



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

# **INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS**

Autor: Marta Moreno Hernández  
Director profesional: Arantza Yubero Fernández  
Tutor metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid  
Mayo 2016

Marta  
Moreno  
Hernández

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN  
PERSONAS ADICTAS A SUSTANCIAS**



## **Resumen**

Los objetivos del presente trabajo fueron: (1) conocer y diferenciar los niveles de Inteligencia Emocional en consumidores de alcohol y consumidores de cocaína, y (2) conocer y diferenciar los distintos Estilos de Afrontamiento del Estrés empleados por ambos grupos. Dicha muestra se compuso de 30 sujetos (3 mujeres y 27 hombres) de una edad comprendida entre los 20 y 64 años; se dividía en dos grupos distintos, consumidores de alcohol (N=17) y consumidores de cocaína (N=13), ambos como sustancias principales. La muestra pertenece a un programa de tratamiento de Proyecto Hombre en Guadalajara (Castilla la Mancha); estando el grupo de alcohol en régimen residencial, y el grupo de cocaína en régimen ambulatorio. Se utilizó como fuente primaria, un Cuestionario Sociodemográfico; como fuentes secundarias, "Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24)" y "Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)". Centramos nuestra hipótesis inicial en encontrar diferencias significativas entre ambos grupos en las variables de estudio, pero los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas en las variables Inteligencia Emocional y Estilos de Afrontamiento del Estrés entre los consumidores de alcohol y consumidores de cocaína. De ello se deduce que, de acuerdo a las variables estudiadas, no es necesario establecer programas de prevención y tratamiento específicos para cada tipo de consumo.

**Palabras clave:** Adicción, Inteligencia Emocional, Estilos de Afrontamiento del Estrés, sustancia principal.

## **Abstract**

The objectives of this study were: (1) understand and differentiate the levels of Emotional Intelligence consumers of alcohol and cocaine, and (2) understand and differentiate the different Stress Coping Styles used by both sample groups. The sample consisted of a total of 30 subjects (3 women and 27 men) aged between 20 and 64; was divided into two distinct groups, consumers of alcohol (N = 17) and cocaine (N = 13), both as main substances. The sample belongs to a treatment program Proyecto Hombre in Guadalajara (Castilla la Mancha); the alcohol group on a residential basis, and group outpatient cocaine being. It was used: as a primary source, a Sociodemographic Questionnaire; as secondary sources, "Trait Meta Mood Scale-24 (TMMS-24)" and "Stress Coping Questionnaire (CAE)". We focus our initial hypothesis to find significant differences between both groups in the study variables, but the results show no statistically significant differences in variables Emotional Intelligence and Stress Coping Styles among consumers of alcohol and cocaine. It follows that according to the variables studied, it is not necessary to establish prevention programs and specific treatment for each type of consumption.

**Key words:** Addiction, Emotional Intelligence, Stress Coping Styles, principal substance.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adicción como una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (OMS, 2005). Se caracteriza por un conjunto de síntomas, en los que se involucran factores biopsicosociales y genéticos.

Según Koob y Volkow, la adicción consiste en un proceso crónico caracterizado por la presencia de una conducta compulsiva de búsqueda y consumo, una pérdida de control, y una emergencia de reducción de un estado emocional disfórico (ansiedad, irritabilidad), teniendo lugar un síndrome de abstinencia que únicamente puede ser aliviado mediante el consumo de la sustancia. Por lo que la adicción se establece mediante reforzadores negativos (Koob y Volkow, 2010). Actualmente, el DSM-V (APA, 2013), diferencia los Trastornos Inducidos por Sustancias (intoxicación, síndrome de abstinencia, trastornos mentales derivados del consumo), de los Trastornos por Consumo de Sustancias, en los que presenta 10 tipos de sustancias distintas. Para definir el tipo de consumo de cada una de las sustancias, plantea un continuo de gravedad del trastorno, en función del número de criterios que cumpla, entre un total de 11 para cada sustancia. La gravedad queda definida como: Leve (2-3 criterios), Moderada (4-5 criterios), o Severa (6 o más criterios).

La conducta adictiva se compone de una serie de características, como son el craving (deseo o necesidad psicológica a abandonar la abstinencia), la pérdida de control (marcada por una dificultad para resistir el craving, y la tendencia a buscar recompensas inmediatas), la tolerancia (estado de adaptación caracterizado por la disminución de las respuestas a la misma cantidad de droga consumida; es decir, la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico) y la dependencia (estado en el que el adicto debe seguir consumiendo para evitar la aparición de síntomas que resultan de la abstinencia; existe la dependencia física y la dependencia psicológica) (Beck, Wright, Newman, Liese, 1993; Becoña y Vazquez-Gonzalez, 2001).

Según el modelo biopsicosocial de las adicciones, éstas poseen una etiología multifactorial, en la que inciden tanto factores genéticos, como psicológicos, sociales, familiares y culturales; los cuales interactúan entre sí, creando una predisposición, que acompañada de estímulos del entorno, acaban por desarrollar un problema de adicción (Becoña y Vazquez-Gonzalez, 2001). Para poder hablar de dependencia física y psicológica deben estar presentes tres o más de los siguientes criterios en un período de mínimo de 12 meses: (1) Fuerte necesidad o deseo de consumir la sustancia, (2) Dificultad de control de dicho consumo, (3) Síndrome de abstinencia si se interrumpe o reduce el consumo, (4) Tolerancia, (5) Abandono progresivo del interés por cuestiones ajenas al consumo, y (6) Persistencia en el consumo a pesar de los efectos perjudiciales (OMS, 2005).

Por otro lado, se considera una enfermedad cerebral debido a las modificaciones que las drogas ejercen sobre éste órgano, afectando tanto a su estructura como a su funcionamiento (NIDA, 2014). Cualquier droga consumida de forma excesiva, provoca la activación directa del sistema de recompensa del cerebro (APA, 2013). El cerebro es el encargado de regular las funciones básicas de nuestro cuerpo, facilitando la interpretación y respuesta a las experiencias, y dando forma a los pensamientos, comportamientos y emociones; las drogas inciden directamente sobre importantes áreas del cerebro, como son, el Tronco Encefálico (controla las funciones básicas para la vida, como la respiración, sueño, tasa cardíaca...), el Sistema Límbico (en el que se encuentra el circuito de gratificación cerebral; estructuras cerebrales que regulan la capacidad de sentir placer, y la percepción de emociones), y la Corteza Cerebral (compuesta por distintas áreas encargadas de funciones específicas, como el procesamiento de la información procedente de nuestros sentidos) (NIDA, 2014). Algunas de estas áreas cerebrales, son clasificadas por Damasio (1998), como generadoras de las emociones (Amígdala y Corteza Prefrontal), o ejecutoras de éstas (Hipotálamo, Cerebro Anterior Basal y ciertos núcleos en el segmento de la médula espinal). En consecuencia, el abuso de sustancias genera cambios a largo plazo en la conducta del sujeto adicto, debido a las alteraciones producidas en la función sináptica y los mecanismos de plasticidad de diferentes áreas cerebrales encargadas de procesar la información reforzante o placentera (Redolar, 2008)

Por tanto, todas las drogas actúan sobre el sistema de gratificación del cerebro, alterando los niveles dopaminérgicos. El cerebro tiende a equilibrar esos altos niveles de dopamina produciendo menos y disminuyendo el número de receptores que reciben y transmiten señales, por lo que, a largo plazo, el impacto del consumo de drogas hace que el circuito de gratificación cerebral se vuelva muy limitado, reduciendo la capacidad de sentir placer. A raíz de ello, la persona consumidora, necesita consumir la sustancia para generar dopamina y establecer niveles basales de ésta (NIDA, 2014).

Limitamos nuestra revisión al estudio de aquellas sustancias de consumo que aparecen como principales en la muestra que estamos estudiando, siendo estas sustancias principales alcohol y cocaína. Encontramos que el alcohol es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central, inhibe progresivamente las funciones cerebrales. Afecta a la capacidad de autocontrol, generando inicialmente una sensación de euforia y desinhibición. El principal componente es el etanol, que aparece en distinta concentración dependiendo del proceso de elaboración de la bebida alcohólica (fermentada o destilada) (Plan Nacional sobre Drogas, 2015). El etanol puede tener como efectos: cambio de carácter (desinhibición, somnolencia, euforia), alteraciones somáticas y repercusión a nivel social (Pascual, Cortell, Hidalgo, Sancho y Aranda, 2001). El alcohol incide directamente sobre la corteza cerebral (responsable de las funciones cerebrales superiores, incluidas la toma de decisiones y solución de problemas), el cerebelo, y el

hipocampo (relacionado con la memoria y el aprendizaje) (NIDA, 2014). Los primeros efectos tras la ingesta de alcohol y la consecuente afección en las áreas cerebrales generan un detrimento progresivo de la coordinación motora, el habla, visión, inhibición social y estado de alerta natural; posteriormente según se consumen mayores cantidades de dicha sustancia se ven afectadas tanto la respiración y como el control cardíaco, pudiendo alcanzar la muerte. El límite mortal de alcohol en sangre se encuentra entre 0.40 y 0.60% (Dusek, 1983). Respecto a los perfiles, la mayor prevalencia de bebedores de riesgo se encuentra en los varones de entre 30-34 años, siendo de menor gravedad en las mujeres, aun presentándose en éstas a edades más jóvenes, entre los 15-29 años (Sánchez, 2002).

Por otro lado, la cocaína es un potente estimulante del Sistema Nervioso Central, y una de las drogas más adictivas que existen en la actualidad. Se obtiene a partir del tratamiento químico de las hojas de *Erythroxylum coca*. Desde finales del siglo XIX han surgido diversas formas de consumo de cocaína (esnifada, fumada, inyectada...) que a su vez producen efectos más rápidos, intensos y de mayor riesgo adictivo que la hoja mascada (PNsD, 2015). El perfil general del consumidor de cocaína suele caracterizarse por estar socialmente integrado, pertenecer a un rango de edad entre 20 – 40 años, y tener un nivel sociocultural y económico alto. Los consumos suelen ser intermitentes, no muy elevados y dentro de un contexto de socialización, únicamente un pequeño porcentaje desarrolla patrones de consumo más intensos. Existe un perfil más marcado por la marginalidad, que combina el consumo de heroína con el de cocaína. Es común la presencia de un patrón de policonsumo asociado al consumo de cocaína, dicho policonsumo suele centrarse en las sustancias legales (tabaco y alcohol) e ilegales (heroína, psicoestimulantes, cannabis...) (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001). A medio y largo plazo, el consumo de cocaína genera problemas físicos y psicológicos. Afecta al funcionamiento cerebral, pudiendo llegar a desarrollar trastornos psicológicos como ideas paranoides o depresión, desencadenar cuadros psicóticos (PNsD, 2015).

Existen múltiples razones por las que una persona puede iniciar un consumo adictivo. Las razones más generalizables son: (1) Para sentirse bien, la persona busca con el consumo, aumentar la sensación de placer; (2) Para sentirse mejor, se busca disminuir las sensaciones o emociones negativas, (3) Para rendir mejor, consume para mejorar sus habilidades físicas o cognitivas; y (4) Por curiosidad (o deseabilidad social) (NIDA, 2014).

Sin embargo, un estudio realizado por Alan R. Lang (1983), establece la inexistencia de un patrón común de personalidad que englobe a todos los tipos de personas adictas a sustancias, aunque sí encontraron ciertas características que aparecen con frecuencia entre los distintos tipos de adictos; estas son, (1) Alta sensación de estrés en sus vidas, (2) Baja autoestima, (3) Inconformismo, (4) Impulsividad, (5) Dificultad para demorar las gratificaciones, (6) Inseguridad en las relaciones sociales, y (7) Altos niveles de depresión o ansiedad.

En la misma dirección, tratando de encontrar variables explicativas de la adicción, Becoña (2002), establece una serie de factores de riesgo y protección para el desarrollo de una conducta adictiva, estos son:

Factores de riesgo: Familiares (historial de consumo familiar, baja disciplina, existencia de conflictos, actitudes parentales favorables al consumo de sustancias, abuso físico, bajas expectativas de éxito), Comunitarios (bajo nivel socioeconómico, cambios y movilidad de lugar de domicilio, creencias, normas y leyes favorables al consumo de sustancias, alta disponibilidad y accesibilidad a las drogas, baja percepción social de riesgo respecto a las sustancias), Relaciones/iguales (actitud favorables de éstos hacia el consumo, relaciones basadas en el consumo, conducta antisocial o delincuencia temprana, rechazo por parte de los iguales) e Individuales (aspectos biológicos y psicológicos)

Factores de protección: Familiares (apoyo familiar, oportunidad de implicación familiar, creencias saludables, altas expectativas parentales, sentido de confianza positivo, dinámica positiva familiar), Comunitarios (sistema de apoyo externo, oportunidad de participación como miembro activo de la comunidad, baja accesibilidad de la sustancia, redes sociales y sistemas de apoyo, normas culturales enfocadas a las expectativas hacia los jóvenes), Relaciones/iguales (iguales no consumidores, resistencia a la presión de grupo, baja influenciabilidad) e Individuales (religiosidad, desarrollo de las habilidades sociales, autoeficacia, orientación social positiva, aspiraciones, resiliencia).

En base a este marco teórico fundamentado en los factores de riesgo y protección, hoy en día, podemos diferenciar distintos tipos de programas de prevención vigentes en drogodependencias, según el tipo de prevención que se pretende realizar: (1) Primaria, interviniendo antes de que surja el problema, busca que éste no aparezca, (2) Secundaria, busca localizar y tratar lo antes posible el problema, y (3) Terciaria, cuando el problema ha aparecido, el objetivo se centra en evitar complicaciones y recaídas. A su vez, existe otro tipo de clasificación dentro de los programas preventivos: (1) Universal, dirigido a todas las personas, (2) Selectivo, dirigido a grupos con mayor riesgo, e (3) Indicado, orientado a individuos de alto riesgo.

Por otra parte, centrándonos en la fase de tratamiento, se observa en las últimas décadas un aumento paulatino de la demanda por parte de personas drogodependientes. Las indicaciones terapéuticas y planes de tratamiento tienen como objetivo lograr la abstinencia y frenar el ciclo de consumos compulsivos, así como prevenir las posibles recaídas. Se valora a nivel individual para determinar el tipo de tratamiento más ajustado a las necesidades expuestas por la persona drogodependiente. Se utilizan unos ejes de razonamiento clínico-terapéutico: (1) Selección de un objetivo principal (desintoxicación, rehabilitación, prevención de recaídas), (2) Selección de un ámbito asistencial (residencial, ambulatorio, hospitalización), (3) Selección de un formato

(psicoterapia individual, terapia sistémica, grupos de autoayuda; duración y frecuencia, combinar con farmacoterapia...) (Caballero, 2006). Resulta muy beneficioso el uso combinado de la psicoterapia junto con la administración supervisada de psicofármacos, para así atender a un mayor nivel de síntomas y problemas (Carroll y Schottenfeld, 1997).

En relación a lo expuesto hasta el momento, observamos que tras varias décadas desarrollando y poniendo en marcha intervenciones preventivas con todo tipo de sustancias adictivas, los resultados siguen siendo reducidos, aunque no podemos conocer qué evolución hubiese tenido el consumo de éstas si no se hubiesen puesto en marcha dichos programas de prevención. Sigue estando vigente la necesidad de investigar y desarrollar programas de prevención de mayor eficacia (García, García, Gázquez y Marzo, 2013).

Cada vez son más las investigaciones que centran sus objetivos en relacionar o buscar la correlación entre la Inteligencia Emocional (IE) y la salud física y mental de la persona, debido a la gran novedad del concepto, y a la necesidad de establecer actualizaciones en los programas de prevención y recuperación (tratamiento) de las adicciones (Kun y Demetrovics, 2010). A lo largo de la historia, las investigaciones han estado más focalizadas en el área de la Alexitimia, concepto creado por Ruesch en 1948, y definido posteriormente por Nemiah y Sifneos (1970); la Alexitimia se caracteriza por: (1) una dificultad para identificar los sentimientos y distinguir entre las emociones y sus correspondientes sensaciones corporales, (2) dificultad para describir los sentimientos ajenos, (3) proceso imaginario constreñido, con escasez de fantasías, y (4) estilo cognitivo orientado hacia el exterior (Otero, 1999).

El estudio de la inteligencia emocional como factor influyente a la hora de desarrollar una adicción es cada vez más estudiado, a pesar de la juventud del concepto, la Inteligencia Emocional ha demostrado su potencial en relación a la prevención del consumo de drogas (Fernández, Jorge y Bejar, 2009). A lo largo de los años, la ciencia ha ido avanzando en la comprensión y conocimiento de los funcionamientos cerebrales, por lo que la definición del término Inteligencia ha tenido múltiples evoluciones, hasta la creación de la Inteligencia Emocional como un constructo independiente. El cambio abarca desde que en 1904, el psicólogo Charles Spearman, formula la Teoría Bifactorial, sobre la que postula que la Inteligencia se compone de un Factor General (conocido como Factor G), el cual supone la raíz de la inteligencia y está presente en todas las fases de la conducta de un sujeto, y de otros Factores Específicos (Factor S), que son aquellas habilidades o aptitudes que posee cada individuo para poder realizar una determinada actividad. Es decir, se comienza hablando de la inteligencia como una capacidad general, única para formar conceptos y resolver problemas, por lo que se asume que un conjunto de resultados obtenidos a través de pruebas, reflejan un único factor de "inteligencia general". Continuando en 1952, con Jean Piaget, quien presenta su Teoría del Desarrollo Cognitivo, refiriéndose a la Inteligencia como la capacidad para adaptarse al

ambiente. La teoría de Howard Gardner (1983), da un vuelto al autoritario concepto de Inteligencia única (medida mediante el Cociente Intelectual), y define la Inteligencia como “la capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas”. Sin dejar de lado el componente genético que posee la Inteligencia, convierte este concepto en una destreza o capacidad que se puede desarrollar (dependiente de nuestro contexto, experiencias, educación...). En la Teoría de las Inteligencias Múltiples, Gardner defiende por primera vez la presencia de habilidades complementarias a la cognitiva para definir la Inteligencia; plantea que la Inteligencia se compone de siete inteligencias modulares (autónomas e independientes unas de otras), las cuales se combinan adaptativamente sin influirse entre ellas. Estas inteligencias son: musical, lógico-matemática, espacial, lingüística, cinestésico-corporal, intrapersonal e interpersonal (Gardner, 1983). Más adelante añade una inteligencia más, la inteligencia naturalista (Gardner, 1995).

Es en 1960, cuando Thorndike hace referencia a la Inteligencia Emocional, mediante el desarrollo del concepto Inteligencia Social, definido como “la habilidad para comprender y dirigir a los hombres y mujeres, niños y niñas, y actuar sabiamente en las relaciones humanas”.

Pero es a partir de los años 90 cuando comienza a estudiarse la Inteligencia Emocional como tal; existen diferentes modelos que explican el concepto de Inteligencia Emocional, éstos se clasifican en distintos modelos según los componentes que miden: Modelos mixtos, aquí podemos encontrar el modelo Goleman (1995), y el de Bar-On (1997), se caracterizan por unir varias dimensiones relativas a la personalidad junto con capacidades mentales y emocionales; Modelos de Habilidad, destaca el modelo de Peter Salovey y John D. Mayer (2000), éstos se centran en la habilidad que posee la persona para procesar información emocional, es decir, en la capacidad mental de la persona para procesar la información afectiva.

Sin embargo, es David Goleman, quien en 1995, populariza el término Inteligencia Emocional mediante la publicación de su libro “Emotional Intelligence”, en el cual aparece definida como “la habilidad para percibir, entender, razonar y manejar las emociones de uno mismo y de los demás”. El autor hace insistencia en la diferencia entre Inteligencia e Inteligencia Emocional, garantizando que “la inteligencia no asegura el éxito ni la felicidad en la vida”. Existe un Coeficiente Emocional (CE) y un Coeficiente Intelectual (CI), y ambos se complementan (Goleman, 1995).

En su libro “La práctica de la Inteligencia Emocional en la empresa” (Goleman, 1999), Goleman establece cinco habilidades emocionales y sociales básicas que una persona emocionalmente inteligente tiene que desarrollar. Estas cinco están divididas en dos aptitudes pilares: las personales y las sociales.

#### Personales:

-*Conciencia de sí mismo* (autoconocimiento). Conocimiento que se tiene acerca de los propios estados internos, recursos e intuiciones.

-*Autorregulación*. Control de nuestros estados, impulsos y recursos internos. Desarrollar y poner en práctica la resiliencia.

-*Motivación* (automotivación). Tener en cuenta nuestras tendencias emocionales que guían o facilitan el logro de objetivos. Tener iniciativa y gestionarnos eficazmente, aumentando nuestra competencia.

#### Sociales:

-*Empatía*. Conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.

-*Habilidades sociales*. Capacidad de inducir respuestas deseables en los demás, optimizar el uso de las emociones, para persuadir, negociar y resolver los problemas con los demás (Alcalde, 2015; García-Fernández y Giménez-Más, 2010; Goleman, 1995; Toledo y Salvador, 2014).

Salovey y Mayer, son los primeros en definir la Inteligencia Emocional como “la capacidad de manejar los sentimientos y emociones, discriminar entre ellos y utilizar estos conocimientos para dirigir los propios pensamientos y acciones” (Salovey y Mayor, 1997), posteriormente realizan modificaciones y reformulan la definición, “la capacidad de percibir y expresar emociones, de asimilar las emociones en el pensamiento, de comprender y razonar con las emociones y de regular las emociones en uno mismo y en los demás” (Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

Pero será la teoría de Mayer y Salovey (1997), la que estructura la Inteligencia emocional en cuatro ramas básicas interrelacionadas:

-*Percepción emocional*: Habilidad de identificar las propias emociones y las de los demás.

-*Facilitación emocional*: Habilidad para generar, usar y sentir las emociones como necesarias para comunicar sentimientos, o utilizarlas para otros procesos cognitivos. Las emociones influyen la cognición.

-*Comprensión emocional*: Habilidad para comprender la información emocional, cómo las emociones se combinan y progresan con el tiempo; saber apreciar los significados emocionales. Habilidad para comprender sentimientos complejos.

-*Regulación emocional*: Habilidad para estar abierto a los sentimientos, modular los propios y los de los demás, y promover la comprensión y crecimiento personal. Capacidad para mitigar las emociones negativas, y potenciar las positivas (Ferrando, 2006; García-Fernández y Giménez-Más, 2010)

Por otro lado, el modelo planteado por Bar-On (2005), define la Inteligencia Emocional como “un conjunto de capacidades emocionales, personales e interpersonales que influyen en la capacidad total del individuo de hacer frente a las demandas y a las presiones del ambiente como tal”. Postula que la IE es un factor importante en la determinación del éxito en la vida, y

que ésta influye directamente en el bienestar emocional de la persona. Propone la Inteligencia socio-emocional, compuesta por 5 componentes (capacidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos, capacidad de entender cómo se sienten los otros y relacionarse con ellos, capacidad de manejar y controlar emociones, capacidad de manejar el cambio, adaptarse y resolver problemas de naturaleza interpersonal, capacidad de generar un efecto positivo, y estar auto-motivado). Según señala Bar-On, la IE consta de tres niveles:

*-Intrapersonal:* Capacidad de mostrar ciertas habilidades que le permiten ser consciente de uno mismo, entender los puntos débiles y fuertes de uno mismo, y expresar los sentimientos y pensamientos de forma no destructiva (asertividad).

*-Interpersonal:* Capacidad de percibirse como un ser socio-emocionalmente inteligente, consiste en entender las emociones y los sentimientos de otros, así como sus necesidades; pudiendo establecer relaciones adaptativas y satisfactorias mutuamente.

*-Manejo del cambio:* Capacidad para manejar con eficacia el cambio personal, social y ambiental de forma flexible y realista (Ferrando, 2006; García-Fernández y Giménez-Más, 2010).

Existe una notable evidencia científica que sitúa la Inteligencia Emocional como mediadora entre los acontecimientos vitales, y las posibles consecuencias; relacionando así los bajos niveles en esta variable, con problemáticas tales como ansiedad, trastornos del estado de ánimo, alteraciones del sistema inmune, alteraciones en los hábitos de conducta saludables y mayor prevalencia de conductas adictivas. La Inteligencia Emocional, es un predictor fiable de las posibles estrategias de afrontamiento ejercidas por un sujeto ante diferentes acontecimientos vitales estresantes; ya que se entiende como la capacidad de identificar, entender y regular las emociones propias y las de los demás, así como utilizar dicha información como guía de sus pensamientos y acciones (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro y Tomás-Sábado, 2013)

Respecto al consumo de sustancias adictivas, existen hoy en día numerosos estudios que apoyan el constructo Inteligencia Emocional, como un factor de protección (Kun y Demotrovićs, 2010; Extremera, Fernández-Berrocal, Cabello y Ruiz-Aranda, 2006). La IE puede ser considerada como un factor de protección ya que prepara a la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles de su vida, le capacita para discriminar e identificar emociones, así como para regular y manejarlas (Pedrero, 2013). Riley y Schutte, en 2003, concluyen en su estudio con población adulta, que los niveles bajos en Inteligencia Emocional, funcionan como predictores de un mal afrontamiento de los problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.

En relación a esta temática, existen dos componentes clave de la Inteligencia Emocional, que mantienen una relación directa con el desarrollo de una adicción, estos son: “la decodificación y

la diferenciación de las emociones” (relacionado con la comprensión emocional), y “la regulación de dichas emociones (cómo manejamos las emociones, autorregulación)” (Kun y Demetrovics, 2010; Alcalde, 2015).

En la actualidad, se mantiene un debate abierto acerca de si la adicción en la persona es causa o consecuencia de sus dificultades en la IE; el daño en algunas áreas específicas del cerebro causado por un intensivo consumo, puede ser el responsable de las dificultades que presenta la persona a la hora de decodificar sus emociones, o la dificultad que presenta una persona a la hora de decodificar las emociones es un factor de riesgo para el desarrollo de un consumo (inicia el consumo por no ser capaz de hacer frente a sus propias emociones y sentimientos adecuadamente) (Kun y Demetrovics, 2010).

De acuerdo a lo expuesto hasta el momento, se abala la influencia de la gestión de las emociones, tanto como causa o consecuencia del consumo de drogas; y el valor de la Inteligencia Emocional como imprescindible a tener en cuenta en los programas de prevención y rehabilitación (Alcalde, 2015).

Del mismo modo, para poder entender los mecanismos que subyacen a la adicción, es esencial conocer la respuesta que el sujeto emite ante los estímulos estresantes (Redolar, 2008). Existen numerosas evidencias que establecen una fuerte relación entre la vivencia de episodios marcados por un alto nivel de estrés, y el desarrollo de una adicción (El-Shikh, Fahmy, Michael y Moselhy, 2004); por lo que es importante apreciar el papel de los distintos estilos de afrontamiento y cómo estos interfieren en el desarrollo de una conducta adictiva. Un estilo de afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y conductual que el individuo debe realizar para manejar las demandas externas (estresores ambientales) e internas (estado emocional propio), que son evaluadas como desbordantes de los propios recursos que posee la persona (Lazarus y Folkman, 1984). Cabe diferenciar como conceptos, los “estilos de afrontamiento”, refiriéndonos a la predisposición personal del sujeto para hacer frente a situaciones, marca las diferencias individuales en el empleo de distintos tipos de estrategias de afrontamiento; y las “estrategias de afrontamiento”, que son los procesos concretos utilizados en cada contexto o situación (Fernández-Abascal y Palmero, 1998).

Previamente, Selye introdujo en el ámbito de la salud el término “estrés” entendiéndolo como una respuesta general del organismo a un estresor o situación estresante (Selye, 1936). El estrés psicológico se define como una relación entre el individuo y su entorno, el cual es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante desde sus recursos, por lo que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). En dicha definición, se incluyen los conceptos de evaluación y afrontamiento del estímulo estresor, los cuales influyen sobre la frecuencia, intensidad, duración y tipo de respuesta que emita el sujeto; el sujeto adquiere un papel activo

sobre el proceso de estrés (decido si el estímulo es estresante o no, y a raíz de ello, pone en marcha estrategias de afrontamiento) (Peñacoba y Moreno, 1999).

De este modo, fueron Pratt y Barling quienes conceptualizaron los estresores en función de las siguientes dimensiones: especificidad del momento en que se desencadenan, de la duración, de la frecuencia y de la intensidad (Pratt y Barling, 1988). Concluyendo 4 tipos de estresores: agudos, crónicos, vida diaria y desastres.

Según el Modelo Transaccional, se plantea que ante una situación de estrés hay que tener en cuenta:

-Valoración primaria: (1) La valoración que la persona hace de los estresores, (2) Las emociones asociadas a dicha valoración, y

-Valoración secundaria: (3) Los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que realiza la persona para afrontar dichos estresores (Lazarus y Lazarus, 1994).

Por lo que, el afrontamiento puede orientarse: (1) Hacia la tarea (control primario), centrado en resolver el problema de forma lógica elaborando planes de acción, o (2) Hacia la emoción (control secundario o evitación), centrado en respuestas emocionales (tristeza, alegría, ira...), en la evitación, preocupación, reacciones supersticiosas... (Endler y Parker, 1990). Este modo de enfocar el afrontamiento orientado hacia la emoción resulta desadaptativo, ya que un método de afrontamiento incorrecto y pasivo puede llegar a aumentar la intensidad de la respuesta de estrés percibida, y generar consecuencias negativas en el aspecto emocional y en el rendimiento de la persona (Lazarus, 1990).

El estrés está presente a lo largo de todas las fases del proceso adictivo (Cano, Miguel, González e Iruazizaga, 1994), tanto como factor de riesgo en el inicio del consumo de sustancias (González, Fernández y Secades, 2004); así como en la repetición del consumo debido al estrés producido por diferentes causas externas e internas (Sutherland y Shepherd, 2001), en su cronificación a modo de evitación del estrés, en el mantenimiento de dicha adicción (evitar el estrés consecuente a la retirada de la sustancia, reforzando así el consumo) (Koob, 2003); en las recaídas, debido al estrés endógeno relacionado con el fenómeno del craving (López-Durán y Becoña, 2006); y finalmente, en la renuncia a la adicción (estrés asociado a las consecuencias biopsicosociales de la adicción)(Pedrero, Puerta, Segura López y Martínez-Osorio, 2004).

Algunos estudios que confirman esta estrecha relación entre el abuso de sustancias y la vivencia de experiencias estresantes. Estas experiencias externas marcadas por el estrés, pueden funcionar como factor predisponente, precipitante o mediador para la consecución del consumo (El-Shikh, Fahmy, Michael y Moselhy, 2004). Por otro lado, se ha encontrado una gran influencia genética a la hora de responder a los estresores y por tanto al posible desarrollo de una conducta adictiva; destacando las diferencias relacionadas con el género (Kreek, Nielsen, Butelman y La Forge, 2005).

Se ha registrado en algunas investigaciones la existencia de una mayor prevalencia en el uso de un estilo de afrontamiento emocional en los sujetos adictos; pudiendo establecer una relación causa-efecto entre la tendencia a evitar tanto el estrés externo como interno, y el consumo de sustancias. Así como, las personas consumidoras de sustancias, tienden en muy bajo número a responder mediante un estilo de afrontamiento orientado a la resolución de conflictos (Pedrero, Rojo y Puerta, 2008).

Durante los últimos años, se han producido grandes avances en cuanto a tratamientos de rehabilitación, pero aún es necesario seguir investigando y analizando nuevas pautas de consumo que están surgiendo, para así diseñar intervenciones más adaptadas y efectivas, marcadas por las necesidades actuales de las personas consumidoras (Alcalde, 2015).

El Plan de Acción sobre Drogas 2013 – 2016, el cual fue aprobado el 29 de diciembre de 2012, apoya la necesidad de “aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas, y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas” (PNsD, 2013-2016).

El presente trabajo persigue dos objetivos principales: (1) Conocer los niveles de Inteligencia Emocional en personas consumidoras de alcohol y personas consumidoras cocaína, ambas como sustancia principal; a raíz de ello, comprobar si existen diferencias respecto a dichos niveles en ambos grupos (consumidores de alcohol, sustancia depresora, y consumidores de cocaína, sustancia psicoestimulante). De este modo, valorar la importancia de tener en cuenta la Inteligencia Emocional en el contexto de las drogodependencias, y averiguar si es necesario establecer programas preventivos y de tratamiento diferenciados para dichas sustancias (alcohol y cocaína); y (2) Conocer y distinguir los distintos estilos de afrontamiento empleados por los miembros de la muestra ante la presencia de estresores, y su posible influencia en el desarrollo de un tipo concreto de consumo adictivo. De este modo, fomentar la diferenciación y especialización de los tratamientos para cada tipo de consumo.

En cuanto a ambos objetivos, se plantean las siguientes hipótesis: Se espera encontrar diferencias significativas entre los dos grupos que conforman la muestra (consumidores de alcohol y consumidores de cocaína), en las variables Estilo de Afrontamiento del estrés, e Inteligencia Emocional. Pudiendo confirmar que el nivel de Inteligencia Emocional de un Individuo así como su Estilo de Afrontamiento del estrés, puede influir en el desarrollo de un tipo de consumo específico (consumo de sustancias depresoras o estimulantes).

## Método

### Participantes

En el desarrollo del presente estudio, se tuvo en cuenta el Código Deontológico del Psicólogo así como la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, que asume la Protección de Datos de Carácter Personal. Se firmó un Consentimiento Informado por parte de los sujetos que de forma voluntaria accedieron a participar en el estudio. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas, y con la debida autorización de la Coordinadora Terapéutica del Centro Proyecto Hombre Guadalajara (Castilla La Mancha).

La muestra estuvo compuesta por 30 sujetos (N=30), siendo el 10% (3) mujeres, y el 90% (27) hombres. Dicha muestra se conformó en dos grupos distintos, un primer grupo formado por personas consumidoras de alcohol (sustancia depresora) 56,6% (17), y un segundo grupo formado por personas consumidoras de cocaína (sustancia psicoestimulante) 43,3% (13); entendiendo dicho consumo como principal, pudiendo existir otros tipos de consumos secundarios. La muestra presentó edades comprendidas entre los 20 y 64 años, siendo la media de edad de 42,17 (DT= 9,774). Ambos grupos se encontraban dentro de un programa de tratamiento en el centro Proyecto Hombre Guadalajara (Castilla La Mancha); el grupo de alcohol en régimen residencial, y el grupo de cocaína en régimen ambulatorio. Respecto al nivel de estudios, la mayoría de sujetos de la muestra 36,7% (11) tenían formación primaria, el 20% (6) secundaria, el 16,7% (5) bachillerato, el 10% (3) estudios universitarios, y un 16,7% (5) no tenían estudios. Todos tenían nacionalidad española.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: ser mayor de edad, formar parte de un grupo terapéutico (cocaína o alcohol) en el centro Proyecto Hombre (Guadalajara), y participar de forma voluntaria.

### Instrumentos de medida

Como fuente primaria, se utilizó un Cuestionario Sociodemográfico para el posterior control de variables independientes. En este cuestionario se llevó a cabo un registro de variables como sexo, edad y nacionalidad. Respecto al nivel de estudios, se contó con un amplio repertorio donde se pudo registrar la existencia de sujetos que carecían de estudios, otros contaron con un nivel primario, secundario, de estudios medios (BUP, bachillerato) y universitario. En cuanto al estado civil, se contempló el estar casado, soltero, con pareja de hecho, divorciado y viudo. A su vez también se tuvo en cuenta la ocupación actual de los sujetos (estudia, trabaja, jubilado, desempleado, baja laboral). Se registró la edad de inicio de consumo de la sustancia principal, el número de tratamientos en los que han participado, y la existencia o no de un diagnóstico psiquiátrico paralelo.

Como fuente secundaria se utilizó *Trait Meta Mood Scale-24* (TMMS-24) (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), para medir la Inteligencia Emocional. Adaptación del TMMS-48 creado por Mayer y Salovey en el año 1990. La escala está formada por 24 ítems, los cuales se agrupan en 3 dimensiones (8 ítems por factor): Atención a los sentimientos (soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), Claridad emocional (comprendo bien mis estados emocionales); Reparación de las emociones (soy capaz de regular los estados emocionales correctamente). Es una medida de auto-informe, en la cual los sujetos de la muestra evalúan el grado en el que están de acuerdo con cada ítem sobre una escala de tipo Likert del 1 al 5, siendo (1= Nada de acuerdo, 2= Algo de acuerdo, 3= Bastante de acuerdo, 4= Muy de acuerdo, y 5= Totalmente de acuerdo). La puntuación total de la prueba oscila entre el 24 y 120. Para obtener las puntuaciones en cada factor, se debe sumar los ítems del 1 al 8 para el factor atención emocional, del 9 al 16 para el factor claridad emocional, y del 17 al 24 para el factor reparación de las emociones. En la evaluación del cuestionario, la puntuación final corresponde a la suma de los 8 ítems de cada subescala, en función de la puntuación obtenida y del sexo del sujeto, se establece una corrección en dicha dimensión (tabla 1). Este cuestionario posee una alta consistencia interna (Alpha de Cronbach > 0.80; Atención, = 0.89; Claridad, = 0.84 y Reparación, = 0.83).

Tabla 1. Puntuaciones del TMMS-24 según subescala y sexo.

	MUJER	HOMBRE
ATENCIÓN	<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención &lt; 24</p> <p>Adecuada atención 25 a 35</p> <p>Debe mejorar su atención: presta demasiada atención &gt; 36</p>	<p>Debe mejorar su atención: presta poca atención &lt; 21</p> <p>Adecuada atención 22 a 32</p> <p>Debe mejorar su atención: presta demasiada atención &gt; 33</p>
CLARIDAD	<p>Debe mejorar su claridad &lt; 23</p> <p>Adecuada claridad 24 a 34</p> <p>Excelente claridad &gt; 35</p>	<p>Debe mejorar su claridad &lt; 25</p> <p>Adecuada claridad 26 a 35</p> <p>Excelente claridad &gt; 36</p>
REPARACIÓN	<p>Debe mejorar su reparación &lt; 23</p> <p>Adecuada reparación 24 a 34</p> <p>Excelente reparación &gt; 35</p>	<p>Debe mejorar su reparación &lt; 23</p> <p>Adecuada reparación 24 a 35</p> <p>Excelente reparación &gt; 36</p>

Para evaluar los estilos de afrontamiento del estrés de los distintos miembros de la muestra, se utilizó como fuente secundaria, *el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* (Sandín y Chorot, 2003). Medida de autoinforme formada por 42 ítems y creada para evaluar siete estilos básicos de afrontamiento: Focalizado en la solución del problema, Autofocalización negativa,

Reevaluación positiva, Expresión emocional abierta, Evitación, Búsqueda de apoyo social, Religión.

Los sujetos deben indicar la opción que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que aparecen en los ítems en una escala tipo Likert de 0 a 4, siendo (0= Nunca, 1= Pocas veces, 2= A veces, 3= Frecuentemente, y 4= Casi siempre). Las puntuaciones totales de la prueba oscilan entre 0 y 168.

Los siete estilos de afrontamiento, se agrupan en dos factores, el primero corresponde a una dimensión relacionada con el problema o la situación generadora de estrés y con componentes racionales, y el segundo se relaciona con el aspecto emocional del afrontamiento (Sandín y Chorot, 2003). Las siete dimensiones de afrontamiento mantienen bajas correlaciones entre sí (Sandín y Chorot, 2003), por lo que es posible evaluarlas de forma independiente. La fiabilidad medida por el Alpha de Cronbach se sitúa entre 0,64 y 0,92 en las siete dimensiones, siendo  $> 0.80$  la fiabilidad total del instrumento.

### Diseño

Se realizó un estudio empírico con un diseño cuasi experimental transversal, en el que se evaluaron las variables dependientes (Inteligencia Emocional y Estilo de afrontamiento del Estrés) en dos grupos distintos (por un lado, personas consumidoras de alcohol, y por otro, consumidores de cocaína) que corresponderían a las variables independientes.

### Procedimiento

En primer lugar, se explicó en qué consistía el estudio, propio de un trabajo de fin de master, del Master Psicología General Sanitaria; así como su carácter confidencial y voluntario (dando opción al abandono del estudio en cualquier momento). Posteriormente, conociendo aquellas personas dispuestas a participar libremente, se firmaron los Consentimientos Informados, y se pasó a la recogida de información, facilitando los tres instrumentos de medida simultáneamente e indicando el orden en el que se debían realizar: en primer lugar, el cuestionario sociodemográfico, seguido del TMMS-24 y por último, el CAE. La duración para la realización de los tres instrumentos de medida fue de 1 hora. La recogida de datos se realizó con cada grupo por separado, primero con el grupo “alcohol” y posteriormente con el grupo “cocaína”. Todo ello se llevó a cabo el 27 de enero de 2016, en el propio centro de Proyecto Hombre Guadalajara (Castilla La Mancha).

En segundo lugar, se evaluaron las siguientes variables. Las variables dependientes del estudio (VD) son Inteligencia Emocional, y Estilo de Afrontamiento del Estrés; mientras que las variables independientes (VI) son: Consumo de Alcohol, consumo de Cocaína (ambas como sustancia principal), y las variables sociodemográficas. Se realizaron los estadísticos de fiabilidad y los estadísticos descriptivos correspondientes (frecuencias, %, medias y DT). Se

llevaron a cabo pruebas de normalidad (Shapiro-Wilks). Se trabajó con un nivel de confianza del 95%, considerándose significativos los valores de  $p$  inferiores a 0.05.

En el análisis de datos, se utilizó una prueba no paramétrica (Chi cuadrado  $p > 0.05$ ) para observar si existe relación estadísticamente significativa entre la VI (sustancia principal de consumo) y los resultados obtenidos en las VD (intención, claridad y reparación) pertenecientes al test TMMS-24; ya que al corregir las puntuaciones directas obtenidas en cada subescala, la variable pasa a ser categórica, teniendo 3 opciones de respuesta (Atención 1= poca atención, 2 = adecuada atención, 3 = excesiva atención; Claridad 1 = poca claridad, 2 = adecuada claridad, 3 = excelente claridad, y Reparación 1 = poca reparación, 2 = adecuada reparación, 3 = excelente reparación).

A continuación, se realizaron siete ANCOVAS para analizar la existen de posibles diferencias estadísticamente significativas entre la VI (sustancia principal de consumo) en los estilos de afrontamiento del estrés (VD); en este caso, como el test lo permite, se controlaron los posibles efectos de variables sociodemográficas, como: sexo, edad, nivel de estudios (covariables).

### Resultados

Antes de realizar las pruebas estadísticas correspondientes, se comprobó el supuesto de normalidad (Shapiro-Wilks  $p > 0,05$ ), en las variables dependientes, por lo que se asume normalidad atendiendo a los criterios de Curran, West y Finch (1996).

Se utilizó una prueba no paramétrica (Ji cuadrado  $p > 0,05$ ) en la que se han obtenido los siguientes resultados:

No se ha encontrado una relación estadísticamente significativa en los niveles de Atención emocional entre las personas consumidoras de cocaína (grupo 1) y consumidores de alcohol (grupo 2) ( $\chi^2(2) = ,221, p = ,221$ ). Las variables no están significativamente relacionadas. En el grupo 1 (cocaína), el 84,6% (11) de los sujetos poseen una adecuada atención, un 15,4% (2) poca atención, y un 0% (0) excesiva atención. Por otro lado, en el grupo 2 (alcohol), el 76,5% (13) puntuaron en adecuada atención, el 5,9% (1) poca atención, y 17,6% (3) excesiva atención.

Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de Claridad emocional entre las puntuaciones del grupo 1 y grupo 2 ( $\chi^2(2) = ,123, p = ,123$ ). Las variables no están significativamente relacionadas. Los resultados se organizan de la siguiente manera: en el grupo 1 (cocaína), el 76,9% (10) tienen claridad adecuada, el 15,4% (2) poca claridad, y el 7,7% (1) puntuó en excelente claridad. En el grupo 2 (alcohol), el 52,9% (9) se situaron en adecuada claridad, el 47,1% (8) en poca claridad, y el 0% (0) tiene excelente claridad.

Por último, no se encontró relación estadísticamente significativa entre los niveles de la variable dependiente Reparación emocional entre el grupo 1 y grupo 2 ( $\chi^2(2) = ,254, p = ,254$ ). Las

variables no están significativamente relacionadas. En el grupo 1 (cocaína) el 69,2%(9) obtuvieron una adecuada reparación, el 23,1%(3) excelente reparación, y el 7,7%(1) poca reparación. En el grupo 2 (alcohol), el 70,6%(12) puntuó en adecuada reparación, el 23,5% (4) poca reparación y el 5,9%(1) excelente reparación.

**Tabla 2. Ji cuadrado**

	Atención	Claridad	Reparación
Chi-cuadrado de Pearson	$\chi^2 (2) = ,221, p = ,221$	$\chi^2 (2) = ,123, p = ,123$	$\chi^2 (2) = ,254, p = ,254$

A continuación, se realizaron una serie de ANCOVAS, cuyos resultados fueron:

En el primer ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “búsqueda de apoyo social”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Edad  $F(1,25) = ,105, p = ,749, \eta^2 = ,004$ ; Sexo  $F(1,26) = ,149, p = ,703, \eta^2 = ,006$ ; Nivel de estudios  $F(1,27) = 3,949, p = ,057, \eta^2 = ,128$ . Se asume que no existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = 1,373, p = ,251, \eta^2 = ,047$ .

En el segundo ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “expresión emocional abierta”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que las covariables “Sexo” y “Edad” estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Sexo  $F(1,25) = ,704, p = ,409, \eta^2 = ,027$ ; Edad  $F(1,26) = 2,440, p = ,130, \eta^2 = ,086$ . Sin embargo, la covariable “Nivel de estudios” si resultó significativa  $F(1,27) = 5,630, p = ,025, \eta^2 = ,173$ . Por lo que, el efecto de la VI (sustancia de consumo principal) sobre la VD (estilo de afrontamiento del estrés “expresión emocional abierta”) se explica mejor por el efecto de la covariable “Nivel de estudios”.

En el tercer ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “religión”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Sexo  $F(1,25) = ,009, p = ,924, \eta^2 = ,000$ ; Edad  $F(1,26) = ,112, p = ,740, \eta^2 = ,004$ ; Nivel de estudios  $F(1,27) = ,198, p = ,660, \eta^2 = ,007$ . Sin embargo, se asume que existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = 4,675, p = ,039, \eta^2 = ,143$ .

En el cuarto ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “focalizado en la solución del problema”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Edad  $F(1,25) = ,054, p = ,818, \eta^2 = ,002$ ; Nivel de estudios  $F(1,26) = ,105, p = ,748, \eta^2 = ,004$ ; Sexo  $F(1,27) = 1,571, p = ,221, \eta^2 = ,055$ . Se asume que no

existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = ,573, p = ,455, \eta^2 = ,020$ .

En el quinto ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “evitación”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Sexo  $F(1,25) = ,014, p = ,905, \eta^2 = ,001$ ; Edad  $F(1,26) = ,132, p = ,719, \eta^2 = ,005$ ; Nivel de estudios  $F(1,27) = ,771, p = ,388, \eta^2 = ,028$ . Se asume que no existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = 2,285, p = ,142, \eta^2 = ,075$ .

En el sexto ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “autofocalización negativa”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Edad  $F(1,25) = ,076, p = ,786, \eta^2 = ,003$ ; Nivel de estudios  $F(1,26) = ,600, p = ,446, \eta^2 = ,023$ ; Sexo  $F(1,27) = 1,837, p = ,187, \eta^2 = ,064$ . Sin embargo, se asume que existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = 4,569, p = ,041, \eta^2 = ,140$ .

En el séptimo, y último ANCOVA, cuya VD es un estilo de afrontamiento del estrés “reevaluación positiva”, se controlaron las siguientes covariables sociodemográficas: Edad, sexo y nivel de estudios. No se pudo asumir que dichas covariables estuviesen relacionadas significativamente con la VD: Nivel de estudios  $F(1,25) = ,117, p = ,735, \eta^2 = ,005$ ; Edad  $F(1,26) = ,978, p = ,332, \eta^2 = ,036$ ; Sexo  $F(1,27) = 2,845, p = ,103, \eta^2 = ,095$ . Se asume que no existe una relación estadísticamente significativa entre la VD de estudio y la VI (sustancia de consumo principal)  $F(1,28) = 1,220, p = ,279, \eta^2 = ,042$ .

**Tabla 3. ANOVAS Y ANCOVAS de las VD (CAE)**

Subescalas CAE	F	$\eta^2$
Búsqueda de apoyo social	$F(1,28) = 1,373, p = ,251$	,047
Expresión emocional abierta		
Covariable “Nivel de estudios”	$F(1,27) = 5,630, p = ,025$	,173
Religión	$F(1,28) = 4,675, p = ,039$	,143
Focalizado en la solución del problema	$F(1,28) = ,573, p = ,455$	,020
Evitación	$F(1,28) = 2,285, p = ,142$	,075
Autofocalización negativa	$F(1,28) = 4,569, p = ,041$	,140
Reevaluación positiva	$F(1,28) = 1,220, p = ,279$	,042

## Discusión

Los principales objetivos que se establecieron en el presente estudio consistían en conocer los **niveles de Inteligencia Emocional** de los distintos grupos que conforman la muestra (consumidores de cocaína como sustancia principal, y consumidores de alcohol como sustancia principal), así como comprobar si existen diferencias entre dichos grupos según nuestras hipótesis de partida, se esperaba encontrar diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Inteligencia Emocional según el tipo de consumo.

En relación a dichos objetivos e hipótesis planteadas inicialmente, y tras realizar el análisis de los resultados obtenidos del TMMS-24, los resultados muestran que no existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional entre las personas consumidoras de cocaína como sustancia principal y consumidoras de alcohol como sustancia principal. Los resultados en cuanto al total de la muestra, indican que la mayoría de participantes tienen un adecuado nivel de Inteligencia Emocional en las distintas dimensiones (atención, claridad y reparación emocional). En cambio, sí podemos apreciar (aunque no de un modo significativo) una mayor tendencia a las puntuaciones adecuadas en las subescalas “Atención” y “Claridad” por parte del grupo de consumidores de cocaína como sustancia principal (atención adecuada 84,6%; claridad adecuada 76,5%). Esto quiere decir, que aun apareciendo pequeñas diferencias, no se puede asumir que el hecho de consumir un tipo de sustancia u otra (alcohol o cocaína), mantenga una relación directa con un mayor o menor nivel de Inteligencia Emocional. Por lo que rechazaríamos la hipótesis de partida, acerca de la necesidad que planteábamos de especializar y diferenciar los programas de prevención y tratamiento de acuerdo a la variable de estudio “sustancia de consumo”.

Nuestros resultados contrarrestan con numerosos estudios que defienden el valor de la Inteligencia Emocional a la hora de desarrollar una adicción (Fernández, Jorge y Béjar, 2009), relacionando los bajos niveles de ésta variable (IE) con problemáticas como una mayor prevalencia de conductas adictivas, asumiendo de este modo, el nivel de Inteligencia Emocional como un factor de protección para el desarrollo de una adicción (Pedrero, 2013). Estos resultados pueden estar relacionados con la posible formación obtenida por parte de los sujetos de la muestra en el ámbito de la Inteligencia Emocional dentro del programa de tratamiento en el que se encuentran, lo cual desconocemos y puede ser un factor influyente que limite la validez de dichos resultados.

Por otro lado, respecto a los **estilos de afrontamiento del estrés**, se estableció como objetivo conocer y distinguir los distintos estilos de afrontamiento del estrés empleados por los miembros de la muestra ante la presencia de estresores, y su posible influencia en un tipo de consumo u otro (alcohol o cocaína). Se esperaba encontrar diferencias significativas en relación a la variable de estudio en ambos grupos. Tras analizar los resultados obtenidos en el CAE,

hemos podido concluir una serie de cuestiones. En primer lugar, no se ha encontrado que exista relación directa significativa entre el tipo de consumo (cocaína o alcohol) y el uso de los siguientes estilos de afrontamiento: “búsqueda de apoyo social”, “focalizado en la solución del problema”, “evitación” y “reevaluación positiva”. El tener un estilo de afrontamiento como los anteriormente citados, no se ve influido por consumir un tipo de sustancia u otra (alcohol o cocaína). Sí se ha encontrado una relación significativa entre el tipo de consumo principal (cocaína o alcohol) y el uso de un estilo de afrontamiento “religioso” (caracterizado por la puesta en marcha de recursos relacionados con el ámbito religioso como fuente de reducción del estrés), obteniendo una media mayor en los consumidores de alcohol (7,529) en comparación con los consumidores de cocaína (2,615); por lo que se puede concluir que las personas que consumen alcohol como sustancia principal, tienen una mayor tendencia a utilizar un estilo de afrontamiento “religioso”, en comparación a las personas consumidoras de cocaína. En esta misma línea, se ha encontrado también una relación significativa entre el tipo de consumo principal, y el uso de un estilo de afrontamiento “autofocalización negativa” (caracterizado por el autoreproche e indefensión) y , siendo mayor la media en el grupo consumidor de alcohol (12,117) en comparación al grupo consumidor de cocaína (9,307); por lo que del mismo modo, podemos concluir que las personas que consumen alcohol como sustancia principal, tiene mayor tendencia al uso de un estilo de afrontamiento “autofocalización negativa”, en comparación con personas consumidoras de cocaína. Por último, gracias a los resultados obtenidos, podemos establecer una relación significativa entre el uso de un estilo de afrontamiento “expresión emocional abierta”, y el nivel de estudios (no influyendo el tipo de consumo). Aunque no se han encontrado evidencias significativas acerca de los estilos de afrontamiento haciendo distinción entre sustancias, la investigación científica existente defiende que tanto el afrontamiento “evitativo” como otros tipos de estilos de afrontamiento del estrés como la expresión emocional abierta, están relacionados con el abuso de sustancias (Labovie, Pandina, White y Jonson, 1990); lo que no se conoce ni hemos podido establecer en este estudio, es que existan estilos de afrontamiento claramente diferenciados por consumir un tipo de sustancia u otra, excepto “religioso y “autofocalización negativa” que se dan más en alcoholismo. Algunos autores defienden que la variable de afrontamiento evitativo funciona como factor de riesgo para el desarrollo de una adicción al alcohol (Hruska, Fallon, Spoonster, Sledjeski, y Delahonty, 2011), lo cual difiere con los resultados obtenidos en nuestro estudio, los cuales muestran que no existe una relación directa entre un estilo de afrontamiento “evitativo” y el consumo de alcohol.

Por lo que, los resultados obtenidos del presente trabajo, muestran que no se han podido confirmar las hipótesis planteadas inicialmente, aunque sí se han alcanzado los objetivos que se pretendían en relación al conocimiento.

Otra cuestión relevante a señalar hace referencia a las limitaciones de nuestro trabajo. Consideramos que, la limitación más relevante hace alusión al tamaño muestral ( $N=30$ ), ya que es demasiado reducido, y podría esto haber influido en algunos resultados que han sido mencionados anteriormente; así como el hecho de pertenecer a una misma comunidad terapéutica. Otra limitación a destacar es la ausencia de un grupo control, formado por personas no consumidoras, que ayudase a establecer una línea base acerca de los niveles de Inteligencia Emocional y los estilos de afrontamiento del estrés, y a modo de comparativa con la muestra consumidora. La inexistencia de un perfil puro de consumidor de cocaína, supone una gran limitación para el estudio ya que suele ir asociado con un consumo paralelo de alcohol, lo cual podría afectar seriamente a los resultados obtenidos. Por último, la imposibilidad de realizar una medida pre-post de ambas variables de estudio en la misma muestra, debido a la limitación temporal establecida para la realización del estudio, supone otra limitación reseñable.

Igualmente, respecto a la importancia del presente trabajo, cabe señalar la relevancia en el área de la psicología clínica, tanto por el interés teórico como práctico. En relación a los programas de prevención y tratamiento de adicciones, se rechaza la necesidad de establecer programas basados en Inteligencia Emocional y Estilos de Afrontamiento del Estrés diferenciados por sustancias, pudiendo ser de utilidad dichos programas a ambos grupos de consumidores por igual. Investigaciones dirigidas en esta línea pueden resultar favorables para el desarrollo de programas de prevención y tratamiento de adicciones más actualizados y especializados.

Las futuras líneas de investigación pueden dirigirse a replicar el presente estudio ampliando el tamaño de la muestra, e incluyendo un grupo control formado por sujetos no consumidores, para de este modo, poder comparar los resultados obtenidos con población no clínica y enriquecer el contenido del estudio. Por otro lado, sería interesante establecer un patrón común de personalidad para las personas adictas, así como un perfil diferencial puro de persona consumidora de cocaína, sin interferencias por consumo de alcohol de forma secundaria o paralela. Por último, una futura línea de investigación puede conducirse a esclarecer el debate abierto en la actualidad acerca de si la adicción es causa o consecuencia de las dificultades en Inteligencia Emocional.

## Referencias

- Alcalde, C. (2015). *Inteligencia Emocional para la rehabilitación personal de un drogodependiente*. [tesis]. Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social, España.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.<sup>a</sup>. Ed. Rev. Washington, DC: APA (trad. Cast.: Barcelona; Masson, 2002).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5.<sup>a</sup>. ed. Rev. Washington, DC: APA.
- BarOn, R (2005) The BarOn Model of emotional-social intelligence. En Fernandez- Berrocal, P y Extremera N. (Guest Editors), Special issue on Emotional Intelligence. *Psicotema*, 17.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient (EQ-i): A Test of Emotional Intelligence*. Toronto: Multi-HealthSystems.
- Beck, A. Wright, F., Newman, C. Liese, B. (1993): *Cognitive therapy of substance abusers*. New York: Guilford Press.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E. y Vázquez-González (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Guías de Intervención. Madrid: Síntesis.
- Bobes, J., Saiz, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 14 (1), pp. 23-36.
- Caballero, L. (2006). Adicción a cocaína. *Proyecto Hombre. Modelos de tratamiento*, 57, pp. 27-42.
- Cano, A., Miguel, J. J., González, H. e Iruarizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de Psicología*, 10, 145-156.
- Carroll, K.M., y Schottenfeld, R. (1997). Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. *Medical Clinics of North America*. 81, 927-44
- Caruso, J., Mayer, D. y Salovey, P. (2011). Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT).
- Curran, P.J, West, S.G. y Finch, J.F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.

- Damasio A. (1998). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2015). Encuesta sobre alcohol y drogas en la población española (EDADES).
- Dusek, G. 1983. *Drogas: Un Estudio Basado en Hechos*. Editorial Fondo Educativo Interamericano.
- Ekman, P. (1970). Universal Facial Expressions of Emotions. *California Mental Health Research Digest*, 8(4), 151-158.
- El-Shikh, H., Fahmy, E., Michael, V.S. y Moselhy, H. F. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *European Journal of Psychiatry*, 18, 162-170.
- Endler, N.S. y Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Extremera, N. y Fernández- Berrocal, P. (2009). Adaptación española del test de inteligencia emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT): manual y cuadernillo. Madrid: TEA ediciones.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., y Ruiz-Aranda, D. (2006). Inteligencia Emocional, Estilos de Respuesta y Depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205.
- Fernández, B., Jorge, V., y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256.
- Fernández-Abascal, E.B. y Palmero, F. (1998): *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel
- Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F. (1999): *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel
- Fernández-Abascal, Martín, M. y Jiménez, P. (2003). *Emoción y motivación: la adaptación humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- 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.
- Ferrando, M. (2006). *Creatividad e Inteligencia Emocional: Un estudio empírico en alumnos con altas habilidades*. [tesis]. Universidad de Murcia, Departamento personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos, España.
- García, J.A., García, A., Gázquez, M. y Marzo, J.C. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions*, 13 (2), pp. 89-97.

- García-Fernández, M. & Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado* [en línea], 3(6), 43-52. Disponible en: <http://www.cepcuevasolula.es/espisal>.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books (trad. cast.: Barcelona: Paidós, 2011).
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- González, A., Fernández, R. y Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.
- González, A., Peñalver, J. y Bresó, E. (2011). La evaluación de la Inteligencia Emocional: ¿Autoinformes o pruebas de habilidad? *Forum de recerca*, (16), 699-712.
- Hruska, B., Fallon, W., Spoonster, E., Sledjeski, E.M. y Delahanty, D.L. (2011). Alcohol use disorder history moderates the relationship between avoidance coping and posttraumatic stress symptoms. *Psychology of Addictive Behaviors*. Doi: 10.1037/a0022439
- Koob G.F. y Volkow N.D. (2010). Neurocircuitry of Addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. (35). 217-238.
- Koob, G.F. (2003). Neuroadaptive mechanisms of addiction: studies on the extended amygdala. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 442-452
- Kreek, M.J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. y La Forge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 8, 1450-1457.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.
- Labouvie, E.W., Pandina, R.J., White, H.R., & Johnson, V. (1990). Risk factors of adolescent drug use: Affect-based interpretation. [Abstract] *Journal of Substance Abuse*, 2(3), 265-285.
- Lang, A.R. (1983). Addictive personality: A viable construct? En Levison, P.K.; Gerstein, D.R.; and Maloff, D.R., eds. *Commonalities in Substance Abuse and Habitual Behavior*. Lexington, MA: Lexington Books, 1983. pp. 157-236.
- Lazarus, R.S. y Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.

- Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress-measurement. *Psychological Inquiry*, 1, 3-13.
- Limonero, J.T., 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.
- López-Durán, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de la cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. En R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Nemiah, J.C.; Sifneos, P.E., «Psychosomatic illness. A problem in communication», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1970, 18, pp. 154-160
- NIDA (2014). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. (Noviembre 2014). Recuperado el 3 de Marzo de 2016, de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>
- Organización Mundial de la Salud, (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington: OMS. ISBN 92-75-32579-0
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, XIX (72), 587-596.
- Pascual, F., Cortell, C., Hidalgo, M<sup>a</sup>J., Sancho, A. y 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), pp. 183-203.
- Pedrero, E.J., Rojo, G. y Puerta, C. (2008). Estilos de afrontamiento del estrés y adicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 33 (4). 256-270.
- Pedrero, E.J., Puerta, C., Segura López, I. y Martínez-Osorio, S. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 174-189.
- Pedrero, P. (2013). *Adicciones y emociones*. Salamanca. Revista de la Asociación Proyecto Hombre, 81, 14-15.

- Peñacoba, C., y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y estrés* 5, 61-78.
- Piaget, J. (1952). *The Origins Of Intelligence in Children*. New York: International Universities Press
- Plan Nacional Sobre Drogas (2015). Recuperado el 2 de noviembre de 2015, de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>
- Plan Nacional Sobre Drogas (Plan de Acción 2013-2016). Recuperado el 18 de noviembre de 2014, de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN\\_ACCION\\_SOBRE\\_DROGAS2013\\_2016.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PLAN_ACCION_SOBRE_DROGAS2013_2016.pdf)
- Plutchik, R. (1980). *The Nature of Emotions*. *American Scientist*, 89, 344-350.
- Pratt, L. y Barling, J. (1988). Differing between daily events, acute and chronic stressors: a framework and its implications. En J.J. Hurrell, L.R. Murphy, S.L. Sauter, C.I. Cooper. New York: Taylor and Francis, 41-53.
- Prinz, J. (2004). *Which Emotions are Basic?* In D. Evans, & P. Cruse, *Emotion, Evolution, and Rationality* (pp. 1-19). Oxford: Oxford University Press.
- Redolar, D. (2008). *Cerebro y adicción*. Barcelona: UOC
- Riley, H., y Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Ruesch, J., «The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine», *Psychosomatic Medicine*, 1948, 10, pp. 134-144.
- Sánchez, L. (2002). Consumo alcohólico en la población española. *Adicciones*, 14 (1), pp. 79-97.
- Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138(3479), 32.
- Spearman, Ch. (1904). General Intelligence objectively determined and measured. *Amer. J. of Psychol.*, XV, 201-293.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stephan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., et al. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135:153-163.

Sutherland, I. y Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance abuse". *Addiction*, 96, 445-458.

Thorndike, L.L. (1960). *Intelligence and its uses*. Harper's Magazine, 140: 227-235.

Toledo, F y Salvador, C. (2014). *Manual de Inteligencia Emocional aplicada a la prevención de riesgos laborales*. Confederación Regional de Organizaciones Empresariales de Murcia.