoc para la recogida de otros hábitos de consumo* (Ej.: “¿Consumes tabaco habitualmente? (Nunca, en celebraciones especiales, ocasionalmente algunos fines de semana, todos los fines de semana, todos los días)”).

Tras ello, el *cuestionario ad hoc que recoge información sobre las restricciones en pandemia y el posible inicio o agravamiento del consumo de cannabis de los participantes* (Ej.: “¿Has empezado a consumir cannabis en la época de pandemia? ¿Antes, durante o tras el confinamiento?”)

A continuación, se describen los instrumentos de medida validados empleados en el presente estudio:

El *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; versión original de Salovey et al., 1995), ver apéndice B. Es una escala rasgo de metaconocimiento de los estados emocionales, que evalúa las diferencias individuales en las destrezas para ser conscientes de las propias emociones, así como de la capacidad para regularlas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004). Es una medida de auto informe con la que se evalúan las creencias o actitudes que las personas tienen sobre sus estados emocionales. La Inteligencia Emocional contiene 3 dimensiones clave: atención a los sentimientos, claridad y reparación emocionales, las cuales evalúa el TMMS-24.

La atención emocional es el grado en el que las personas creen poner atención a sus emociones y sentimientos; la claridad emocional habla de cómo creen las personas que perciben sus emociones; y la reparación emocional habla de la creencia de las personas sobre su capacidad para prolongar las emociones positivas e interrumpir o regular las negativas. Las personas que presentan una inteligencia emocional alta son aquellas que presentan una puntuación moderada-baja en atención y altas puntuaciones en claridad y reparación (Salovey et al., 1999).

Según Fernández-Berrocal y Extremera (2006), las medidas de autoinforme fueron las primeras herramientas desarrolladas para evaluar las habilidades de IE y son hasta el momento las más utilizadas, entre otros motivos por su fácil administración y la rapidez para obtener puntuaciones.

En cuanto a las propiedades psicométricas de la prueba, el TMMS-24 tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach mayor de 0.85 en cada factor). El factor de reparación correlaciona positivamente con el factor claridad, pero no con el factor

atención. Sin embargo, atención se relaciona positivamente con el Inventario de Depresión de Beck; y el factor de claridad y reparación se asocia negativamente con las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck y correlaciona positivamente con la Escala de Satisfacción Vital. Además, el factor de reparación correlaciona negativamente con la Escala de respuestas Rumiativas (Fernández-Berrocal et al., 2004).

Esta prueba consta de 24 ítems, 8 por cada factor. Del ítem 1 al 8 encontramos el factor atención, del 9 al 16 el factor claridad y del 17 al 24 el factor reparación. Los participantes deben contestar, en una escala del 1 (Nada de acuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo), el grado de acuerdo que sienten con cada uno de los ítems. Se obtiene una puntuación independiente para cada uno de los factores. Las puntuaciones se desglosan de la siguiente manera:

Para el factor atención: las puntuaciones en varones van desde < 21 (debe mejorar su atención: presta poca atención), de 22 a 32 (adecuada atención) hasta > 33 (debe mejorar su atención: presta demasiada atención); las puntuaciones en mujeres van desde < 24 (debe mejorar su atención: presta poca atención), de 25 a 35 (adecuada atención), hasta > 36 (debe mejorar su atención: presta demasiada atención).

Para el factor claridad: las puntuaciones en varones van desde < 25 (debe mejorar su regulación), de 26 a 35 (adecuada regulación), hasta > 36 (excelente regulación); las puntuaciones en mujeres van desde < 23 (debe mejorar su regulación), de 24 a 34 (adecuada regulación), hasta > 35 (excelente regulación).

Para el factor reparación: las puntuaciones en varones van desde < 23 (debe mejorar su regulación), de 24 a 35 (adecuada regulación), hasta > 36 (excelente regulación); las puntuaciones en mujeres van desde < 23 (debe mejorar su regulación), de 24 a 34 (adecuada regulación), hasta > 35 (excelente regulación).

A partir del programa estadístico Jamovi se ha realizado el análisis de consistencia interna del TMMS-24 utilizado en el presente estudio, del que se ha obtenido una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de 0.86

El *Cannabis Abuse Screening Test* (CAST) (Legleye et al., 2007), ver apéndice A. El *French Monitoring Center for Drug and Drug Addictions* (OFDT) ha creado esta breve escala, compuesta por 6 ítems, que evalúa el consumo de cannabis en población general. Los pacientes deben responder a estos ítems en una escala de 0 (nunca) a 5 (muy a menudo). En el estudio de validación para el CAST de Legleye et al. (2007), se establece el punto de corte en puntuaciones mayores a 4, siendo esta puntuación categorizada como consumo problemático; las puntuaciones de 0-1 se categorizan como no problemáticas, y las de 2-3 como riesgo bajo. Las propiedades psicométricas de la prueba son: una consistencia interna alta (alfa de Cronbach mayor de 0.71) y un alto coeficiente de correlación interclase test-retest mayor de 0.80 (Cuenca-Royo et al., 2012). A partir del programa estadístico Jamovi se ha realizado el análisis de consistencia interna del CAST utilizado en el presente estudio, del que se ha obtenido una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de 0.83.

Participantes

Para el presente estudio se ha recogido una muestra total de 238 participantes, siendo el 28% hombres y el 72% mujeres. Se utilizó como criterio de inclusión una edad comprendida entre 18 y 30 años inclusive ($M = 23$). De la muestra total se obtuvieron dos grupos, consumidores de cannabis ($N = 123$) y no consumidores ($N = 115$). Dentro del grupo consumidor encontramos un 65% de mujeres y un 35% de hombres; mientras que, en el grupo de no consumidores, encontramos un 81% de mujeres y un 19% de hombres.

Dentro del grupo de consumidores se ha encontrado una notable diferencia en términos de gravedad en el consumo de los participantes. Como sabemos, el CAST nos proporciona 3 grupos de gravedad, por lo que atendiendo a ello se han establecido 3 grupos: un grupo de 15 participantes de consumo no problemático, 36 de consumo de riesgo bajo y 72 de consumo problemático, teniendo respectivamente una media de puntuación en el CAST de 0.39, 2,66 y 10.01. Al existir gran diferencia de puntuación entre los dos primeros grupos y el grupo de consumo problemático, se ha visto necesario aunar ambos dos grupos en uno solo. Además, en términos de homogeneidad de grupos se prevé que mejore la calidad estadística del análisis. Por lo tanto, el análisis de datos se realizará a partir de los siguientes grupos: consumidores de uso no problemático (N = 51), los cuales tienen una puntuación menor de 4 en el CAST, consumidores de uso problemático (N = 72) con puntuación mayor de 4 en el CAST, y no consumidores (N = 115). Con esta distinción de 3 grupos es con la que trabajaremos el análisis de los datos.

Tabla 1

Características sociodemográficas

Características	Muestra total (N=238)	Muestra no consumidores (N=115)	Muestra consumidores (N=123)
Sexo			
Hombre	65	22	43
Mujer	172	93	80
Edad media	23	23	23
Situación laboral			
Estudiante		57	69
Trabajador		24	26
Ambos		31	25
Desempleado		3	3
Renta anual			
< 10.000	152	65	87
10.000-30.000	70	39	31

>30.000	16	11	5
---------	----	----	---

Tabla 2*Características sociodemográficas del grupo consumidor*

Características	Muestra total consumidores (N = 123)	Muestra consumidores no problemáticos (N = 51)	Muestra consumidores problemáticos (N = 72)
Sexo			
Hombre	43	17	26
Mujer	80	34	46
Edad media	23	23	23
Situación laboral			
Estudiante	69	29	40
Trabajador	26	14	12
Ambos	25	6	19
Desempleado	3	2	1
Renta anual			
< 10.000	87	39	48
10.000-30.000	31	10	21
>30.000	5	2	3

Procedimiento

El cuestionario fue generado on-line, por lo que su distribución se realizó a través del mismo medio. En consecuencia, nos encontramos ante un muestreo no probabilístico haciendo uso de la estrategia de *bola de nieve*. Los participantes entonces accedieron al cuestionario a través de su dispositivo electrónico. Lo primero que encontraron fue el consentimiento informado, el cual debieron firmar para poder proseguir con el cuestionario. La extensión del cuestionario ronda los 10 minutos. Estos participantes hicieron llegar el cuestionario a otros participantes y así consecutivamente. A la hora de recoger la muestra, los participantes fueron informados de su calidad como participantes anónimos y voluntarios, sin remuneración económica y con libertad plena

para dejar el estudio en el momento en que así lo desearan. Todos los datos fueron recogidos de manera anónima, bajo un código de participante -las iniciales de su nombre y apellidos y los dos primeros dígitos de su DNI-, y se almacenaron en la nube. Toda esta información quedó recogida en el consentimiento informado que los participantes firmaron antes de iniciar el cuestionario del estudio.

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Jamovi. Se realizó un análisis estadístico de ANOVA de 1 factor, entre las puntuaciones de los factores de la inteligencia emocional -atención, claridad y reparación- y los grupos de consumo -No consumo, consumo no problemático y consumo problemático-; en total 3 ANOVA de 1 factor. En cuanto al análisis de los datos sobre la pandemia, se siguió el mismo esquema; se analizó la diferencia de puntuaciones entre los 3 factores del TMMS-24 y los grupos de consumo en pandemia, a partir de 3 ANOVA de 1 factor.

Resultados

Comenzando con los análisis descriptivos, el factor atención emocional muestra que los consumidores problemáticos ($M = 28.28$; $dt = 7.06$) son los que mayor noción de atención emocional presentan, seguidos de los no consumidores ($M = 27.97$; $dt = 6.59$), y finalmente de los consumidores no problemáticos ($M = 27.65$; $dt = 6.99$); es decir, aquellos con mayor noción de atención emocional serían los consumidores problemáticos; sin embargo, aunque existen diferencias en la puntuación, el ANOVA de 1 factor nos indica que estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = 0.879$; $F=0.13$; $gl=2$).

En el factor claridad encontramos que el grupo no consumidor presenta una puntuación mayor ($M = 26.96$; $dt = 6.36$) que el grupo de consumo no problemático ($M = 24.80$; $dt = 6.93$), y este a su vez, mayor que el grupo de consumo problemático ($M = 23.86$; $dt = 6.85$). Por lo tanto, aquellos que no consumen muestran una noción mayor sobre la claridad de sus emociones que aquellos que consumen; y aquellos que consumen de manera no problemática, mayor que aquellos con un consumo problemático. Además, esta diferencia de medias se muestra estadísticamente significativa ($p = 0.006$; $F = 5.24$; $gl = 2$) en el ANOVA de 1 factor. El tamaño del efecto de la diferencia de medias es pequeño ($n2p=0.04$). A partir del análisis Post Hoc de Tukey, encontramos que las diferencias de medias significativas a nivel estadístico se dan entre el grupo no consumidor y el grupo consumidor problemático ($p = 0.006$; $t = 3.11$), con 3.10 puntos de diferencia entre las medias y un tamaño del efecto medio (Cohen's $d = 0.47$).

En el factor reparación encontramos que el grupo no consumidor ($M = 24.22$; $dt = 5.79$) tiene una mayor puntuación que el grupo consumidor no problemático ($M = 23.33$; $dt = 6.13$) y que el grupo consumidor problemático ($M = 21.96$; $dt = 5.94$);

teniendo el grupo consumidor no problemático a su vez, una mayor puntuación que el no problemático. Por lo tanto, el grupo no consumidor parece presentar una mayor noción de su capacidad de reparación emocional que los grupos consumidores no problemáticos y problemáticos; y este último peor noción de reparación que el grupo de consumo no problemático. A partir del análisis ANOVA de 1 factor, vemos que las diferencias de medias comentadas para este factor son estadísticamente significativas ($p = 0.041$; $F = 3.24$; $gl=2$) pero con un tamaño del efecto bajo ($\eta^2p = 0.03$). Utilizando el análisis Post Hoc de Tukey vemos que estas diferencias significativas se dan entre el grupo no consumidor y el grupo consumidor problemático ($p = 0.031$; $t = 2.55$) con un tamaño del efecto medio (Cohen's $d = 0.38$).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos Grupo de consumo - Factores TMMS-24

	Grupo de consumo	Atención	Claridad	Reparación
N	0	115	115	115
	1	51	51	51
	2	72	72	72
Sobrantes	0	0	0	0
	1	0	0	0
	2	0	0	0
Media	0	27.97	26.96	24.22
	1	27.65	24.80	23.33
	2	28.28	23.86	21.96
Mediana	0	28	27	24
	1	28	24	23
	2	30	24	21.50
Desviación Típica	0	6.59	6.36	5.79
	1	6.99	6.93	6.13
	2	7.06	6.85	5.94
Mínimo	0	11	11	11
	1	12	9	13
	2	8	13	10

Máximo	0	40	40	39
	1	40	39	40
	2	40	39	40

0 = grupo no consumo; 1 = grupo consumo no problemático; 2 = grupo consumo problemático.

Concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de no consumo de cannabis y el grupo de consumo problemático en los factores de claridad y reparación, siendo el grupo no consumidor el que mayor puntuación presenta. Es decir, existe una mayor claridad y reparación emocional en aquellos que no consumen cannabis.

En cuanto al análisis de datos sobre el consumo en pandemia se han obtenido los siguientes resultados. En el factor atención vemos que el grupo no consumidor tiene una puntuación mayor ($M = 27.97$; $dt = 6.59$), que aquellos que comenzaron a consumir o agravaron su consumo durante la pandemia ($M = 27.21$; $dt = 7.83$), pero menor que aquellos consumidores que no modificaron su consumo ($M = 28.45$; $dt = 6.54$); es decir, aquellos que agravaron o comenzaron a consumir durante la pandemia podrían estar mostrando una noción menor de prestar atención a sus emociones que aquellos consumidores previos a la pandemia y que aquellos que no consumen. Sin embargo, el análisis de ANOVA de 1 factor muestra que estas diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas ($p = 0.628$; $F=0.47$; $gl=2$). En el factor claridad, vemos que el grupo que agravó o comenzó su consumo durante la pandemia muestra una media menor en claridad ($M = 23.28$; $dt=6.94$) en comparación con el grupo consumidor previo a la pandemia ($M = 24.77$; $dt=6.82$) y que el grupo no consumidor ($M = 26.96$; $dt=6.36$); es decir, aquellos que agravaron o comenzaron a consumir durante la pandemia muestran una menor noción de claridad en cuanto a sus emociones que aquellos consumidores previos a la pandemia y aquellos que no consumen. Estas

diferencias se muestran estadísticamente significativas en el análisis de ANOVA de 1 factor ($p=0.004$; $F=5.67$; $gl=2$), con un tamaño del efecto pequeño ($n2p=0.05$). Las diferencias significativas de estas medias se dan entre el grupo de no consumo y el grupo de agravamiento o inicio de consumo en pandemia, tal y como muestra el análisis Post Hoc de Tukey ($p=0.006$; $tp=0.006$; $t=-3.11$), con un tamaño del efecto bajo (Cohen's $d = -0.56$). En el factor reparación vemos que la media de las puntuaciones en el grupo de consumo de agravamiento o inicio en pandemia es menor ($M=21.72$; $dt=5.97$) que en el grupo de consumo previo ($M=22.96$; $dt=6.06$), y este a su vez menor que el grupo de no consumo ($M = 24.22$; $dt=5.79$). Es decir, el grupo de no consumo muestra una mayor noción de su capacidad para reparar las emociones que el grupo de consumo previo a la pandemia, y este mayor que el grupo de agravamiento o inicio de consumo en pandemia. El ANOVA de 1 factor muestra que esta diferencia de medias es estadísticamente significativa ($p=0.050$; $F=3.04$; $gl=2$) con un tamaño del efecto pequeño ($n2p=0.03$). Estas diferencias estadísticamente significativas las encontramos entre el grupo de no consumo y el grupo de inicio o agravamiento de consumo en pandemia ($p=0.049$; $t=-2.36$), tal y como muestra el análisis Post Hoc de Tukey, con un tamaño del efecto medio (Cohen's $d= -0.42$).

Tabla 4

Estadísticos descriptivos Grupo de consumo en pandemia - Factores TMMS-24

	Grupo de consumo pandemia	Atención	Claridad	Reparación
N	0	80	80	80
	1	43	43	43
	2	115	115	115
Sobrantes	0	0	0	0
	1	0	0	0
	2	0	0	0

Media	0	28.45	24.77	22.96
	1	27.21	23.28	21.72
	2	27.97	26.96	24.22
Mediana	0	29	25	23
	1	28	23	21
	2	28	27	24
Desviación Típica	0	6.54	6.82	6.06
	1	7.83	6.94	5.97
	2	6.59	6.36	5.79
Mínimo	0	12	9	12
	1	8	13	10
	2	11	11	11
Máximo	0	40	39	40
	1	40	39	38
	2	40	40	39

0 = consumo previo a la pandemia; 1=consumo agravado o iniciado en pandemia; 2=no consumo.

Concluimos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de no consumo y el grupo de inicio o agravamiento de consumo en pandemia para los factores de claridad y reparación emocional, siendo el grupo de agravamiento o inicio de consumo en pandemia el que menor puntuación tiene en estos factores.

Asumimos a los consumidores que iniciaron o agravaron su consumo en pandemia con una menor capacidad para clarificar y reparar sus estados emocionales.

Discusión

El objetivo del presente estudio consistió en estudiar la posible relación entre el consumo de cannabis en jóvenes adultos y la Inteligencia Emocional (IE). El mecanismo hipotético de la relación se encuentra en el uso del cannabis como regulador emocional debido a una falta de habilidades de gestión emocional alternativas como son las que se encuadran dentro de la acuñada Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1990): atención a las emociones, clarificación de las emociones y reparación de las emociones. La primera hipótesis para este estudio asumía que aquellos con una mayor IE serían no consumidores de cannabis, o en su defecto aquellos que hicieran un uso no problemático de ello. Este razonamiento se extendió a los 3 factores de la IE. Los resultados confirmaron diferencias estadísticamente significativas entre los no consumidores y los consumidores problemáticos de cannabis, siendo estos últimos los que peor reparación y clarificación emocional presentaron; esto indicaría que las hipótesis formuladas en el estudio sobre estos dos factores se cumplen. Sin embargo, la hipótesis formulada sobre el factor de atención emocional no se cumple, ya que, aun habiendo una diferencia entre los grupos de consumo -los consumidores problemáticos puntúan una mayor noción de atención emocional-, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Este resultado no concluyente en el factor atención iría en concordancia con el primer estudio publicado por Limonero et al. (2006), en el que no encuentra relación entre el consumo y el factor atención. Sin embargo, este factor es el que mayor discrepancia aún de los 3 factores de la IE entre las publicaciones sobre el tema, ya que más tarde Limonero et al. (2013) sí que señalará la baja noción de atención emocional como relacionada con el consumo, al igual que lo hace también un estudio de Brackett et al. (2004). Sin embargo, también existen estudios que apuntan en la dirección opuesta, relacionando a los consumidores de cannabis con una atención

emocional alta (González-Yubero et al., 2021a; González-Yubero et al., 2021b). Esta relación se podría explicar de la siguiente forma: “La tendencia a focalizar la atención en los estados emocionales propios nos permite seguir el proceso de nuestras emociones, pero esto puede resultar no ser adaptativo en algunas ocasiones. En concreto, cuando el hecho de prestar atención a nuestros estados emocionales llega a ser excesivo, puede provocar un incremento del pensamiento rumiativo y mantener el estado de ánimo displacentero.” (Ruiz-Aranda et al., 2006, p.228). Esta idea es consistente con la mayor puntuación obtenida en este estudio en el grupo consumidor, aunque dicha diferencia no ha logrado comprobarse como significativa. Sobre esta línea argumentan también Thayer et al. (2003), encontrando resultados que exponen que aquellos participantes que tenían altos niveles de reparación emocional eran los que menores síntomas depresivos desarrollaban al puntuar alto en atención; mientras que aquellos que puntuaban alto en atención, pero con bajos niveles de reparación emocional, desarrollaban síntomas depresivos más severos. Es decir, una alta atención emocional puede llevar a una rumiación excesiva si hay ausencia de herramientas como la reparación emocional. Para el presente estudio podría haber sido interesante entonces realizar un nuevo análisis en el que comparar al grupo de consumo con el de no consumo, incluyendo en ambos solamente aquellos participantes con una baja reparación emocional, para ver si existe una diferencia significativa en la atención. En caso de encontrarse esa diferencia en la atención de estos participantes, implicaría que la atención solo influye en el consumo en la medida en que haya una reparación deficitaria. Haber desatendido el factor mediador de la reparación emocional podría explicar la baja significación que el estudio ha encontrado en este factor.

A modo de síntesis, estudios previos, como los de Limonero et al. (2013 y 2006), Boden et al. (2013) y Nehra et al. (2012), muestran consenso en que aquellos que

consumen tienen una baja inteligencia emocional, concretamente en los factores de claridad y reparación, cómo también ha demostrado el presente estudio. Sin embargo, aunque los resultados del presente estudio parecen indicar que existe una relación parcial -ya que el factor atencional no se muestra significativo- entre la inteligencia emocional y el consumo de cannabis, se debe seguir investigando en esta línea con el fin esclarecer de forma más precisa la funcionalidad del consumo y los déficits a nivel emocional que el consumo podría estar supliendo a nivel de gestión emocional; pero sobre todo, dar mayor visión sobre como los distintos componentes de la IE se relacionan entre sí, y como dicha interrelación afecta a la conducta de consumo.

La segunda hipótesis pretendió estudiar la posible influencia que las medidas de aislamiento producidas por la COVID 19 han tenido en el consumo de cannabis; hipotetizando que aquellas personas con una IE más baja, tendrían mayor probabilidad de iniciar o agravar su consumo de cannabis durante la pandemia. Los resultados confirmaron que la puntuación en el factor de claridad y reparación emocional se encuentra más baja en aquellos que modificaron su consumo, pudiendo indicar que estos participantes tuvieron que hacer uso del cannabis para regularse emocionalmente al no disponer de herramientas adaptativas alternativas, propias de la IE. Un estudio de Martín-Requejo y Santiago-Ramajo (2021), llevado a cabo en Cataluña en una población de niños de 9-10 años, muestra que estos alumnos disminuyeron su capacidad de IE debido al confinamiento. Hiten et al. (2021) realiza un estudio en Canadá para observar la maleabilidad de la IE en jóvenes adultos durante 4 años, desde los 20-21 a los 24-25, encontrando diferencias en los participantes que apoya la idea de la maleabilidad de este constructo. Sería interesante entonces poder extrapolar, a modo de hipótesis, los resultados que Martín-Requejo y Santiago-Ramajo (2021) obtuvieron, a la población del presente estudio, pudiendo dar así una mayor explicación a aquellos que

han tenido que modificar su consumo durante la pandemia, ya que, si la inteligencia emocional baja, la probabilidad de necesitar hacer uso de otras herramientas menos adaptativas como el cannabis, aumentará más en aquellos con una IE de partida más deficitaria. Es posible también que existan otras vías de explicación al consumo de cannabis en la pandemia. Al parecer, las principales causas de malestar emocional en los jóvenes durante el confinamiento fueron el aburrimiento y la sensación de soledad (Cárdenas et al., 2020; Fioretti et al., 2020; Lacomba-Trejo et al., 2020; Qi et al., 2020; Stavridou et al., 2020). Aquellos que, a través de las nuevas tecnologías habían sido capaces de mantener el contacto social con sus iguales han mostrado un mejor ajuste a la situación de confinamiento (Brooks et al., 2020), reduciendo así su malestar psicológico. Los videojuegos son un claro ejemplo de esto; usados como estrategia de afrontamiento ante el malestar psicológico (Bosch et al., 2022), para superar o amortiguar de forma adaptativa las emociones negativas producidas por el confinamiento, demostrando efectos positivos en la salud mental de los adolescentes a través de la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y soledad (Barr et al., 2022). Esto nos estaría indicando que la sensación de soledad puede ser uno de los factores que mayor malestar psicológico haya generado a los jóvenes durante el confinamiento. Apoyando esta idea encontramos el estudio de Tamarit et al. (2020) que muestra que los síntomas de depresión y ansiedad en aquellos jóvenes que tenían una pareja sentimental durante el confinamiento, son menores, posiblemente como consecuencia del afecto y la compañía que generaba la pareja. Por lo tanto, parece que los estudios que encontramos sobre la pandemia en la literatura científica apuntan con mayor seguridad hacia una forma de afrontamiento de los estados emocionales, como el estudio de Leatherdale et al. (2021), que recoge el incremento de consumo de cannabis debido a la COVID 19 y la necesidad de los jóvenes de consumir cannabis para lidiar

con ello, o el de Dumas et al. (2020), que sugiere el consumo de cannabis como una estrategia importante para lidiar con sentimientos negativos, debido a la soledad generada por el confinamiento.

En el factor atención, por el contrario, hemos visto que los consumidores que no modificaron su consumo en la pandemia son los que más atención presentan, en contraposición a los que iniciaron o agravaron su consumo en pandemia, aunque sin ser esta diferencia de medias estadísticamente significativa. El factor de atención emocional, de nuevo, vuelve a no ser concluyente. Aun así, que los consumidores que han modificado su consumo durante la pandemia sean los que menor puntuación han presentado en el factor atención no deja de ser sorprendente, ya que el propio contexto de aislamiento suele favorecer a un aumento de la rumiación. Una posible explicación a esto puede darse desde el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Podemos hipotetizar que los consumidores de pandemia pudieron estar más predispuestos, o ser más vulnerables, a mostrar un patrón de evitación experiencial; llevar a cabo conductas para evitar las experiencias internas aversivas, siendo el consumo de cannabis un ejemplo de ello. Por lo tanto, al presentar un patrón de evitación experiencial, en lugar de una conducta de aceptación, tendría sentido la baja puntuación en atención emocional, ya que, si no hay aceptación tampoco habrá atención. Entonces, bajo esta hipótesis, el consumo en pandemia pudo estar sirviendo como una forma de evitación, siendo una conducta que genera alivio a corto plazo, pero que a medio y largo plazo sigue alimentado las problemáticas emocionales existentes (Luciano et al., 2010). Un estudio realizado en Países Bajos apunta al aumento del consumo de cannabis como forma de expansión debido al aburrimiento, es decir, como una forma de buscar nuevos estímulos (Cousijn et al., 2021); esto podría traducirse en

una forma de evitación experiencial, ya que el término que utilizan en el estudio es “*mental breakout*”, la necesidad de “salir de tu mente o romper con tu mente”.

Teniendo todo ello en cuenta, el modelo ACT y el patrón de evitación experiencial destructivo (Hayes et al., 1996) parecen una futura línea de investigación con importantes posibilidades dentro de las teorías explicativas del consumo. Por un lado, implementar este modelo como prevención ante una baja IE, ayudaría a que las personas aprendieran a aceptar sus estados emocionales, haciendo así que no les genere aversión entrar en contacto con ellos. Esta no aversión es posible que permitiera una mejor IE, ya que la persona podría entrar en contacto con atender, clarificar y reparar sus estados emocionales con menor dificultad. Por otro lado, las implicaciones como modelo explicativo del consumo. Ya que, si la idea central del consumo es la necesidad de afrontar los estados emocionales a través de la evitación experiencial como principal forma de gestión, el modelo ACT puede ser una respuesta adaptativa alternativa a este patrón, por tanto, una forma de tratamiento de las adicciones. Luciano et al. (2010) ya realizó una propuesta sobre ello en su estudio “La terapia de Aceptación y Compromiso en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial”.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, destacaremos el método de recogida de la muestra. Al tratarse de un cuestionario online escapa del alcance del investigador la manipulación de variables contextuales que puedan estar sesgando la información que el participante remite en el cuestionario. Las mismas condiciones contextuales y estímulos para todos los participantes habría sido lo idóneo, lo cual solo puede conseguirse a través de un contexto presencial. Sin embargo, en un contexto presencial se habría perdido gran parte de la muestra ya que el método on-line economiza en tiempo la recogida de la muestra y expande el alcance de esta a nivel territorial.

Sumado a esto, la deseabilidad social de cada participante y la disonancia cognitiva han podido jugar a favor de falsear respuestas en el auto registro sobre hábitos de consumo, aunque el anonimato de un cuestionario on-line suele jugar más a favor de la sinceridad del participante.

En cuanto a las características de la muestra, el sexo presenta poca homogeneidad en el estudio, ya que, del total de la muestra, el 72% eran mujeres, y este patrón de superioridad de muestra de mujeres se repite en los 3 grupos que se utilizan para el análisis de los datos. En cuanto a la edad de la muestra, esta característica no parece haber generado limitaciones en el estudio ya que es considerablemente homogénea, al igual que los grupos control (N=115) y consumo (N=123) del estudio, que eran homogéneos en densidad, aunque siempre es beneficioso aumentar la muestra. Sin embargo, es cierto que, a la hora de analizar los datos se consideró interesante distinguir entre consumidores problemáticos (N=72) y consumidores no problemáticos (N=51), lo cual hace que la densidad de grupos difiera, siendo esta una posible limitación. Habría sido interesante haber realizado un análisis con grupos homogéneos, ya que en última instancia se han comparado tres grupos, de 115, 72 y 51 participantes. Concretamente para el factor atención, podría ser una de las causas por las cuales no se han encontrado resultados significativos en el estudio; quizá con una mayor densidad y homogeneidad entre los grupos habríamos encontrado resultados significativos.

En cuanto a la selección de cuestionarios validados, no parece que hayan supuesto una limitación en el estudio ya que el CAST tiene una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de 0.83 y el TMMS-24 también presenta una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.86. Ambos cuestionarios son referentes en recogida de información de sus respectivas materias.

Se concluye que la IE podría estar funcionando como factor protector del consumo, al menos en los factores de claridad y reparación; ya que el factor atención se muestra inconcluso, tanto en el presente estudio como en la literatura, en la que no existe consenso sobre su implicación, tanto en la interrelación con los otros dos factores de la IE, como en su relación con el consumo. Es necesario seguir investigando con el propósito de esclarecer la interrelación de los distintos componentes de la IE y la relación que el factor atención tiene con el consumo de cannabis.

Además, en cuanto a este mismo factor, parece que el patrón de evitación experiencial puede dar una respuesta interesante a su baja puntuación en los consumidores durante la pandemia. Con ello, la idea de implementar el modelo ACT como prevención ante el consumo de sustancias como herramienta de afrontamiento emocional, además de tratamiento ante las adicciones, es también una línea interesante de investigación. Sería de gran utilidad y relevancia seguir investigando entorno a ello, para esclarecer la funcionalidad del consumo de cannabis y poder así frenar a futuro el incremento cada vez mayor de consumo que se está observando en adolescentes y jóvenes adultos.

Referencias bibliográficas

- Allen, J., & Holder, M. D. (2013). Marijuana use and well-being in university students. *Journal of Happiness Studies*, 15(2), 301–321. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9423-1>
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
https://www.eiconsortium.org/pdf/baron_model_of_emotional_social_intelligence.pdf
- Barr, M., & Copeland-Stewart, A. (2022). Playing video games during the COVID-19 pandemic and effects on players' well-being. *Games and Culture*, 17(1), 122–139.
<https://doi.org/10.1177%2F15554120211017036>
- Boden, M. T., Gross, J., Babson, K. A., & Bonn-Miller, M. O. (2013). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal on problematic cannabis use among medical cannabis users. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1663–1668.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.001>
- Bosch, R., Pagerols, M., Prat, R., Español-Martín, G., Rivas, C., Dolz, M., Haro, J. M., Ramos-Quiroga, J. A., Ribasés, M., & Casas, M. (2022). Changes in the Mental Health of Children and Adolescents during the COVID-19 Lockdown: Associated Factors and Life Conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074120>
- Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Moffat, B. M., & Mulvogue, T. (2009). Relief oriented use of marijuana by teens. *Substance Abuse, Treatment, Prevention, and Policy*, 4(7), 1–11.
<https://doi.org/10.1186/1747-597X-4-7>
- Bonn-Miller, M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2007). Marijuana use motives: Concurrent relations to frequency of past 30-day use and anxiety sensitivity among young adult

marijuana smokers. *Addictive Behaviors*, 32(1), 49-62.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.010>

Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., Boden, M. T., & Gross, J. (2011). Posttraumatic Stress, Difficulties in Emotion Regulation, and Coping-Oriented Marijuana Use. *Cognitive Behavioral Therapy*, 40(1), 34–44. <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.525253>

Brackett, M., Mayer, J., & Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences* 36, 1387-1402.

[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)

Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohen, P., & Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 1039–1044.

<https://doi:10.1001/archpsyc.59.11.1039>

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., & Greenberg, N., & Rubin, J. G. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Brodbeck, J., Matter, M., Page, J., & Moggi, F. (2007). Motives for cannabis use as a moderator variable of distress among young adults. *Addictive Behaviors*, 32(8), 1537-1545. <https://doi:10.1016/J.ADDBEH.2006.11.012>

Butters, J. E. (2002). Family stressors and adolescent cannabis use: a pathway to problem use. *Journal of adolescence*, 25(6), 645-654. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0514>

Cardenas, M. C., Bustos, S. S., & Chakraborty, R. A. (2020). ‘Parallel pandemic’: The psychosocial burden of Covid-19 in children and adolescents. *Acta Paediatrica*, 109(11), 2187-2188. <https://doi.org/10.1111/apa.15536>

- Cousijn, J., Kuhns, L., Larsen, H., & Kroon, E. (2021). For better or for worse? A pre–post exploration of the impact of the COVID-19 lockdown on cannabis users. *Addiction*, *116*(8), 2104 - 2115. <https://doi.org/10.1111/add.15387>
- Cuenca-Royo, A. M., Sánchez-Niubó, A., Forero, C. G., Torrens, M., Suelves, J. M., & Domingo-Salvany, A. (2012). Psychometric properties of the CAST and SDS scales in young adult cannabis users. *Addictive Behaviors*, *37*(6), 709–715. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.02.012>
- Dave, P. H., Keefer, V. K., Snetsinger, W. S., Holden, R. R., & Parker, A. D. J. (2021). Stability and change in trait emotional intelligence in emerging adulthood: A four-year population-based study. *Journal of Personality Assessment*, *103*(1), 57-66. <https://doi.org/10.1080/00223891.2019.1693386>
- Dorard, G., Berthoz, S., Phan, O., Corcos, M., & Bungener, C. (2008). Affect dysregulation in cannabis abusers. *European child & adolescent psychiatry*, *17*(5), 274–282. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0663-7>
- Dumas, T. A., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic-related predictors. *Journal of Adolescent Health*, *67*(3), 354–61. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018>.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2020), European Drug Report 2020: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf
- Fernández-Artamendi, S., Ruiz, M. J., & López-Núñez, C. (2021). Analyzing the behavior of cannabis users during the COVID-19 confinement in Spain. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 18(21),

<https://doi.org/10.3390/ijerph182111324>

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

https://www.academia.edu/1345280/Fernández_Berrocal_P_Extremera_N_and_Ramos_N_2004_Validity_and_reliability_of_the_Spanish_modified_version_of_the_Trait_Meta_mood_Scale_Psychological_Reports_94_751_755

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 139-153.

https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf53Inteligencia_Emocional_en_Espana.pdf

Fioretti, C., Palladino, P. E., Nocentini, A., & Meneseni, E. (2020). Positive and negative experiences of living in Covid-19 pandemic. Analysis of Italian Adolescents' narratives. *Frontiers in Psychology*, 11, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.599531>

García, V. M. P., & Sanz, F. J. (2016). Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes: de la investigación a la consulta. Pirámide.

Georgiades, K., & Boyle, M. H. (2007). Adolescent tobacco and cannabis use: Young adult outcomes from the Ontario child health study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 724–731. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01740.x>

Goleman, D. (1998). Working with Emotional Intelligence. Bantam Books.

González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S., & Palomera, R. (2021). Personal variables of protection against cannabis use in adolescence: The roles of emotional intelligence, coping styles, and assertiveness as associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), <https://doi.org/10.3390/ijerph18115576>

- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S., & Palomera, R. (2021). Inteligencia emocional rasgos y habilidad como factores asociados al consumo de cannabis en la adolescencia. *Adicciones*, 33(4), 333-334. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1364>
- Gruber, A. J., Pope, H. G., Hudson, J. I., & Yurgelun-Todd, D. (2003). Attributes of long-term heavy cannabis users: A case-control study. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 33(8), 1415–1422.
doi:10.1017/S0033291703008560
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
<https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., Worthman, C. M., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The lancet. Psychiatry*, 7(6), 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Simons, J. S., & Carey, K. B. (2002). Risk and vulnerability for marijuana use problems: The role of affect dysregulation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(1), 72-75. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.16.1.72>
- Lacomba-Trejo, L., Valero-Moreno, S., Postigo-Zegarra, S., Pérez-Marín, M., & Montoya-Castilla, I. (2020). Ajuste familiar durante la pandemia de la COVID-19: un estudio de diadas. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 66–72.
<https://www.revistapcna.com/sites/default/files/011.pdf>

- Leatherdale, S.T., Bélanger, R.E., Ganssón, R. J., Patte, A. K., DeGroot, M., Jiang, Y., & Haddad, S. (2021). Examining the impact of the early stages of the COVID-19 pandemic period on youth cannabis use: adjusted annual changes between the pre-COVID and initial COVID-lockdown waves of the COMPASS study. *BMC Public Health*, 21(1181), <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11241-6>
- Legleye, S., Piontek, D., Kraus, L., Morand, E., & Falissard, B. (2013). A validation of the Cannabis Abuse Screening Test (CAST) using a latent class analysis of the DSM-IV among adolescents. *International journal of methods in psychiatric research*, 22(1), 16–26. <https://doi.org/10.1002/mpr.1378>
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psychothema*, 18, 95-100. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2006/132046/psicothema_a2006v18s1p95.pdf
- Limonero, J. P., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J y Tomás-Sábado, J. (2013) Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cannabis en jóvenes. *Ansiedad y estrés*, 19(2-3), 223-234. https://www.researchgate.net/publication/257366783_Influencia_de_la_inteligencia_emocional_percibida_y_la_Impulsividad_en_el_abuso_de_cannabis_en_jovenes_Influence_of_perceived_emotional_intelligence_and_impulsivity_in_cannabis_abuse_in_young
- Llorens, N., Brime, B., & Molina, M. (2021). COVID-19 impact on substance use and behaviors with addictive potential: Spanish Observatory on Drugs and Addictions survey. *Revista española de salud pública*, 95(1), 1-14. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL95/C_ESPECIALES/RS95C_202112198.pdf

- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*(1), 141-165
http://aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-345.pdf
- Martín-Requejo, K. & Santiago-Ramajo, S. (2021). Reduced emotional intelligence in children aged 9–10 caused by the COVID-19 pandemic lockdown. *Mind, Brain, and Education*, *15*(4), 269-272. <https://doi.org/10.1111/mbe.12297>
- Martínez-Fernández, M.C.; García-Rodríguez, I.; Arias-Ramos, N.; García-Fernández, R.; Trevissón-Redondo, B.; Liébana-Presa, C. (2021). Cannabis use and emotional intelligence in adolescents during COVID-19 confinement: A social network analysis approach. *Sustainability*, *13*(23), <https://doi.org/10.3390/su132312954>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2000). Models of Emotional Intelligence. In R. J. Sternberg (Eds.), *Handbook of Intelligence*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/cbo9780511807947.019>.
- Miller, P., & Plant, M. (2002). Heavy cannabis use among UK teenagers: An exploration. *Drug and Alcohol Dependence*, *65*(3), 235-242.
[http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/S0376-8716\(01\)00165-X](http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/S0376-8716(01)00165-X)
- Miller, P. (1997). Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: A study of UK teenagers. *Drug and Alcohol Dependence*, *45*(1-2), 121-129.
[http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/S0376-8716\(97\)01345-8](http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/S0376-8716(97)01345-8)
- Nehra, K, D., Mushtaq, H., Sharma, V., & Sharma, M. (2012). Emotional intelligence and self-esteem in cannabis abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*,

38(2), 397-405.

https://www.academia.edu/67092458/Emotional_Intelligence_and_Self_Esteem_of_Alcohol_and_Cannabis_Dependents

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. p.213

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Pavarin, R. M., Bettelli, S., Nostrani, E., Mazzotta, C., Salsano, V., Ulgheri, A. L., Lentidoro, A., Pezzi, A., & Bregli, C. (2022). Substance consumption styles during the COVID-19 lockdown for socially integrated people who use drugs. *Journal of Substance Use*, 27(2), 218-223. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1923842>

Pelham, W. E., Tapert, S. F., Gonzalez, M. R., McCabe, C. J., Lisdahl, K. M., Alzueta, E., ... Brown, S. A. (2021). Early adolescent substance use before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal survey in the ABCD study cohort. *Journal of Adolescent Health*, 69(3), 390–397. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.06.015>

Plancherel, B., Bolognini, M., Stéphan, P., Laget, J., Chinet, L., Bernard, M., & Halfon, O. (2005). Adolescents' beliefs about marijuana use: A comparison of regular users, past users and Never/Occasional users. *Journal of Drug Education*, 35(2), 131-146.

<http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.2190/DMDW-X35XP6AV-6F4L>

Qi, M., Zhou, S. J., Guo, Z. C., Zhang, L. G., Min, H. J., Li, X. M., & Chen, J. X. (2020). The effect of social support on mental health in chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *The journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 67(4), 514-518. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.07.001>

- Riley, H., & Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33(4), 391 - 398. <https://doi.org/10.2190%2F6DH9-YT0M-FT99-2X05>
- Rogés, J., Bosque-Prous, M., Colom, J., Folch, C., Barón-García, T., González-Casals, H., Fernández, E., & Espelt, A. (2021). Consumption of alcohol, cannabis, and tobacco in a cohort of adolescents before and during COVID-19 confinement. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), <https://doi.org/10.3390/ijerph18157849>
- Ruiz-Aranda, D., Fernández- Berrocal, P., Cabello, R., & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230. https://emotional.intelligence.uma.es/documentos/pdf55consumo_tabaco_alcohol_en_a_dolescentes.pdf
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition y Personality*, 9, 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health* (pp. 125–154). American Psychological Association.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiler, J. B., & Mayer, J. D. (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. *Coping: The psychology of what works* (pp. 141-164). Oxford University Press.
- Salles, J., Yrondi, A., Marhar, F., Andant, N., Dorlhiac, R. A., Quach, B., Jiao, J., Antunes, S., Ugbolue, U. C., Guegan, J., Rouffiac, K., Pereira, B., COVISTRESS Network, Clinchamps, M., & Dutheil, F. (2021). Changes in Cannabis Consumption During the

Global COVID-19 Lockdown: The International COVISTRESS Study. *Frontiers in psychiatry*, 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.689634>

Stavridou, A., Stergiopoulou, A. A., Panagouli, E., Mesiris, G., Thirios, A., Mougiakos, T., Troupis, T., Psaltopoulou, T., Tsolia, M., Sergentanis, T. N., & Tsitsika, A. (2020). Psychosocial consequences of COVID -19 in children, adolescents and young adults: a systematic review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(11), 615–616. <https://doi.org/10.1111/pcn.13134>

Skumlien, M., Langley, C., Lawn, W., Voon, V., & Sahakian, B. J. (2021). Apathy and Anhedonia in adult and adolescent cannabis users and controls before and during the COVID-19 pandemic lockdown. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 24(11), 859–866. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyab033>

Tamarit, A., de la Barrera, U., Mónaco, E., Schoeps, K., Montoya-Castilla, I. (2020). Psychological impact of COVID-19 pandemic in Spanish adolescents: risk and protective factors of emotional symptoms. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(3), 73–80. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/012.pdf>

Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., Johnsen, H. B. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 349–364. <https://doi.org/10.1023/A:1023922618287>

Trinidad, D. T., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and individual differences*, 32(1), 95–105. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3)

Trinidad, D. R., Unger, J. B., & Chou, C. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality & Individual Differences*, 36, 945-954.

https://www.academia.edu/es/13572168/The_protective_association_of_emotional_intelligence_with_psychosocial_smoking_risk_factors_for_adolescents

- Wilens, T. E., Adamson, J., Sgambati, S., Whitley, J., Santry, A., Monuteaux, M. C., & Biederman, J. (2007). Do individuals with ADHD self-medicate with cigarettes and substances of abuse? results from a controlled family study of ADHD. *The American Journal on Addictions, 16*(1), 14-23. <https://doi.org/10.1080/10550490601082742>
- Vanderbruggen, N., Matthys, F., Van Laere, S., Zeeuws, D., Santermans, L., Van den Aemele, S., & Crunelle, C. L. (2020). Self-Reported alcohol, tobacco, and cannabis Use during COVID-19 lockdown measures: Results from a web-based survey. *European addiction research, 26*(6), 309–315. <https://doi.org/10.1159/000510822>
- Van Laar, M. W., Oomen, P. E., van Miltenburg, C., Vercoulen, E., Freeman, T. P., & Hall, W. D. (2020). Cannabis and COVID-19: Reasons for concern. *Frontiers in psychiatry, 11*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.601653>
- Van Hooijdonk, K. J. M., Rubio, M., Simons, S. S. H., van Noorden, T. H. J., Luijten, M., Geurts, S. A. E., & Vink, J. M. (2022). Student-, Study- and COVID-19-Related Predictors of Students' Smoking, Binge Drinking and Cannabis Use before and during the Initial COVID-19 Lockdown in The Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(2), <https://doi.org/10.3390/ijerph19020812>
- World Drug Report 2021 (United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8). https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_3.pdf
- Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Bernstein, A., Bonn-Miller, M. O., Marshall, E. C., & Leyro, T. M. (2007). Marijuana use motives: A confirmatory test and evaluation among young adult marijuana users. *Addictive Behaviors, 32*(12), 3122–3130. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.06.010>

Anexo

A. Cannabis Abuse Screening Test (CAST), (Legleye et al., 2007).

CAST – Cannabis Abuse Screening Test

This test was created by the French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction OFDT

In THE LAST 12 MONTHS, have you smoked cannabis?

Yes → IN THE LAST 12 MONTHS...

Tick one circle for each line	Never	Rarely	From time to time	Fairly often	Very often
1. Have you smoked cannabis before midday?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
2. Have you smoked cannabis when you were alone?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
3. Have you had memory problems when you smoked cannabis?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
4. Have friends or members of your family told you that you ought to reduce your cannabis use?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
5. Have you tried to reduce or stop your cannabis use without succeeding?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>
6. Have you had problems because of your use of cannabis (argument, fight, accident, bad result at school, etc)?	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>

Calculate the overall score by adding the scores for every line. The overall score indicates if the person is at risk for a substance use disorder.

Score in total :

B. Trait-Meta Mood Scale-24 (TMMS-24), (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; versión original de Salovey et al., 1995).

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

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

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5