



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

INTELIGENCIA EMOCIONAL, RESILIENCIA Y USO DE SUSTANCIAS PARA MANEJAR LOS ESTÁDOS DE ÁNIMO EN TRASTORNO BIPOLAR

Autor: Adrián Duerto Sierra

Director: Sara Ben-Bouchta del Viejo

Madrid
Mayo 2016



**INTELIGENCIA EMOCIONAL, RESILIENCIA Y USO DE SUSTANCIAS PARA MANEJAR
LOS ESTADOS DE ÁNIMO EN TRASTORNO BIPOLAR**

Adrián
Duerto
Sierra

Resumen

El objetivo general del estudio fue explorar la relación que la competencia emocional y la capacidad de superar situaciones estresantes tienen con la utilización de sustancias reguladoras del estado de ánimo en personas con trastorno bipolar. El estudio se llevó a cabo con 54 personas con el diagnóstico facultativo de Trastorno Bipolar con edades comprendidas entre los 19 y los 70 años. De los 28 mujeres y 26 varones, el 44% había recibido el diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I, el 41% el de Trastorno Bipolar Tipo II y el 15% el de Trastorno Ciclotímico. Se utilizaron las adaptaciones al castellano de la *Trait Meta-Mood Scale-24* y de la *Connor-Davidson Resilience Scale*, así como un cuestionario elaborado en el estudio para medir el uso de algún tipo de sustancia para manejar estados emocionales difíciles. Los resultados obtenidos muestran relaciones significativas entre la Inteligencia Emocional Autopercebida y la Resiliencia (una mayor competencia emocional correlacionaron con mayores niveles de resiliencia), así como también se encontraron relaciones significativas de ambas variables con el uso de sustancias para regular estados emocionales (mayores competencias emocionales y mayores niveles de resiliencia correlacionaron con un menor uso de sustancias para regular el estado de ánimo). Se discuten las posibles implicaciones que puede tener una visión que contempla que el afectado de trastorno bipolar tiene realmente una desregulación emocional en el abordaje de la psicopatología de este trastorno.

Palabras clave: Trastorno Bipolar, competencia emocional, resiliencia, uso de sustancias.

Abstract

The overall objective of the study was to explore the relationship emotional competence and the ability to overcome stressful situations with the use of substances that regulate mood in people with bipolar disorder. The study was conducted with 54 people with the diagnosis of bipolar disorder optional aged between 19 and 70 years. Of the 28 women and 26 men, 44% had received a diagnosis of bipolar disorder type I, 41% that of bipolar II and 15% Cyclothymic Disorder. Castilian adaptations of the Trait Meta-Mood Scale-24 and the Connor-Davidson Resilience Scale developed a questionnaire in the study to measure the use of some type of substance to handle difficult emotional states were used, as well. The results show significant relationships between emotional intelligence self-perceived and Resilience (greater emotional competence correlated with higher levels of resilience) and significant relationships of both variables with the use of substances to regulate emotional states (higher emotional competencies are also found and higher levels of resilience correlated with lower use of substances to regulate mood). The possible implications that may have a vision that contemplates that the affected bipolar disorder actually have an emotional deregulation in addressing the psychopathology of this disorder are discussed.

Keywords: Bipolar disorder, emotional competence, resilience, substance use.

Introducción

El presente trabajo trata de explorar la relación que la competencia emocional y la capacidad de superar situaciones estresantes tienen con la utilización de sustancias reguladoras del estado de ánimo en personas con trastorno bipolar.

Para ello, en el presente apartado de introducción, se comienza enmarcando el concepto de regulación emocional, se exponen los conceptos de inteligencia emocional y resiliencia y se presenta un marco fenomenológico de la psicopatología en torno al procesamiento emocional en el que se reconoce la importancia de los procesos emocionales en la comprensión de los procesos de desarrollo y mantenimiento de algunos trastornos psicológicos de alta prevalencia. Posteriormente se introduce el trastorno bipolar y su realidad clínica, reflexionando sobre cómo éste podría configurarse como uno de los nuevos trastornos susceptibles de ser leídos bajo un marco psicopatológico configurado en torno al procesamiento emocional.

Tras muchos años en los que mayoritariamente las emociones han sido contempladas como perturbadoras y desadaptativas, teorías más modernas de la emoción han destacado la utilidad adaptativa de las emociones (Lazarus, 1991). De las emociones se ha dicho que acomodan el estilo cognitivo a los requerimientos situacionales, que favorecen la toma de decisiones y que disponen al individuo para respuestas motoras rápidas (Gross, 1999). Por otro lado, consuman también sustanciales funciones sociales. En este sentido, Keltner y Haidt (1999) nos exponen que las emociones nos proporcionan información sobre intenciones, otorgan a otros datos sobre si algo es oportuno o no y hacen más maleables patrones complejos del comportamiento social.

Sin embargo, para poder disponer de todos los recursos que nos aportan las emociones es necesario disponer de determinadas habilidades de regulación emocional (Hervás, 2011). Gross (1999) define la regulación emocional como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p. 552). En su definición, Thompson (1994) abarca “todos los procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (p. 27-28).

Disponer de habilidades que nos permitan regularnos emocionalmente está asociado a mayor eficacia y adecuación de nuestro funcionamiento social (Eisenberg, Fabes, Guthrie y Reiser, 2000). En esta línea, Lopes, Salovey, Côté y Beers (2005) proponen que ser capaces de regular nuestras emociones nos hace más capaces de tener un mayor número de relaciones

sociales positivas, reduce la cantidad de comportamientos socialmente inapropiados y dificulta la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos.

Aunque en la mayoría de la literatura podemos encontrar que la regulación emocional es un proceso naturalmente adaptativo, no hay que dejar a un lado la realidad en la que los procesos que intentan modificar nuestros estados emocionales ya no solo no son efectivos, sino que son disfuncionales e incluso contraproducentes. De esta manera, Gross (1999) nos recuerda que existen varias estrategias de regulación emocional que pueden ser desadaptativas más comúnmente tales como la evitación, supresión o represión emocional. Estas propuestas adquieren importancia en un marco en el que cada vez más, conductas problemáticas como el consumo de alcohol u otras sustancias, se están re-conceptualizando como estrategias disfuncionales de regulación (Gratz, 2003). En esta línea, varias posturas que apoyan la idea de que problemas o déficits en procesos emocionales relacionados con la regulación emocional son uno de los elementos comunes a muchos trastornos psicopatológicos, pudiendo llegar a ser uno de los factores con un peso significativo a la hora de explicar la alta comorbilidad que encontramos en la práctica clínica entre los factores del eje I en su concepción tradicional en las ediciones anteriores al DSM-V (Hervás, 2011; Kring, 2008).

En este sentido, Hervás y Vázquez (2006) hablan de desregulación afectiva, entendiendo la misma “como la presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos” (p. 5), tratando de empoderar la idea de que en ocasiones el uso de estrategias de regulación no han de implicar necesariamente el correcto manejo de un estado de ánimo negativo. Así, tanto la no presencia o demora en su aparición en referente a la regulación como los problemas o dificultades que se puedan presentar a la hora de manejar un estado de ánimo con estrategias de regulación se consideran vías o procesos que constituyen la desregulación afectiva.

En el caso del empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional, aunque se llegan a poner en marcha estrategias de regulación que tienen la intención de corregir un estado afectivo negativo, esto no se consigue. Es común que en estos casos las reacciones se intensifiquen y sean más intensas como consecuencia de emplear estrategias que realmente resultan perjudiciales como pueden ser la evitación, el rechazo o la supresión emocional (Daggleish, Yiend, Schweizer y Dunn, 2009).

Gratz (2003) propone que, entre otras conductas, el consumo de alcohol y otras sustancias se enmarcan como ejemplos disfuncionales de regulación emocional, en los que, a pesar de que se reduce la experiencia emocional negativa a corto plazo, se presentan

importantes lances para la salud física y mental. Por su parte, McNally et al. (2003) exponen que los trastornos por consumo de sustancias a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos. De esta forma, los mismos autores plantean que la desregulación emocional puede considerarse la raíz de una gran variedad de trastornos psicológicos.

Hervás (2011) propone un modelo de procesamiento emocional en el que la regulación emocional es un apartado del mismo, tratando de ampliar la comprensión de la fenomenología psicopatológica de forma parecida a la que ya se hizo en modelos similares como el propuesto por Martínez-Pons (1997). Revisar en este trabajo este modelo más detenidamente se cree útil como introducción y justificación de nuevas formas de entender nuevos modelos terapéuticos que se harían pertinentes para abordar la psicopatología de algunos trastornos, pues en este modelo se expone el proceso que va a facilitar que la regulación emocional resulte exitosa.

El modelo parte de la existencia de una tendencia y necesidad natural de procesar emocionalmente una experiencia cuando ésta ha tenido o tiene implicaciones emocionales para la persona, de forma que esas alteraciones emocionales se van absorbiendo hasta que otras experiencias y formas de hacer pueden aparecer sin interrupciones. De esta forma, el procesamiento emocional es el proceso activo de elaboración y comprensión que permite canalizar la reacción emocional, impidiendo que ésta tome demasiada presencia o intensidad y pueda llegar a constituirse como una intromisión en la vida de la persona.

De esta forma, según este modelo, la regulación emocional será exitosa si se llevan a cabo de forma correcta determinadas tareas previas, de forma que si se presenta una falla en alguno de estos procesos previos, la eficacia de la regulación emocional queda expuesta. Estas tareas quedan concretadas en: apertura emocional -competencia de la persona que la permite tener acceso consciente a sus emociones-, atención emocional -propensión a dedicar recursos atencionales al reportaje emocional-, etiquetado emocional -capacidad para nominar de forma clara las emociones-, aceptación emocional -capacidad para no rechazar o no enjuiciar las emociones-, análisis emocional -reflexionar y entender el significado y las implicaciones de sus emociones, no evitando el contacto con las mismas-, y por último, regulación emocional -vista ya en este trabajo como la capacidad de articular las respuestas emocionales mediante diferentes recursos, ya sean emocionales, cognitivos o conductuales-.

Lo revisado en el modelo de Hervás coincide con el apunte de algunos otros trabajos que colocan a algunas habilidades emocionales como eficaces: claridad emocional o la aceptación emocional (Hervás y Vázquez, 2006) o la reflexión comprendida como la

exploración y el análisis de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, Gonzalez y Nolen- Hoeksema, 2003). Mientras que a su vez, otros trabajos colocan a otras estrategias no contempladas en este modelo como poco eficaces o exclusivamente eficaces a corto plazo para reducir el malestar: distracción o rumiación (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993).

Por otro lado, en varios trabajos empíricos se ha expuesto que la *Inteligencia Emocional*, -conceptualizada como la competencia de las personas que permite “reconocer, comprender y regular las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y utilizar la información como guía de los pensamientos y acciones” (Mayer y Salovey, 1997)-, facilitaría los procesos de adaptación promoviendo la aparición de respuestas adaptativas a las diferentes situaciones que el individuo ha de afrontar en su cotidianidad, disminuyendo la presencia de reacciones emocionales desadaptativas y promoviendo la experimentación de estados de ánimo positivos, reduciendo a su vez el efecto de los negativos (MacCann, Fogarty, Zeidner y Roberts, 2011; Mayer y Salovey, 1997).

Mayer y Salovey (1997) comprenden tres procesos dentro de la Inteligencia Emocional: percepción, comprensión y regulación de las emociones. Para estos autores la percepción se constituye como la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada; la comprensión emocional es entendida como la capacidad de comprender bien los estados emocionales y la regulación es entendida como la habilidad para regular o controlar las propias emociones positivas y negativas y la de los demás. De estos tres procesos o componentes, es la regulación emocional, la que ha mostrado ser uno de los componentes más importantes de la Inteligencia Emocional, ya que tiene un papel importante en el afrontamiento de realidades estresantes y ansiógenas, pues contribuye positivamente al bienestar personal (Limonero *et al.*, 2006). De esta forma, la regulación emocional mediaría en un proceso comprendido desde la generación de emociones hasta su impacto en la persona, afectando por tanto a su bienestar y a su salud (Martins, Ramalho y Morin, 2010).

Las propuestas anteriores parecen sugerir que ciertos mecanismos de regulación pueden estar actuando de forma importante en el proceso de afrontamiento de ciertas adversidades.

En este contexto de afrontamiento de las adversidades, Echeburúa y Corral (2007) nos exponen cómo en ocasiones la intensidad de las emociones negativas suscitadas por la adversidad no decrece, de forma que la vivencia del trauma es muy intensa y las secuelas del mismo acompañan toda la vida a la persona inmersa en esta circunstancia. Vázquez, Castilla y Hervás (2009) nos acercan la realidad opuesta, en la que la vivencia del trauma genera en la persona

crecimiento personal, generando nuevos sentidos de vida y consiguiendo afrontar más exitosamente la nueva realidad.

En la realidad más cercana a la expuesta por Vázquez, Castilla y Hervás (2009), encontramos que “la persona es capaz de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante”, definición que Forés y Granés (2008, p.92) proponen al hablar de *resiliencia*.

Luthar y Cicchetti (2000) conceptualizan la resiliencia como proceso dinámico en el que las personas logran conseguir adaptarse positivamente pese a las dificultades, adversidades o traumas que experimentan. Manciaux (2003) pone el acento en la capacidad para seguir proyectándose en el futuro a pesar de las dificultades. Luthar y Zigler (1991) hacen hincapié en tres aspectos de la resiliencia: la adversidad, la adaptación positiva y el proceso de mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen en el desarrollo humano.

Por su parte, el modelo ecológico-transaccional de resiliencia, que parte del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1986), nos acerca que la resiliencia se desarrolla de forma personal a partir de recursos presentes a nivel individual, familiar, social y de contextos más amplios, estando todos estos campos en continua relación (Poletto y Koller, 2006). En esta línea, Connor y Davidson (2003), fundamentándose en el modelo de superación del trauma y la teoría motivacional de Richardson (2002), conceptualizan la resiliencia como “una medida global de salud mental, que expresa una cualidad personal para afrontar las experiencias de estrés con éxito” (p. 77). De igual forma, en la propuesta de Stewart, Richie y Chadiou (2010), la resiliencia se va construyendo gracias a mecanismos capaces de reconocer y neutralizar las adversidades y sus efectos relativos. Sinclair y Wallston (2004) proponen que ese reconocimiento y neutralización están mediados por el uso de estrategias cognitivas y conductuales como la reevaluación cognitiva y la solución activa de problemas.

Revisando los argumentos anteriormente expuestos y teniendo en consideración las diferencias individuales en la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes, varios trabajos nos invitan a pensar que la resiliencia y la inteligencia emocional pueden ser dos moduladores destacados del bienestar, tal y como proponen Limonero *et al.* (2012).

En este sentido, Saarni (2000) destaca las consecuencias positivas de la competencia emocional en la regulación emocional, bienestar subjetivo y resiliencia. Hervás y Jodar (2008), plantean la importancia del manejo de las emociones activadas, pues estas facilitan o complican

considerablemente el proceso de regulación emocional y la adaptación posterior de la persona. En su revisión, Extremera y Fernández Berrocal (2004) recogen varios estudios que evidencian que una elevada inteligencia emocional, mejora la calidad de las relaciones interpersonales. Para Matthews y Zeidner (2000), la competencia emocional ayuda tanto a prevenir como a superar las situaciones estresantes y favorece la aparición de comportamientos saludables.

Limonero *et al.* (2012), proponen que muchas de las características de las personas que logran afrontar de forma eficiente situaciones estresantes, difíciles o traumáticas, pueden ser mejoradas y ejercitadas. Algunas de estas características propuestas por estos autores son la autoestima, la percepción de competencia personal, el estilo de valoración de las situaciones, las estrategias de afrontamiento activo o la regulación de las propias emociones.

Estos autores proponen que llevando a cabo ese ejercicio y ese aprendizaje, las personas podrían quedar dotadas de herramientas útiles que les permitan estar más capacitados a la hora de encarar situaciones estresantes, difíciles o traumáticas, resultando más fácil lograr una correcta adaptación.

La importancia de ejercitar estas competencias está siendo acogida progresivamente en algunos niveles de intervención clínico-sanitarios, pues al menos hasta ahora se han logrado avances a nivel psicopatológico en los que se reconoce la importancia de los procesos emocionales en la comprensión de los procesos de desarrollo y mantenimiento de algunos trastornos psicológicos de alta prevalencia –como el trastorno depresivo, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático o el trastorno límite de la personalidad- (Hervás, 2011).

Así, propuestas novedosas que integran –al menos en parte- el marco anteriormente expuesto como son la Terapia Centrada en la Emoción (Greenberg, 2002), las nuevas propuestas cognitivo-conductuales de tercera generación (Coutiño, 2012) o nuevas propuestas como la de Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo y Fava (2009) en las que el tratamiento se centra en el desarrollo de habilidades emocionales empleando estrategias de atención plena y otros módulos de la terapia dialéctico comportamental, empiezan a convertirse en importantes mejoras para los pacientes, bien a nivel de eficacia en el tratamiento o bien a nivel de prevención de recaídas.

Sin embargo, a día de hoy son muchas las categorías diagnósticas sobre las que todavía no hay evidencia empírica sólida de la importancia de dar un papel con más peso al desarrollo de competencias emocionales así como otras estrategias de afrontamiento ante situaciones

estresantes, ya no solo a la hora de planificar la intervención psicológica sino a un nivel preventivo.

Uno de estos trastornos es el Trastorno Bipolar. Éste es un trastorno mental grave y recurrente que se extiende a lo largo de la vida. Está caracterizado por la presencia de oscilaciones en el estado de ánimo en fases de manía, hipomanía o mixtas, que además, suelen alternarse con episodios depresivos (NICE, 2006). El trastorno bipolar es un trastorno relativamente frecuente, su prevalencia a lo largo de la vida se encuentra entre el 0,5 y el 1,6% según varios estudios con muestras en población general recogidos en la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad (2012).

Aún con la utilidad innegable de la farmacología centrada en el uso de los estabilizadores del estado de ánimo (Vieta, 2007), en el trastorno bipolar es común tener presente recaídas frecuentes, una recuperación parcial, escaso funcionamiento psicosocial y carencias en el procesamiento emocional (Harmer, Clark, Grayson y Goodwin, 2002). De esta forma, el trastorno bipolar es considerado como un trastorno mental grave por la notable afectación que produce en el funcionamiento y el bienestar de la persona que lo sufre, con repercusiones tanto durante los episodios como en los períodos intermedios. Las relaciones interpersonales y del funcionamiento psicosocial son comúnmente dañados a causa tanto de los comportamientos realizados durante las fases activas del trastorno, como del resto de síntomas que pueden perdurar en los períodos de eutimia. En torno al 60% de las personas diagnosticadas de trastorno bipolar experimentan dificultades laborales o interpersonales (Pope, Dudley y Scott, 2007). En este sentido, se encuentran tasas de mortalidad que por lo común duplican o triplican el valor que toman en la población general. Varios estudios atribuyen este incremento al peso de factores relacionados con el estilo de vida asociados al afectado y al abuso de sustancias que con frecuencia se produce durante o entre episodios (GPC, 2012). Como se expone, es una realidad que el funcionamiento del afectado queda dañado en muchas de sus áreas, de forma que es común que el día a día de la persona con trastorno bipolar sea percibido como una situación difícil, estresante o incluso traumática ante la que en numerosas ocasiones, la persona se ve desbordada: se estima que entre el 15 y el 20% de los pacientes con trastorno bipolar mueren por tener comportamientos suicidas (Tondo, Isacsson y Baldessarini, 2003).

El trabajo de muchos autores coloca al abuso de sustancias como una de las principales variables que dificulta la funcionalidad y el manejo del trastorno bipolar. Varios estudios sitúan la prevalencia a lo largo de la vida entre el 36% y 56% para cualquier trastorno por uso de sustancias para personas trastorno bipolar (Arias et al., 2013). En este sentido, Nolen et al. (2004) proponen una relación directa entre el abuso de sustancias y la gravedad de los episodios maníacos. Meade, Graff, Griffin y Weiss (2008), Salloum, Cornelious, Mezzich y Kirisci (2002)

y Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin y Långström (2010) exponen que la impulsividad, la agresividad, las conductas delictivas y criminales así como otras conductas de riesgo –como las sexuales- están más presentes en pacientes con patología dual. Ostacher et al. (2006) han obtenido evidencia de que incluso la dependencia de nicotina se relaciona con la aparición temprana del trastorno bipolar, con un peor funcionamiento, mayor número de intentos de suicidios y más trastornos comórbidos.

El abuso de sustancias supone por otro lado un impacto neuropsicológico, que podría explicar parte del peor funcionamiento del paciente dual. En este sentido, es común que queden más afectados campos cognitivos como las funciones ejecutivas o la memoria verbal (Sánchez-Moreno et al., 2009).

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar las elevadas tasas de comorbilidad entre el trastorno bipolar y el abuso de sustancias. Todas ellas remarcan la una fuerte relación entre el trastorno bipolar y el trastorno por abuso de sustancias examinada tanto en los estudios epidemiológicos como en muestras clínicas de diferentes lugares (Tohen et al., 1998). Khantzian (1985) propone que el abuso de sustancias aparece en el trastorno bipolar para tratar de aliviar los síntomas de la enfermedad primera o los efectos secundarios negativos del tratamiento farmacológico. De esta forma, por ejemplo, se usarían psicoestimulantes para revertir los síntomas depresivos o la nicotina serviría para paliar los niveles plasmáticos de diversos psicofármacos, limitando sus efectos adversos dependientes de la dosis. Estudios más recientes como el realizado por Lorberg et al. (2010) en el que los participantes referían el uso de tóxicos con la intención de modificar su estado de ánimo, dan fuerza a la propuesta de Khantzian. Todas estas distintas funciones del uso de sustancias en personas con trastorno bipolar, se podrían ver englobadas como estrategias disfuncionales de regulación de los estados emocionales internos en un marco como el propuesto por Gratz (2003).

En la misma línea, McNally et al. (2003), apuestan por que los trastornos por consumo de sustancias son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos. Por su parte, Haro et al. (2007), exponen que una mayor impulsividad se relaciona con un mayor riesgo de abuso de sustancias. En otras propuestas encontramos que es la disfunción psicosocial provocada por el trastorno bipolar, el desempleo y otras situaciones vitales adversas las que podrían facilitar la marginalidad que, a su vez, incrementa el riesgo de abuso de sustancias (Cassidy, Ahearn y Carrol, 2001).

Por todo lo anteriormente expuesto, en la literatura científica hay acuerdo en que el desarrollo del abuso de sustancias es un factor predictivo de peor curso y peor respuesta al tratamiento para la persona con trastorno bipolar (Secades-Álvarez y Fernández-Rodríguez,

2015). En esta línea, Merikangas et al. (2007) describen cómo el afectado de trastorno bipolar que además desarrolla un trastorno por abuso de sustancias tiene un riesgo mayor de padecer una segunda o incluso una tercera comorbilidad, ya sea bien desarrollando el abuso de otra sustancia distinta a la primera como otros trastornos de ansiedad o personalidad. De esta forma, parece hacerse necesaria la intervención -ya sea preventiva o terapéutica- sobre el consumo de tóxicos en los pacientes con trastorno bipolar.

En los últimos años ha existido un creciente interés por el desarrollo de nuevas intervenciones psicosociales para abordar el trastorno bipolar. La Psicoeducación, las intervenciones familiares enmarcadas en un enfoque psicoeducativo, o la terapia interpersonal y de ritmos sociales son algunas de las propuestas recientes que han tratado de complementar a las terapias cognitivas tradicionales, que aunque a día de hoy están empíricamente validadas, son poco eficaces para el trastorno bipolar en la realidad del clínico (Lynch, Laws y McKenna, 2010; Miklowitz y Scott, 2009). A pesar de las nuevas propuestas, sigue siendo una realidad la frecuencia con la que el afectado con trastorno bipolar ve sus niveles globales de funcionamiento muy limitados por el trastorno, quedando dañadas muchas de las áreas de vida, si bien es cierto que muchos pacientes tienen una baja adherencia terapéutica y los factores ambientales juegan un papel importante en el curso de la enfermedad.

Tener más presente que la persona con trastorno bipolar tiene realmente una desregulación emocional que afecta, entre otros, a cómo atienden a la información que les rodea (García-Blanco, Perea y Salmerón, 2013, 2014) podría dar sentido a formular nuevas propuestas de intervención en el trastorno bipolar que complementen, o incluso logren cubrir algunas de las necesidades que las intervenciones psicosociales que se realizan actualmente dejan descubiertas.

En este sentido, en la medida que se desarrollen trabajos que traten de explorar el papel de los factores comprometidos en el procesamiento de la información emocional en el trastorno bipolar, tratando de determinar las variaciones patológicas características de este trastorno en el procesamiento común de la experiencia, podrá permitirse el desarrollo de nuevas y robustas herramientas de intervención en este campo. De esta forma, varios trabajos nos invitan a pensar que la resiliencia y la inteligencia emocional pueden ser dos moduladores destacados ya no solo del bienestar, tal y como proponen Limonero *et al.* (2012), o de la aparición de comportamientos saludables Matthews y Zeidner (2000), si no que pueden estar cumpliendo una función protectora y preventiva en relación al consumo de sustancias (Becoña, 2007; Del Castillo Rodríguez, Del Castillo López, Pertusa y Campos, 2013; Fernández, Jorge y Bejar, 2009).

A continuación se presentan los principales objetivos e hipótesis de este trabajo.

La presente investigación trata de explorar la relación que la competencia emocional y la capacidad de superar situaciones estresantes tienen con la utilización de sustancias reguladoras del estado de ánimo en personas con trastorno bipolar.

En concreto, el objetivo principal de la presente investigación queda definido en el estudio de la relación existente entre la Inteligencia Emocional Autopercebida, la Resiliencia y el uso de algún tipo de sustancia para manejar estados emocionales difíciles en personas con trastorno bipolar.

En consonancia con el marco teórico anteriormente expuesto, se espera que las personas con trastorno bipolar que tienen capacidad para identificar, comprender y regular sus emociones y las de los demás tengan más facilidad a la hora de afrontar realidades estresantes. De esta forma, se espera que la persona que se percibe cualificada en sus competencias emocionales sea más capaz de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante, es decir, sea más resiliente. Se espera además, que el hecho de informar sobre una mayor inteligencia emocional y una mayor resiliencia, dificulte la frecuencia (así como la cantidad del consumo) de tratar de regular el estado de ánimo mediante sustancias ajenas al tratamiento farmacológico pautado como puedan ser el tabaco, el alcohol, bebidas estimulantes, farmacología al margen del tratamiento pautado o drogas, pues el afectado que se percibe resiliente y/o con altas competencias emocionales, no necesitaría el uso de esas sustancias para controlar o escapar de estados internos que le generen malestar, pues tendría niveles más altos de bienestar y/o usaría otras herramientas más satisfactorias a medio y largo plazo. De esta forma, las hipótesis que se proponen quedan concretadas en las siguientes:

- Hipótesis Primera: mayores niveles de Inteligencia Emocional Autopercebida se relacionan con un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles.
- Hipótesis Segunda: mayores niveles Resiliencia se relacionan con un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles.
- Hipótesis Tercera: mayores niveles de Inteligencia Emocional Autopercebida se relacionan con mayores niveles de Resiliencia.

Método

Participantes

El conjunto de personas que participan en esta investigación son 54 personas con el diagnóstico facultativo de Trastorno Bipolar incluyéndose tanto diagnósticos que seguían los criterios propuestos por la clasificación DSM como diagnósticos que seguían los criterios propuestos por la clasificación CIE. 28 de los participantes eran mujeres (52%) mientras que 26 eran varones (48%). Las edades de los participantes fluctuaron entre los 19 y los 70 años, siendo la media de 38 años y la desviación estándar de 16 años. El 44% (24 participantes) de la muestra había recibido el diagnóstico de Trastorno Bipolar Tipo I, el 41% (22 participantes) el de Trastorno Bipolar Tipo II y el 15% (8 participantes) el de Trastorno Ciclotímico .

Todos los participantes eran miembros de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM), con una distribución heterogénea en la antigüedad de su membresía (18 participantes llevaban menos de un año siendo socios de ABM, 16 participantes llevaban entre 1 y 3 años siendo socios de ABM y 20 participantes llevaban más de 3 años siendo socios de ABM).

La Asociación Bipolar de Madrid (ABM), es una entidad sin ánimo de lucro que trata de dar apoyo a los afectados de los distintos trastornos bipolares a través de la facilitación tanto de información como de ayuda terapéutica que trate de conseguir un buen manejo de la enfermedad.

Procedimiento

Se accedió a los participantes a través de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM). Se procedió, en varias sesiones grupales, a informar a los socios del procedimiento y de los objetivos de este estudio, así como de cuestiones relativas a la confidencialidad y del anonimato y formato de los cuestionarios y a las dudas que pudieran surgir antes, durante y después del proceso de evaluación, permitiendo participar a toda persona que quisiese colaborar con el estudio y que contase con un diagnóstico de Trastorno del Espectro Bipolar, bien siguiendo los criterios propuestos por la clasificación DSM o bien en función de los criterios propuestos por la clasificación CIE.

Tras estos primeros encuentros, se fijaron los horarios de la realización de los cuestionarios de forma individual en varios marcos temporales próximos a distintas actividades

que se daban lugar en ABM, tratando de interferir lo menos posible en la actividad de los participantes. Se realizaron los cuestionarios individualmente en los plazos propuestos, en un espacio adecuado para tal fin (despacho del psicólogo del centro), contando con la presencia única del psicólogo responsable de este estudio.

El tiempo de evaluación total no superó en ningún caso los 20 minutos, atendándose dentro de este tiempo las dudas que surgieron durante el proceso de realización de los cuestionarios.

Instrumentos

TMMS-24:

Trait Meta-Mood Scale-24. La TMMS-24 está basada en la *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer (1995). La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. Esta escala reduce los ítems a 24 gracias a la adaptación al castellano del grupo de investigación de Fernández-Berrocal (2004), logrando propiedades psicométricas muy similares a la escala original inglesa, cuya consistencia interna es la siguiente: Atención (Cronbach's $\alpha = .87$); Claridad (Cronbach's $\alpha = .81$) y Reparación (Cronbach's $\alpha = .76$). Es una de las herramientas de evaluación de IE más utilizadas en población hispanohablante y se ha convertido en un referente (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

CD-RISC:

Connor-Davidson Resilience Scale. Versión de la CD-RISC traducida al castellano del original en inglés (Connor y Davidson, 2003) y aplicada en población adulta española (Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Contador, 2006) que evalúa el grado de resiliencia. Es una escala auto aplicada de 25 ítems que evalúa cómo el sujeto se ha sentido en el último mes y que presenta un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,89. Algunos ejemplos son los siguientes: “Afrontar el estrés me fortalece”, “Cuando parece que irremediamente algo no tiene solución, no abandono”. Utiliza una escala de frecuencia tipo likert, desde 0 (*nada de acuerdo*) hasta 4 (*totalmente de acuerdo*). Aunque en algunos estudios se han identificado varios factores, se considera que la escala puede usarse como unidimensional, por lo cual, se utiliza la puntuación total para el análisis de los resultados (Connor y Davidson, 2003). El rango de puntuaciones va desde 0-100, siendo esta última la

puntuación máxima. Las propiedades psicométricas distinguen entre sujetos con alta y baja resiliencia, reflejando en las puntuaciones más altas, mayor resiliencia.

Cuestionario uso de algún tipo de sustancia para manejar estados emocionales difíciles:

Para medir el uso de sustancias para regular el estado de ánimo, se desarrolló un cuestionario de 15 ítems basado en el contenido y la estructura de la escala “Consumo de riesgo” del cuestionario *Alcohol use Disorders identification Test* (AUDIT), un buen instrumento simple de cribado del consumo excesivo de alcohol que es frecuentemente utilizado (López, 2014). Se presenta dicho cuestionario en el Anexo de este trabajo.

De esta forma, para cada sustancia contemplada en la presente investigación (tabaco, alcohol, bebidas estimulantes, farmacología, drogas), se elaboraron 3 preguntas que recogen información sobre la frecuencia de consumo, la cantidad de consumo de la sustancia en un día normal y la frecuencia en la que la persona realiza un consumo muy elevado de la sustancia. Así, las opciones de respuesta de cada ítem se refieren a la cantidad o frecuencia relativas a ciertas situaciones de consumo y la cantidad del mismo, teniendo el participante que elegir la opción que más se acerca a la descripción de su comportamiento actualmente.

Cada una de las preguntas una escala de puntuación de 0 a 4, de forma que en la interpretación de la información de los datos recogidos en el cuestionario se obtiene una puntuación para cada una de las sustancias (sumando las puntuaciones de los 3 ítems) y una puntuación en relación al consumo general (obtenida mediante el sumatorio de las puntuaciones de respuesta de todos los ítems) que integraría las puntuaciones tanto en los ítems referidos a la cantidad como las puntuaciones en los ítems referidos a la frecuencia de consumo.

Cuestionario sociodemográfico:

Recogida de información en referente al sexo, edad, el Tipo de Trastorno Bipolar diagnosticado (Tipo I, Tipo II o Ciclotimia) y el tiempo que lleva acudiendo de manera frecuente a la Asociación Bipolar.

Análisis de datos

La principal herramienta estadística utilizada para el análisis de datos fue el software estadístico SPSS Statistics de IBM (versión 20). Se utilizaron varias pruebas de estadística paramétrica. Además de utilizar el procedimiento Estadísticos Descriptivos, se llevó a cabo el procedimiento Correlaciones para el contraste de cada una de las hipótesis de este estudio. De forma adicional, se llevó a cabo el procedimiento Comparar Medias con la intención de enriquecer el análisis estadístico en relación a la tercera hipótesis de este estudio.

Resultados

En primer lugar se trató de determinar si la forma de la distribución de las observaciones muestrales se aleja significativamente de la de un modelo de normalidad univariada en cada una de las variables implicadas en el resto de los análisis estadísticos. Para ello, en primer lugar se llevó a cabo el Contraste de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, en el que los resultados no se ajustaron a una distribución normal ($p < 0,001$) salvo en el caso de las puntuaciones de la escala de Resiliencia ($K = 0.118$; $p > 0,05$). No obstante, se pudo asumir el supuesto de normalidad de las variables usando como criterio que la asimetría se situara por debajo del valor 2 y la curtosis por debajo del valor 7 (Curran, West y Finch, 1996).

En segundo lugar, se realizó un análisis de correlaciones de los tres factores de Inteligencia Emocional Autopercebida y el uso de sustancias para regular el estado de ánimo utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Como se puede apreciar en la tabla que se presenta a continuación, el análisis estadístico encontró relación entre el uso de sustancias y cada uno de los factores de Inteligencia Emocional Autopercebida. De esta forma, las personas que informan tener una mayor capacidad de sentir y expresar los sentimientos de una forma adecuada (Percepción Emocional) presentan también un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles, $n = 54$; $r = -0,600$; $p < 0,001$. Las personas que informan tener en mayor medida un profundo conocimiento sobre sus estados emocionales (Comprensión Emocional) presentan también un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles, $n = 54$; $r = -0,519$; $p < 0,001$. Finalmente, las personas que informan ser más capaces de regular sus estados emocionales correctamente (Regulación Emocional) presentan también un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles, $n = 54$; $r = -0,381$; $p < 0,001$.

Variable	Percepción	Comprensión	Regulación
SUSTANCIAS	n = 54; r = - 0,600; p < 0,001	n = 54; r = - 0,519; p < 0,001	n = 54; r = - 0,381; p < 0,005
Tabaco	n = 54; r = - 0,412; p < 0,005	n = 54; r = - 0,461; p < 0,001	n = 54; r = - 0,430; p < 0,001
Alcohol	n = 54; r = - 0,516; p < 0,001	n = 54; r = - 0,451; p < 0,001	n = 54; r = - 0,322; p < 0,001
Bebidas Energéticas	n = 54; r = - 0,446; p < 0,001	n = 54; r = - 0,116; p > 0,05	n = 54; r = - 0,1159; p > 0,05
Farmacología	n = 54; r = - 0,233; p > 0,05	n = 54; r = - 0,388; p < 0,001	n = 54; r = - 0,266; p > 0,05
Drogas	n = 54; r = - 0,516; p < 0,001	n = 54; r = - 0,336; p < 0,05	n = 54; r = - 0,122; p > 0,05

Dentro del uso de diferentes sustancias para manejar estados emocionales difíciles, y en referencia a la sub-escala de Percepción Emocional, se encuentran relaciones inversas con el uso del Alcohol ($n = 54$; $r = - 0,516$; $p < 0,001$), el uso de Drogas ($n = 54$; $r = - 0,516$; $p < 0,001$), el uso de Bebidas Estimulantes ($n = 54$; $r = - 0,446$; $p < 0,001$) y el uso del Tabaco ($n = 54$; $r = - 0,412$; $p < 0,005$) para regular el estado de ánimo. Por su parte, no se encuentra relación significativa con el uso Fármacos para regular el estado de ánimo.

En referencia a la sub-escala de Comprensión Emocional, se encuentran relaciones inversas con el uso del Tabaco ($n = 54$; $r = - 0,461$; $p < 0,001$), el uso del Alcohol ($n = 54$; $r = - 0,451$; $p < 0,001$), el uso de Fármacos ($n = 54$; $r = - 0,388$; $p < 0,005$) y el uso de Drogas ($n = 54$; $r = - 0,336$; $p < 0,05$). Por su parte, no se encuentra relación significativa con el uso Bebidas Estimulantes para regular el estado de ánimo.

En referencia a la sub-escala de Regulación Emocional, se encuentran relaciones inversas con el uso del Tabaco ($n = 54$; $r = - 0,430$; $p < 0,001$) y el uso del Alcohol ($n = 54$; $r = - 0,322$; $p < 0,05$), mientras que no encuentra relaciones significativas entre esta sub-escala y el uso Bebidas Estimulantes, Fármacos y Drogas para regular el estado de ánimo.

En tercer lugar, se realizó un análisis de correlaciones de la Resiliencia y el uso de sustancias para regular el estado de ánimo utilizando también el coeficiente de correlación de Pearson.

El análisis estadístico encuentra una relación entre la resiliencia y el uso de sustancias presentado, de forma que las personas que tienen una puntuación más alta en resiliencia presentan un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles, $n = 54$; $r = -0,429$; $p < 0,001$.

Dentro de las diferentes sustancias, se destacan las relaciones inversas entre resiliencia y el uso del Alcohol ($n = 54$; $r = -0,374$; $p < 0,005$), el uso de Drogas ($n = 54$; $r = -0,364$; $p < 0,005$) y el uso del Tabaco ($n = 54$; $r = -0,325$; $p < 0,001$) para regular el estado de ánimo. Por su parte, no se encuentra relación significativa con el uso de Bebidas estimulantes así como de Fármacos.

A continuación, se realizó un análisis de correlaciones de los tres factores de la Escala de Inteligencia Emocional Autopercebida y la escala de Resiliencia volviendo a utilizar el coeficiente de correlación de Pearson.

El análisis estadístico encuentra correlaciones positivas estadísticamente significativas entre resiliencia y cada una de las escalas de Inteligencia Emocional Autopercebida. De esta forma, las personas que tienen una puntuación más alta en Resiliencia presentan también una puntuación más alta en la escala de Percepción ($n = 54$; $r = 0,298$; $p < 0,05$), Comprensión ($n = 54$; $r = 0,621$; $p < 0,001$) y Regulación ($n = 54$; $r = 0,668$; $p < 0,001$).

Discusión

El objetivo general del estudio fue explorar la relación que la competencia emocional y la capacidad de superar situaciones estresantes tienen con la utilización de sustancias reguladoras del estado de ánimo en personas con trastorno bipolar. El trabajo trataba de obtener información sobre la relación existente entre la Inteligencia Emocional Autopercebida, la Resiliencia y el uso de algún tipo de sustancia para manejar estados emocionales difíciles en personas con trastorno bipolar.

Una de las cosas que se esperaban, es que las personas con trastorno bipolar que tienen capacidad para identificar, comprender y regular sus emociones y las de los demás tengan más facilidad a la hora de afrontar realidades estresantes. Bajo esta idea, la persona que se percibe cualificada en sus competencias emocionales sería más capaz de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante, es decir, sería más resiliente.

Los resultados del análisis estadístico elaborado, encontró correlaciones positivas estadísticamente significativas entre resiliencia y cada una de las escalas de Inteligencia Emocional Autopercebida. De esta forma, los resultados sugieren que las personas que se valoran como resilientes tienden a percibirse también con capacidades de regulación emocional tales como la percepción, la comprensión y la regulación emocional.

Estos datos coinciden con posturas teóricas como la de Hervás (2011), en la que el autor defiende que el procesamiento emocional es el proceso activo de elaboración y comprensión que permite canalizar la reacción emocional, impidiendo que ésta tome demasiada presencia o intensidad y pueda llegar a constituirse como una intromisión en la vida de la persona. Otras propuestas como las de Mayer y Salovey (1997) , Limonero *et al.* (2006) o la de Martins, Ramalho y Morin (2010) en las que se sugiere que ciertos mecanismos de regulación pueden estar actuando de forma importante en el proceso de afrontamiento de ciertas adversidades, son reforzadas por las referencias que ha encontrado este estudio.

Otros estudios que encontraron realidades similares son el elaborado por Saarni (2000), en el que destaca las consecuencias positivas de la competencia emocional en la regulación emocional y la resiliencia o el llevado a cabo por Matthews y Zeidner (2000), del que los autores postulan que la competencia emocional ayuda tanto a prevenir como a superar las situaciones estresantes.

Dentro de la relación encontrada entre la resiliencia y cada uno de los procesos o componentes de la competencia emocional medidos en este estudio, la relación más fuerte que se encuentra es entre la resiliencia y la regulación emocional (los resultados mostraron una correlación alta de ambas variables). En la literatura encontramos propuestas en la misma línea como las de Mayer y Salovey (1997) y las de Limonero *et al.* (2006), en las que de estos componentes, se propone a la regulación emocional como la que ha mostrado ser más importante dentro de la Inteligencia Emocional, en gran medida por tener un papel importante en el afrontamiento de realidades estresantes y ansiógenas, actuando como mediadora de un proceso comprendido desde la generación de emociones hasta su impacto en la persona.

El estudio esperaba además, que el hecho de informar sobre una mayor inteligencia emocional y una mayor resiliencia, dificultase la frecuencia (así como la cantidad del consumo) de tratar de regular el estado de ánimo mediante sustancias ajenas al tratamiento farmacológico como puedan ser el tabaco, el alcohol, bebidas estimulantes, farmacología al margen del tratamiento pautado o drogas. De esta forma, se esperaba que el afectado de trastorno bipolar que se percibe resiliente y/o con altas competencias emocionales, no necesitaría el uso de esas sustancias para controlar o escapar de estados internos que le generen malestar, pues tendría niveles más altos de bienestar y/o usaría otras herramientas más satisfactorias a medio y largo plazo.

Por un lado, los resultados obtenidos indican que las personas que se perciben con mayores competencias emocionales, tienden a presentar también un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles. Argumentos como el de Lopes, Salovey, Côté y Beers (2005) en los que proponen que ser capaces de regular nuestras emociones entre otros, dificulta la posibilidad de desarrollar trastornos psicológicos (como el abuso de sustancias) se colocan a favor de los resultados obtenidos en este punto.

Otras posturas teóricas en consonancia son las que colocan el consumo de alcohol u otras sustancias ya no solo como conductas problemáticas, si no como estrategias disfuncionales de regulación (Gratz, 2003) o en las que se habla directamente de desregulación afectiva (Hervás y Vázquez, 2006). McNally *et al.* (2003) exponían que los trastornos por consumo de sustancias a menudo son mantenidos e incluso iniciados por un intento de controlar y escapar de estados emocionales negativos. Del Castillo Rodríguez, Del Castillo López, Pertusa y Campos (2013) proponen directamente a la Inteligencia Emocional, como una estrategia eficaz de prevención de adicciones.

Así, el análisis estadístico encontró relación entre el uso de sustancias y cada uno de los factores de Inteligencia Emocional Autopercebida. Dentro de estos componentes, la relación más estrecha se encontró con el componente de Percepción Emocional (se encontró una alta correlación entre percibir tener una mayor capacidad de sentir y expresar los sentimientos de una forma adecuada y que el uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles sea menor). Por su parte en referencia con la Comprensión Emocional se encontró una correlación moderada entre informar tener en mayor medida un profundo conocimiento sobre sus estados emocionales y que el uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles sea menor. Por último, atendiendo a la literatura, llama la atención que la relación presentada entre el uso de sustancias para regular el estado de ánimo y el componente de Regulación emocional sea la relación más débil de las obtenidas (el análisis estadístico desveló una correlación baja entre ambas variables). En este sentido, recordando posturas teóricas como las de Mayer y Salovey (1997) y las de Limonero *et al.* (2006), en las que se coloca a la regulación emocional como el componente más importante, podría esperarse que fuese el componente que mostrase una relación más estrecha con el uso de sustancias para regular el estado de ánimo. Así, podríamos esperar que la persona que se cree más capaz de regular sus estados emocionales correctamente, fuese la que con más facilidades tendiese a usar menos frecuentemente (así como en menos cantidades) sustancias con el fin de regular su estado interno.

Quizás estos resultados puedan ser explicados por el instrumento utilizado para recoger información sobre la capacidad de regular esos estados emocionales correctamente, pues en el TMMS-24 puede no estar explorando con exactitud con qué recursos, medios o herramientas la persona consigue regularse, de forma que el instrumento tenga poca validez discriminante (una alta puntuación en Regulación puede ser obtenida tanto por la persona que consigue regularse por sí misma como la que, en este posible caso, usa sustancias para calmar o regular esos estados internos incluso sin ser consciente de que el uso de esas sustancias tiene ese fin). Además, podríamos preguntarnos hasta qué punto las personas son realmente conocedoras de que el consumo de sustancias es considerada una estrategia disfuncional de regulación, es una forma de desregulación afectiva (Hervás y Vázquez, 2006), pues es posible que la persona solo pueda ser consciente de que el consumo de sustancias reduce la experiencia emocional negativa a corto plazo y no pueda reconocer los importantes lances que tiene éste para la salud física y mental (Gratz, 2003). De esta forma, es posible que las consecuencias para la salud física y mental que tiene el consumo de algunas de las sustancias incluidas en este estudio, puedan resultar difíciles de ver para los participantes, de forma que podrían ser contempladas como estrategias de regulación eficaces bajo la mirada de la persona. La postura de Khantzian (1985), en la que se expone que el abuso de sustancias aparece en el trastorno bipolar para tratar de

aliviar los síntomas de la enfermedad primera o los efectos secundarios negativos del tratamiento farmacológico podría apoyar esta línea de argumentación.

Por otro lado, los resultados obtenidos indican que las personas que se perciben como más resilientes, tienden a presentar también un menor uso de sustancias para manejar estados emocionales difíciles, lo que coincide con posturas teóricas como las de Becoña (2007) o Forés y Granés (2008), en las que la resiliencia actúa como factor de protección de la aparición de consumo de sustancias. Por su parte, Limonero *et al.* (2012) también proponen que la persona más capacitada a la hora de encarar situaciones estresantes, difíciles o traumáticas, tiene más fácil lograr una correcta adaptación.

Dentro de las sustancias recogidas en este estudio, el consumo de Alcohol para regular el estado de ánimo, parece ser el que guarda una relación más consistente tanto con la resiliencia, como con cada uno de los componentes de la Inteligencia Emocional Auto percibida. En referencia al resto de las sustancias, se recomienda tomar con más cautela las relaciones que el estudio logra recoger.

En la introducción de este trabajo se ha revisado como el abuso de sustancias es colocado como una de las principales variables que dificulta la funcionalidad y el manejo del trastorno bipolar por muchos autores. Retomemos como ejemplos la postura de Nolen et al. (2004), en la que los autores proponían una relación directa entre el abuso de sustancias y la gravedad de los episodios maníacos o la postura o es estudio de Ostacher et al. (2006), donde obtienen evidencia de que incluso la dependencia de nicotina se relaciona con la aparición temprana del trastorno bipolar, con un peor funcionamiento, mayor número de intentos de suicidios y más trastornos comórbidos.

Estudios con población afectada de Trastorno Bipolar como el llevado a cabo por Lorberg et al. (2010) apoyan que los participantes referían el uso de tóxicos con la intención de modificar su estado de ánimo. Estudios como el de Lorberg et al. podrían apoyar la idea de que el consumo de sustancias es por tanto una herramienta que permite al afectado de Trastorno Bipolar sentirse por un lado con estabilidad emocional y por otro como capaz de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante, y que, si la persona tuviese otras herramientas que cumplieren dichas funciones, el consumo de sustancias tendería a estar menos presente o incluso a desaparecer. La información recogida en este estudio podría añadir un apoyo a esta línea de argumentación, si bien se recomienda cautela a la hora de interpretar los resultados ya que el estudio cuenta algunas limitaciones metodológicas.

En este sentido, la elaboración propia del cuestionario de uso de sustancias para regular el estado de ánimo resta fiabilidad al estudio, teniendo además limitaciones propias de los autoinformes. Por ejemplo, aunque en el cuestionario se evalúa el uso de fármacos al margen de la medicación pautada por un especialista para regular el estado de ánimo, no se evalúa el no uso de los fármacos pautados, estrategia que en la realidad es utilizada en numerosas ocasiones por los afectados para regular su estado de ánimo y que podría ser interesante incorporar en trabajos futuros. Así, en un futuro podría resultar interesante plantearse la mejora y el desarrollo del cuestionario así como su validación estadística en la muestra de estudio.

De igual forma, el tamaño de la muestra así como el método de selección de la misma animan a poner prudencia a la hora de interpretar los resultados.

A pesar de estas limitaciones, el presente trabajo trata de dar fuerza a la idea en la que se tenga más presente que la persona con trastorno bipolar tiene realmente una desregulación emocional que afecta, entre otros, a cómo atienden a la información que les rodea (García-Blanco, Perea y Salmerón, 2013, 2014) para que así se formulen nuevas propuestas de intervención en este trastorno que complementen, o incluso logren cubrir algunas de las necesidades que las intervenciones psicosociales que se realizan actualmente dejan descubiertas. De esta manera, se espera el desarrollo de nuevas formas de entender nuevos modelos terapéuticos que se harían pertinentes para abordar la psicopatología de este trastorno, más centrados en la capacitación del individuo para que resulte verdaderamente exitoso en su regulación emocional a la hora de encarar situaciones estresantes, difíciles o traumáticas, resultando más fácil lograr una correcta adaptación.

Referencias Bibliográficas

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... y Babín, F. (2013). Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*, 25(2), 118-127.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Cassidy F, Ahearn EP y Carroll BJ. (2001). Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 3 (4): 181-188.
- Connor, K. y Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18, 76-82.
- Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01).
- 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.
- Dalgleish, T., Yiend, J., Schweizer, S. y Dunn, B. D. (2009). Ironic effects of emotion suppression when recounting distressing memories. *Emotion*, 9, 744-749.
- Del Castillo Rodríguez, J. A. G., del Castillo López, Á. G., Pertusa, M. G., y Campos, J. C. M. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 13(2), 89-97.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología Conductual*, 15, 373-387.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. y Reiser, M. (2000). Dispositional emotion- ality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of general psychiatry*, 67(9), 931-938.
- Feldman, G. C., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M. y Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 316-321.
- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004a). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- 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.
- Forés, A. y Granés, J. (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- García-Blanco, A., Perea, M. y Salmerón, L. (2013). Attention orienting and inhibitory control across the different mood states in bipolar disorder: An emotional antisaccade task. *Biological Psychology*, 94, 556-561.
- García-Blanco, A., Perea, M. y Salmerón, L. (2014). Atención y procesamiento emocional en personas con trastorno bipolar. *Ciencia Cognitiva*, 8(1).
- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association. Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. (2012). Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN Núm. 2012
- Gross, J.J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Harmer, C. J., Clark, L., Grayson, L. y Goodwin, G. M. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder is not a working memory impairment in disguise. *Neuropsychologia*, 40(9), 1586-1590.
- Haro, G., Calabrese, J. R., Larsson, C., Shirley, E. R., Martín, E., Leal, C., & Delgado, P. L. (2007). The relationship of personality traits to substance abuse in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 22(5), 305-308.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología Conductual*, 19(2), 347.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 9, 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59 (1-2), 9-36.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12.
- Keltner, D. y Haidt, J. (1999). Social functions of emotions at four levels of analysis. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 505-521.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.

- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. F. Barrett (dirs.), *Handbook of emotion* (3a ed., pp. 691-705). Nueva York: Guilford.
- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American psychologist*, 46(4), 352.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J. y Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad Estrés*, 12, 267-278.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. y Ardilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología conductual*, 20(1), 183.
- Lopes, N., Salovey, P., Côté, S. y Beers, M. (2005). Emotion regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118.
- López, J. (2014). Validez del Autoinforme en el consumo de bebidas alcohólicas. *Revista Mexicana de Psicología*, 15, 19-25.
- Lorberg, B., Wilens, T. E., Martelon, M., Wong, P., & Parcell, T. (2010). Reasons for substance use among adolescents with bipolar disorder. *The American Journal on Addictions*, 19(6), 474-480.
- Luthar, S. S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. y Ziegler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Lyubomirsky, S. y Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 339-349.
- Lynch D, Laws KR y McKenna PJ. Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychol Med*, 2010; 40 (1): 9-24.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Matthews, G. y Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey and D. Sluyter (dir.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators* (pp. 3-31). Nueva York: Basic Books.
- MacCann, C., Fogarty, G. J., Zeidner, M. y Roberts, R. D. (2011). Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 60-70.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Madrid: Gedisa. págs. 17-27

- McNally, A. M., Palfai T. P., Levine, R. V. y Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.
- Meade CS, Graff FS, Griffin ML, Weiss RD. (2008). HIV risk behaviour among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: associations with mania and drug abuse. *Drug Alcohol Depend*, 92(1-3): 296-300.
- Menezes de Lucena, V., Fernández, B., Hernández, L., Ramos F. y Contador, I. (2006). Resiliencia y el modelo de Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, 18, 791-796.
- Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 64(5):543-52.
- Miklowitz DJ y Scott J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disord*, 11 Suppl 2: 110-122.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care The British Psychological Society and Gaskell.
- Nolen WA, Luckenbaugh DA, Altshuler LL, Suppes T, McElroy SL, et al. (2004). Correlates of 1-year prospective outcome in bipolar disorder: results from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Am J Psychiatry*, 161(8): 1447-54.
- Ostacher MJ, Nierenberg AA, Perlis RH, Eidelman P, Borrelli DJ, et al. (2006). The relationship between smoking and suicidal behaviour, comorbidity, and course of illness in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*.
- Pacheco, N. E. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2).
- Poletto M., Koller S. y Dalbosco D. (2009). Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. Stressing events in socially vulnerable children and adolescents in Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 455-466
- Pope M, Dudley R y Scott J. (2007). Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 9 (1-2): 38-44.
- Richardson, G. (2002). The metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of clinical psychology*, March, 307-321.
- Saarni, C. (2000). Emotional competence: A developmental perspective. In R. Bar-On & J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment and applications at home, school, and in the workplace* (pp. 68-91). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Salloum IM, Cornelius JR, Mezzich JE, Kirisci L. (2002). Impact of concurrent alcohol misuse on symptom presentation of acute mania at initial evaluation. *Bipolar Disorder*. 4(6):418-21.
- Sánchez-Moreno J, Martínez-Arán A, Colom F, Scott J, Tabares-Seisdedos R, et al. (2009). Neurocognitive dysfunctions in euthymic bipolar patients with and without prior history of alcohol use. *J Clin Psychiatry*. 70(8):1120-7.

- Secades-Álvarez, A., Fernández-Rodríguez, C. (2015). Revisión de la eficacia de los tratamientos para el trastorno bipolar en comorbilidad con el abuso de sustancias. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 94-101.
- Stewart, R., Ritchie, K., Chadiou, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Tohen M, Greenfield SF, Weiss RD, Zárate CA, Vagge LM. (1998). The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry*.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Tondo L, Isacson G y Baldessarini R. (2003). Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*, 17 (7): 491-511.
- Treynor, W., Gonzalez, R. y Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: a psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 247-259.
- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En E. G. Fernández-Abascal (dir.), *Emociones positivas* (pp. 375- 392). Madrid: Pirámide
- Vieta, E., Valentí, M., & Rosa, A. R. (2007). Limitaciones de los tratamientos tradicionales del trastorno bipolar. *Vieta E., Novedades en el tratamiento del trastorno bipolar*. Madrid: Médica Panamericana, 1-12.

Anexo

¿[1] Con qué frecuencia toma alguna bebida alcohólica para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

¿[2] Cuántas consumiciones de bebidas con contenido alcohólico para regular su estado de ánimo suele hacer en un día de beber normalmente?

- Ninguna
- Entre 1 y 3
- Entre 4 y 6
- De 7 a 9
- 10 o más

¿[3] Con qué frecuencia toma seis o más consumiciones alcohólicas en un solo día para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

¿[4] Con qué frecuencia consume tabaco para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Una o menos veces al día
- 2 a 4 veces al día
- Entre 5 y 10 veces al día
- Más de 10 veces al día

¿[5] Cuántos cigarrillos consume para regular su estado de ánimo en un día normal?

- Ninguno
- Entre 1 y 4
- Entre 4 y 10
- De 11 a 20
- 20 o más

¿[6] Con qué frecuencia consume más de 15 cigarrillos en un solo día para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Semanalmente
- 2 o 3 veces por semana
- A diario o casi a diario

¿[7] Con qué frecuencia toma alguna bebida estimulante para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana
- Varias veces al día

¿[8] Cuántas consumiciones de bebidas estimulantes para regular su estado de ánimo suele hacer en un día normalmente?

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

¿[9] Con qué frecuencia toma tres o más bebidas estimulantes en un solo día para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

¿[10] Con qué frecuencia toma algún fármaco no pautado para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana
- Varias veces al día

¿[11] Cuántas consumiciones fármacos no pautados para regular su estado de ánimo suele hacer en un día normalmente?

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

¿[12] Con qué frecuencia hace uso de 2 o más fármacos no pautados en un solo día para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario
- Varias veces al día

¿[13] Con qué frecuencia hace uso de drogas para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- 2 a 4 veces al mes
- 2 o 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana
- Varias veces al día

¿[14] Cuántas veces hace uso de drogas para regular su estado de ánimo en un día normalmente?

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

¿[15] Con qué frecuencia hace uso de drogas más de dos en un solo día para regular su estado de ánimo?

- Nunca
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario
- Varias veces al día