

**MÁSTER UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN EN  
PSICOLOGÍA:  
PSICOLOGÍA POSITIVA Y FUNCIONAMIENTO PERSONAL  
ÓPTIMO**



**TRABAJO FINAL DE MÁSTER**

**Trastorno por uso de sustancias,  
TDA/H e inteligencia emocional:  
un análisis relacional y  
alternativas de intervención**

**Alumna: Inmaculada Rodríguez López  
Tutora: Dra. Ángeles Sánchez-Elvira Paniagua**

<b>I. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
1 INTRODUCCIÓN.....	4
2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	8
3 ESTADO DE LA CUESTIÓN SOBRE LOS OBJETIVOS DE ESTUDIO DEL PRESENTE TRABAJO .....	10
3.1 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/ HIPERACTIVIDAD (TDA/H).....	10
3.2 PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TDA/H.....	12
3.3 TDA/H Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIA (TUS).....	14
3.4 CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL .....	16
3.5 INTELIGENCIA EMOCIONAL (IE) Y CONSUMO DE DROGAS .....	19
3.6 TDA/H E INTELIGENCIA EMOCIONAL (IE).....	20
<b>II. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>27</b>
4 DELIMITACIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	27
5 FASE 1: ANÁLISIS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LAS ADICCIONES Y EL TDA/H.....	29
5.1 OBJETIVO.....	29
5.2 HIPÓTESIS 1 .....	30
5.3 MÉTODO .....	30
5.3.1 <i>Participantes</i> .....	30
5.3.2 <i>Instrumentos</i> .....	31
5.3.3 <i>Diseño</i> .....	34
5.3.4 <i>Procedimiento</i> .....	34
5.3.5 <i>Resultados</i> .....	35
5.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES PRELIMINARES DE LA FASE 1 .....	36
6 FASE 2: ANÁLISIS DE LAS DIFERENCIAS EN INTELIGENCIA EMOCIONAL ENTRE TDA/H, TUS Y SUJETOS SANOS.....	37
6.1 OBJETIVOS .....	37
6.2 HIPÓTESIS .....	38
6.3 MÉTODO .....	38
6.3.1 <i>Participantes</i> .....	38
6.3.2 <i>Instrumentos</i> .....	43
6.3.3 <i>Diseño</i> .....	44
6.3.4 <i>Procedimiento</i> .....	45
6.3.5 <i>Resultados</i> .....	45
6.4 DISCUSIÓN PRELIMINAR DE LA FASE 2 .....	51
7 FASE 3: VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EMOCIONAL ESPECÍFICO PARA UN INCREMENTO DEL COCIENTE EMOCIONAL, RESPECTO A LA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ESTÁNDAR EN PACIENTES ADICTOS.....	53
7.1 HIPÓTESIS.....	55
7.2 MÉTODO .....	56
7.2.1 <i>Participantes</i> .....	56
7.2.2 <i>Instrumentos</i> .....	59
7.2.3 <i>Diseño</i> .....	59
7.2.4 <i>Procedimiento</i> .....	60
7.2.5 <i>Resultados</i> .....	65
7.2.6 <i>Análisis estadísticos</i> .....	65
7.2.6.1 <i>Análisis de los supuestos de normalidad y homocedasticidad</i> .....	65
7.2.6.2 <i>Análisis de la línea base</i> .....	66
7.2.6.3 <i>Análisis del cambio (postest-pretest)</i> .....	68
7.2.6.4 <i>Análisis Tratamiento x Momento temporal</i> .....	71
7.2.6.5 <i>Análisis del factor intrasujeto, Momento Temporal (pretest-postest), para los Grupos A y B</i> .....	74
7.2.6.6 <i>Análisis del factor intergrupo entre los grupos A y B en la fase post-test</i> .....	76
7.2.6.7 <i>Análisis del grupo de No Consumidores</i> .....	77

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

7.2.7	<i>Valoración de la adherencia al tratamiento de la adicción diez meses después de finalizar los programas de tratamientos</i> .....	83
7.3	<b>DISCUSIÓN PRELIMINAR DE LA FASE 3</b> .....	84
8	<b>DISCUSIÓN GENERAL Y CONCLUSIONES</b> .....	85
9	<b>REFERENCIAS</b> .....	94
10	<b>ANEXOS</b> .....	99
10.1	<b>WURS</b> .....	99
	<b>WENDER-UTAH RATING SCALE (WURS). EVAL. RETROSPECTIVA DE TDA/H ()</b> .....	99
10.2	<b>ASRS</b> .....	102
10.3	<b>INVENTARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL (BARON)</b> .....	104
10.4	<b>PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EMOCIONAL</b> .....	109

## TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

*Trastorno por uso de sustancias, TDA/H e inteligencia emocional:  
un análisis relacional y alternativas de intervención*

Inmaculada Rodríguez López

[Irodrigue27@alumno.uned.es](mailto:Irodrigue27@alumno.uned.es)

### I. MARCO TEÓRICO

#### 1 Introducción

Es habitual observar en los Centros de Tratamiento de las Adicciones a sujetos con dificultades para adaptarse y enfrentarse a las demandas y presiones del medio. De hecho, en muchos casos, estas dificultades son las que les acercan a las conductas adictivas. La valoración diagnóstica nos muestra que estos sujetos adolecen de un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales que están en la base de sus dificultades de adaptación. Podemos observar que, al tiempo, entre ellos pueden coexistir sujetos con grandes capacidades cognitivas que no los “salvan” de sus dificultades adaptativas.

Esta realidad asistencial nos acercó al concepto de *Inteligencia Emocional* (IE) como constructo que podría contribuir a entender las dificultades de nuestros pacientes. La adicción a las drogas depende de una amplia variedad de factores que van desde los genéticos a variables de personalidad o la situación sociocultural (Gilbert, 1995; Kassel, Stroud y Paronis, 2003; Terraciano y Costa, 2004). Sin embargo, desde la psicología se resalta que las personas adictas poseen un perfil que se caracteriza por tener grandes dificultades para manejar sus emociones (Kassel Stroud y Paronis 2003; Novak y Clayton, 2001). La literatura científica nos muestra que la inteligencia no cognitiva es un factor importante en la determinación de la habilidad para tener

éxito en la vida, influyendo en el bienestar general y en la salud emocional. Las personas con una falta percibida de habilidades emocionales pueden recurrir al consumo de drogas como forma externa de autorregulación para mitigar estados emocionales negativo o para provocar estados emocionales más placenteros (Trinidad y Johnson, 2002).

La IE se define como la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular nuestras emociones y las de los demás (Mayer y Salovey, 1997). Algunos investigadores sugieren que las personas con un menor IE se implican más en conductas autodestructivas tales como el consumo de drogas (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Mayer y Warner, 2004; Canto, Fernandez-Berrocal, Guerrero y Extremera, 2005; Trinidad y Johnson, 2002).

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

Por otra parte, una proporción importante de nuestros usuarios están diagnosticados *de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* (TDA/H) y presumimos que, entre ellos, las dificultades adaptativas serán aun más graves: es decir, cuando el diagnóstico de TUS sea comórbido con el de TDA/H, las dificultades para atender y regular sus estados emocionales serán aún mayores y el pronóstico, por tanto, peor, dado que ambas condiciones diagnosticadas se

caracterizan por dificultades en el procesamiento emocional. (William et al. 2008; Brackett et al. 2004 y Walen et al. 2001)

Hasta hace algunos años se creía que el TDA/H era una patología únicamente infanto-juvenil. Hoy se sabe que no es así ya que existen evidencias de la persistencia del TDA/H en la vida adulta en un gran número de pacientes. Además, en los últimos años se ha acumulado información sobre la importante asociación entre las adicciones y el TDA/H. Ambos trastornos comparten síntomas clínicos y marcadores biológicos relevantes y para ambos trastornos se han postulado alteraciones en los mismos sistemas cerebrales (Krause *et al.*, 2002; Tercyak *et al.*, 2002). Los estudios nos muestran que la superposición entre los TUS y el TDA/H es mayor de lo esperado por el azar y es bidireccional (Wilens, 2004; Faraone et al., 2007)

El estudio de la comorbilidad entre los TUS y el TDA/H es importante para la práctica clínica, con implicaciones para el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento. La identificación de factores de riesgo específicos de TUS en el TDA/H puede permitir la aplicación de tratamientos más dirigidos para ambos trastornos en fases tempranas. El aumento de los tratamientos dirigidos y eficaces es importante porque se ha mostrado que los adolescentes y adultos diagnosticados con TUS más TDA/H tienen peor pronóstico a lo largo de toda su vida, que se manifiesta como un riesgo acelerado de TUS más grave y recurrente y un riesgo adicional de delincuencia, fracaso escolar, alteración del funcionamiento familiar y gestación (Barkley et al., 1990; Chassin et al., 2002; Wilens et al., 1997<sup>a</sup>, 1998).

El TDA/H no se caracteriza únicamente por la excesiva actividad motora y los problemas cognitivos. Las personas con TDA/H frecuentemente sufren otras dificultades que pueden estar relacionadas con el desarrollo motor, el lenguaje, el rendimiento escolar, la motivación o la emoción.

En particular, las alteraciones emocionales en el TDA/H apenas se han explorado porque, como se ha indicado, el interés de los investigadores se ha centrado hasta el momento en los aspectos cognitivos del trastorno. Por este motivo, los estudios sobre el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional (reconocimiento, regulación y expresión de las emociones) en niños y adultos con TDA/H son escasos.

El presente estudio persigue tres objetivos. En primer lugar, nos interesa conocer la incidencia de síntomas acordes con el diagnóstico de TDA/H en la población adicta, en concreto la de los usuarios del *Centro de Tratamiento de Adicciones de Algeciras* (C.T.A.), para poder valorar la conveniencia de adaptar los programas de tratamiento a esta población y previamente facilitar la formación necesaria a los profesionales de este recurso. Este objetivo viene motivado por los datos que arrojan algunas investigaciones que señalan una alta incidencia de TDA/H entre la población adicta.

En segundo lugar, queremos estimar en qué medida difiere el Cociente Emocional en tres grupos distintos, la población normalizada, un grupo de pacientes con diagnóstico de TUS, y un tercer grupo de pacientes con diagnóstico de TUS más sintomatología acorde con TDA/H, a fin de contrastar la hipótesis de que el Cociente Emocional de estos tres grupos de sujetos experimentará una disminución progresiva a medida que la patología se agrava, siendo los pacientes con doble diagnóstico los que experimentarán los niveles de Inteligencia Emocional más bajos.

En tercer lugar, y a la luz de los resultados previos, queremos valorar la posible mejora de la eficacia del *Programa de Entrenamiento* habitual que se realiza en el C.T.A. con los pacientes, mediante la inclusión adicional de un programa específico, de carácter grupal, destinado a la

mejora de las habilidades emocionales de las personas adictas. Dadas las dificultades éticas derivadas de la asignación de los sujetos a un grupo experimental y otro control sin tratamiento, no se podrá disponer de un grupo de control puro por la imposibilidad de negar tratamiento a un paciente que lo solicite. Por lo tanto, el objetivo es comparar dos modalidades de tratamiento dirigidos a la mejora de la sintomatología de los pacientes adictos del C.T.A., el tratamiento estándar, consistente en psicoterapia individual y apoyo mediante un *blog* con contenidos de *Psicología Positiva*, y el tratamiento compuesto por el estándar más un entrenamiento emocional específico, en formato grupal, más focalizado en las competencias emocionales que deben desarrollar.

## **2 Justificación del estudio**

La literatura científica nos muestra que existe una superposición entre los TUS y el TDA/H que es mayor de lo esperado por el azar y que es bidireccional (Farote et al.,2007; Wilens, 2004). Además, el TUS es más grave en adultos con TDA/H que en adultos sin TDA/H (Carroll y Rounsaville, 1993; Schubiner et al., 2000). Kolpe y Carlson (2007) encontraron que el 19 % de los pacientes consecutivos de una consulta de metadona para pacientes que abusaban de opiáceos referían síntomas significativos de TDA/H, y que en esos pacientes el tratamiento con metadona tenía un resultado menos favorable.

Por lo tanto, ser adicto y sufrir TDA/H dificulta mucho el éxito terapéutico. Identificar a los sujetos adictos con TDA/H es de suma importancia para mejorar las expectativas terapéuticas de los pacientes que sufren con este doble diagnóstico. Debido a este motivo, se decide iniciar un estudio exploratorio que permita cuantificar la incidencia del TDA/H en el C.T.A. de Algeciras.

La forma de abordar el tratamiento de estos pacientes pasa por priorizar el tratamiento farmacológico, dado que la dificultad para atender, que sufren estos usuarios, no se limita a los estímulos externos, sino que también tienen dificultades para atender y regular sus propias producciones mentales. Por lo tanto, resulta de suma importancia aumentar su capacidad atencional para realizar un buen trabajo psicoterapéutico.

Este trabajo psicoterapéutico, tendría como uno de sus objetivos prioritarios mejorar la autorregulación de las emociones, dado que pueden haber recurrido al consumo de drogas como una forma externa de autorregulación emocional. Esta dificultad en la gestión de las emociones no es exclusiva de los pacientes adictos con TDA/H. La literatura científica, tal como se ha documentado previamente, nos muestra que una baja IE es un factor de riesgo para el consumo de drogas. En el presente estudio se pretende observar si existen diferencias en el Cociente Emocional entre los pacientes con TUS, TDA/H+TUS y la población no consumidora.

Las habilidades no cognitivas y las destrezas se desarrollan a través del tiempo y pueden mejorar con el entrenamiento, los programas remediadores y las técnicas terapéuticas. En el C.T.A. de Algeciras se viene trabajando sobre un Programa de Entrenamiento Emocional que es sensible a las necesidades especiales de los pacientes con el doble diagnóstico de TUS y TDA/H. Valorar la capacidad de este programa para mejorar las competencias emocionales es otra de las motivaciones de este estudio.

Por lo tanto, con la presente investigación se pretendía analizar, en primer lugar, las relaciones existentes entre TDA/H y TUS; en segundo lugar las relaciones entre estas dos problemáticas e Inteligencia Emocional, en comparación con la población normal; y en tercer lugar, los resultados de un nuevo procedimiento de intervención para el incremento de la

inteligencia emocional en la población de adictos de este Centro, con el objetivo de incrementar la eficacia de las intervenciones realizadas en el *Centro de Tratamiento de Adicciones* de Algeciras (C.T.A.).

Este estudio está motivado por la convicción de que el trabajo clínico con pacientes debe de estar fundamentado por una observación rigurosa de las características idiosincrásicas de la población a la que se atiende y la consiguiente adaptación de los programas a esa población particular. Finalmente, los programas deben ser evaluados con rigor científico y sujetos a las modificaciones que precisen. Con todo esto quiero decir, que la motivación fundamental de este estudio es trabajar para garantizar en lo posible la eficiencia de los programas administrados en el Centro de Tratamiento de Adicciones de Algeciras.

Con la presente investigación se pretende apostar por una metodología de trabajo en el CTA de Algeciras, en el que lo clínico y la investigación se fundan y se retroalimenten continuamente.

### **3 Estado de la cuestión sobre los objetivos de estudio del presente trabajo**

#### **3.1 Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDA/H)**

El TDA/H es un trastorno heterogéneo en su forma de presentación, de etiología desconocida. No es un trastorno con una única causa. La literatura especializada nos muestra un amplio espectro de factores causales del TDA/H, tanto biológicos como hereditarios y psico-sociales, así como la interacción entre ellos. La causa principal es genética y, entre los factores biológicos no genéticos, destacan los que se producen durante el embarazo o cerca del nacimiento del niño. Por ejemplo, el consumo materno de alcohol, drogas o tabaco, bajo peso al nacer, retraso en la

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
maduración neurológica o lesiones cerebrales que repercuten negativamente el control cerebral de actividades relevantes.

Estudios con resonancia magnética funcional han evidenciado la existencia de anomalías estructurales. Hynd et al. (1993) encontraron que la región frontal es simétrica en niños con TDA/H en contraste con la asimetría observada en sujetos normales (derecho mayor que el izquierdo). En particular, se ha constatado que la corteza prefrontal derecha, dos de los ganglios basales, el núcleo caudado y el globo pálido, y algunas zonas del cuerpo calloso que vinculan las regiones cerebrales frontales y parietales, tienen un tamaño más reducido en los sujetos con un TDA/H respecto a los sujetos normales (Mick et al., 2002; Molina, Bukstein, & Lynch, 2002).

La transmisión hereditaria del TDA/H es respaldada por los hallazgos de los estudios de familias. Se ha demostrado que los hijos de unos padres con un TDA/H tienen hasta un 50% de probabilidades de sufrir el mismo problema, y los estudios realizados con gemelos hasta la fecha estiman que los factores genéticos explican entre un 50% y un 70% de los síntomas del TDA/H (Schubiner et al., 2009; Smith, Molina, & Pelma, 2002). Debido a la demostrada heredabilidad del TDA/H, numerosos grupos de investigación han intentado descubrir el gen implicado.

El neurotransmisor más relacionado con el déficit de atención es la dopamina. Es bastante probable que los genes implicados en el trastorno sean los encargados de dirigir la manera en que el cerebro utiliza la dopamina. Aunque no es concluyente, el resumen que puede obtenerse de los estudios neuroquímicos realizados induce a pensar en la existencia de un proceso de transmisión de la dopamina defectuoso (LaHoste et al, 1996)

La disfunción en el proceso de transmisión de la dopamina en los sujetos con TDA/H se manifiesta en un déficit de la inhibición conductual y el autocontrol, que impide a los sujetos con

TDA/H interiorizar y aplicar adecuadamente las funciones ejecutivas consideradas necesarias para implicarse con éxito en actividades mentales, es decir, memoria de trabajo, interiorización del lenguaje autodirigido, control de las emociones, de la motivación y de la reconstitución.

Las investigaciones recientes concluyen que factores tanto genéticos como ambientales son importantes en el desarrollo de los síntomas de TDA/H (van't Ent et al., 2007).

Como subraya Nadeu (1994), desafortunadamente, nuestra sociedad ha experimentado en este siglo cambios sociales radicales, que han creado unas condiciones sociales que intensifican los síntomas del TDA/H: el trabajo sedentario que exige una concentración mental prolongada, la gratificación instantánea que proporciona la tecnología electrónica, las altas tasas de divorcio y familias no normativas, y el estrés que supone para la familia el ejercicio profesional de ambos padres.

### **3.2 Prevalencia de Consumo de sustancias y TDA/H**

A lo largo de las últimas dos décadas, numerosos estudios han referido una elevada prevalencia de TDA/H entre pacientes con diferentes conductas adictivas, en comparación con controles. Se estima que entre el 15% y el 45 % de los adultos con TUS pueden haber padecido TDA/H en la infancia, o padecerlo en su forma residual durante la vida adulta, y ha podido demostrarse una elevada presencia de TUS entre los pacientes con TDA/H seguidos en la vida adulta. En el trabajo de Wilens et al. (2003), el 52 % los pacientes con TDA/H en la infancia presentó un trastorno por consumo de sustancias a lo largo de la vida, mientras que en la población sin TDA/H este porcentaje fue del 27%. Señalaron que el TDA/H incrementa significativamente el riesgo para TUS, independientemente de la comorbilidad psiquiátrica. El TDA/H es un factor de riesgo para desarrollar posteriormente un trastorno por uso de sustancia

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
(TUS). Existen antecedentes de un bidireccional solapamiento entre TDA/H y abuso de sustancia.

Un alto porcentaje de TDA/H ha sido informado en adolescentes y adultos con abuso de sustancias relativo a controles (Levin, Evans, & Kleber, 1999).

La persistencia del diagnóstico más allá de la adolescencia también parece jugar un papel destacado, ya que el riesgo de desarrollar una drogodependencia parece ser mayor en aquellos pacientes con TDA/H en los cuales se mantiene el trastorno en la vida adulta. En pacientes adultos que consultan por un TDA/H se ha hallado que entre el 17%-45% muestran un abuso o dependencia de alcohol y un abuso o dependencia de otras drogas entre el 9% y el 30% (Biederman et al., 1995).

Por otra parte, en los estudios realizados con pacientes que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol, cocaína o heroína, se ha encontrado una mayor prevalencia del TDA/H respecto a la población general. De esta manera, se estima que entre el 31% y el 75 % de pacientes con dependencia al alcohol presentan criterios de TDA/H en la infancia, y hasta un 35% de pacientes cocainómanos presentan un TDA/H (Sullivan & Levin, 2001).

En un estudio prospectivo, Wilens et al. (2003) apuntan a que el TDA/H empeora el curso de las drogodependencias. Los autores compararon 239 adultos consecutivamente diagnosticados de TDA/H (criterios DSM-III-R) con 268 adultos sin TDA/H, con el objetivo de examinar los efectos del TDA/H en el proceso de transición del abuso de una sustancia hasta la dependencia de la misma, y entre diferentes clases de sustancias. Los pacientes con TDA/H presentaron casi cuatro veces más probabilidades que los sujetos control de progresar de un trastorno por consumo de alcohol a un abuso o dependencia de otra sustancia. Asimismo, la probabilidad de que la dependencia de una sustancia se pueda cronificar fue 5 veces mayor en los pacientes con TDA/H respecto a los controles. Los pacientes con TDA/H necesitaron una media de 4 años más que los

controles para conseguir la remisión de la drogodependencia. Estos resultados se hallaron independientemente de la existencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido.

### **3.3 TDA/H y Trastorno por Uso de Sustancia (TUS)**

La concurrencia del TDA/H en adultos y TUS ha recibido especial atención en la literatura científica en los últimos años. Ambos trastornos interactúan en una variedad de aspectos, incluyendo el solapamiento de síntomas y evolución de ambas patologías.

Desde perspectivas genéticas se han identificado distintos alelos de genes que se asocian a la presencia de TDA/H y a un mayor riesgo para desarrollar una drogodependencia, como los implicados en la codificación del receptor D2 y D4 de la dopamina o el propio transportador presináptico de dopamina (Sullivan & Levin, 2001). En este mismo sentido, en los estudios familiares se ha referido que los hijos de pacientes drogodependientes presentan un mayor riesgo de TDA/H y también a la inversa, sugiriendo algún tipo de predisposición genética común entre ambos trastornos ( Wilens, Spenser, & Biederman, 2000).

Las adicciones y el TDA/H comparten ciertas características relevantes:

- Ambos trastornos son más frecuentes en varones.
- Se agregan familiarmente.
- Los estudios de adopción y gemelos han demostrado la importancia de factores genéticos en los dos trastornos.
- Ambos trastornos presentan una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión y, sobre todo, con trastorno de personalidad antisocial.

La hipótesis de la automedicación se ha propuesto como posible explicación. Esta hipótesis propone que un gran número de pacientes dependientes de sustancias químicas ha iniciado el proceso adictivo, a través de contactos altamente gratificantes con drogas que han tenido la capacidad de suplir, o mejorar, un déficit o unas desregulaciones a nivel del Sistema Nervioso Central, que previamente padecían. El cuadro de dependencia se instaura muy rápidamente, a veces incluso después de un solo consumo puntual. Las conductas de consumo compulsivo de drogas, que así se generan, son contempladas como procesos erróneos de auto tratamiento que aparecen en individuos que deben ser considerados como enfermos (Casas et al., 1992).

Las personas con TDA/H quizás usan drogas específicas como la cocaína con un fin similar a la prescripción médica de medicación estimulante, como una manera de disminuir los síntomas. En el caso específico del TDA/H, se ha observado que sustancias como la nicotina o la cocaína pueden disminuir, al menos durante los primeros consumos, algunos de los síntomas del TDA/H (Wilens, Spencer, & Biederman, 2000). Esto no es de extrañar, ya que la cocaína muestra un mecanismo de acción similar al de los fármacos estimulantes empleados en el tratamiento del TDA/H, favoreciendo la neurotransmisión dopaminérgica. En el caso de la nicotina, se ha realizado un estudio con parches transdérmicos de la sustancia para evaluar su eficacia terapéutica en adultos con TDA/H. A pesar de las limitaciones del estudio (muestra y duración del mismo), se halló una mejoría significativa de los síntomas del TDA/H y de las evaluaciones neuropsicológicas. En el mismo sentido, en un ensayo doble ciego frente a placebo con ABT-418, un potente agonista de los receptores nicotínicos neuronales del sistema nervioso central, se hallaron resultados positivos en el tratamiento del TDA/H en adultos (Tapert et al., 2002). Otros trabajos han puesto de manifiesto que, aquellos sujetos con mayores alteraciones en la atención, presentan un mayor riesgo de iniciar y mantener el consumo de nicotina u otros tóxicos (Lambert & Hartsough, 1998).

### 3.4 Concepto de Inteligencia Emocional

El término “*Inteligencia emocional*” fue acuñado por Salovey y Mayer en 1990, para quienes la inteligencia emocional es un tipo de inteligencia social que engloba la habilidad para dirigir y controlar nuestras propias emociones y las de los demás, así como para discriminar entre ellas y utilizar la información que nos proporciona a fin de guiar nuestro pensamiento y acciones, de tal forma que resulten beneficiosas para nosotros mismos y para la cultura a la que pertenecemos. Para Mayer y Salovey (1993), la inteligencia emocional incluye la evaluación verbal y no verbal, la expresión emocional, la regulación de la emoción en uno mismo y en los otros y la utilización del contenido emocional en la solución de problemas.

Cinco años después, Goleman (1996) retoma las ideas de los referidos autores y las difunde ampliamente. Por su parte, BarOn (1997) define la inteligencia emocional como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. El autor opina que los componentes factoriales de la inteligencia no cognitiva se asemejan a los factores de la personalidad, pero, a diferencia de ellos, la inteligencia emocional y social pueden modificarse a través de la vida. Sobre la base de este concepto, Bar On construye el *Inventario de Cociente Emocional* (I-CE), (Bar-On, 1997). Este inventario genera un cociente emocional y cinco cocientes emocionales compuestos basados en las puntuaciones de 15 subcomponentes.

Los cinco principales componentes conceptuales de la inteligencia emocional y social que involucran los 15 factores medidos por el BarOn EQ-I son:

1- **Componente intrapersonal.** Este área reúne los siguientes componentes:

- *Comprensión emocional de sí mismo:* la habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones, diferenciarlos y conocer el por qué de éstos.
- *Asertividad:* la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender nuestros derechos de una manera no destructiva.
- *Autoconcepto:* la habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando nuestros aspectos positivos y negativos, así como también nuestras limitaciones y posibilidades.
- *Autorrealización:* la habilidad para realizar lo que realmente podemos, queremos y disfrutamos de hacerlo.
- *Independencia:* la habilidad para autodirigirse, sentirse seguro de uno mismo en nuestros pensamientos acciones y ser independientes emocionalmente para tomar nuestras decisiones.

2- **Componente interpersonal.** Este área reúne los siguientes componentes:

- *Empatía:* la habilidad de percatarse, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
- *Relaciones interpersonales:* la habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad.
- *Responsabilidad social:* la habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y es un miembro constructivo del grupo social.

3- **Componente de adaptabilidad.** Este área reúne los siguientes componentes:

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

4- **Componente del manejo del estrés.** Este área reúne los siguientes componentes:

- *Tolerancia al estrés:* la habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones sin “desmoronarse”, enfrentando activa y positivamente el estrés.
- *Control de los impulsos:* la habilidad para resistir o postergar un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones.

5- **Componente del estado de ánimo en general.** Este área reúne los siguientes componentes:

- *Felicidad:* la habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar de sí mismo y de otros y para divertirse y expresar sentimientos positivos.
- *Optimismo:* la habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva, a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos.

### 3.5 Inteligencia Emocional (IE) y Consumo de Drogas

El consumo de drogas es un fenómeno multidimensional en el que la IE desempeña un papel significativo. En concreto, las personas con una falta de habilidades emocionales pueden recurrir al consumo de drogas como una forma externa de autorregulación para disminuir, ocultar o ignorar sus estados emocionales negativos o para generar estados emocionales más agradables.

La Consejería de Educación y la Universidad de Málaga, han apostado por mejorar las competencias emocionales de los jóvenes malagueños, como estrategia de prevención del consumo de drogas. Esta iniciativa se basa en las conclusiones alcanzadas tras el estudio *“Los adolescentes malagueños frente a las drogas. La influencia de la inteligencia emocional”* (Fernández-Berrocal et al.,2010). El autor del estudio, Pablo Fernández Berrocal, en el estudio de investigación realizado por la mencionada universidad, observó que las personas entre los 13 y 28 años que han probado algún tipo de sustancia adictiva, y han mantenido el consumo en su vida cotidiana, pierden capacidad de regular sus estados de ánimo y disminuyen la reacción de respuesta.

Dennis Trinidad y colaboradores han realizado diferentes investigaciones sobre las relaciones entre la IE y el consumo de drogas legales. En un estudio con adolescentes estadounidenses (sur de California), se descubrió que los más inteligentes emocionalmente tuvieron un consumo menor de tabaco y alcohol (Trinidad y Johnson, 2002). Según estos autores, los adolescentes emocionalmente inteligentes comprenden mejor las presiones de sus compañeros hacia el consumo, y gestionan mejor las discrepancias entre sus motivaciones y las de su grupo, lo que les permite soportar conductualmente la presión grupal y, en

consecuencia, les facilita la reducción del consumo de alcohol y tabaco (Trinidad y Johnson, op.cit).

Otras investigaciones como las realizadas por Marc Brackett y cols. (Brackett, Mayer y Warner, 2004) han analizado la relación entre el MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emocional Intelligence Test) y el consumo de drogas legales e ilegales, pero en esta caso con estudiantes universitarios. Los resultados de su estudio revelan que existe una relación negativa entre la IE y el consumo de drogas, pero sólo en el caso de los hombres. En este estudio también se encontró una relación equivalente con comportamientos anormales y conductas desviadas.

### **3.6 TDA/H e Inteligencia Emocional (IE)**

El TDA/H es esencialmente un trastorno complejo del desarrollo dinámico del sistema de autogestión inconsciente del encéfalo. Los deterioros debidos al TDA/H habitualmente incluyen dificultades crónicas en la autorregulación de la emoción y la autorregulación por la emoción. (Brown, 2006).

Los últimos datos científicos resaltan que:

- Los síntomas del TDA/H se pueden manifestar en la primera infancia, aunque con frecuencia no son evidentes hasta que la persona se enfrenta a los retos de la adolescencia o la edad adulta.
- El TDA/H parece ser un problema de fuerza de voluntad insuficiente, aunque realmente es un problema de la dinámica química del encéfalo.
- Las causas del TDA/H parecen ser principalmente genéticas, aunque los agentes estresantes ambientales y los apoyos pueden modificar la expresión de los síntomas.

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

- El TDA/H no es simplemente uno de muchos trastornos psiquiátricos diferentes; es un trastorno básico que aumenta el riesgo de que una persona tenga trastornos cognitivos, emocionales o conductuales adicionales a lo largo de toda su vida.

Ya no se considera que el TDA/H sea simplemente un trastorno de conducta perturbadora caracterizado únicamente por el deterioro del control inhibitor. Actualmente se reconoce que es un trastorno complejo de las funciones ejecutivas del encéfalo (Castellanos, 1999).

Aunque la definición de función ejecutiva sigue evolucionando, la mayoría de los investigadores está de acuerdo en que se debe utilizar el término para referirse a los circuitos del encéfalo que priorizan, integran y regulan otras funciones cognitivas. De este modo, las funciones ejecutivas gestionan las funciones cognitivas del encéfalo; constituyen el mecanismo de la “autorregulación” (Vohs & Baumeister, 2004).

Los trabajos más recientes para conceptualizar estas funciones ejecutivas en el TDA/H insisten en la afectación de múltiples vías del encéfalo, integrando las que se asocian a funciones ejecutivas más abstractas y puramente cognitivas (identificadas como “frías”), y las que son esenciales para funciones ejecutivas afectivas y motivacionales más situacionales, descritas como “calientes”, (Castellanos et al., 2006)

Una metáfora de la función ejecutiva es el director de una orquesta (Brown, 2006): por muy bien que toquen sus instrumentos los músicos de una orquesta sinfónica, no es probable que produzcan una música sinfónica muy buena si no tienen un director competente que seleccione la pieza que se va a tocar, que inicie la ejecución de forma conjunta, que les mantenga sincronizados, que module la velocidad y el volumen de cada sección, que introduzca o elimine gradualmente los diversos instrumentos en el momento adecuado, y así sucesivamente. Aunque

cada uno de los músicos puede tocar su instrumento con mucha habilidad, la función sutil, dinámica e integrada de la orquesta depende crucialmente de las funciones de coordinación y gestión del director.

De forma similar, la compleja función del encéfalo precisa y tiene una gestión dinámica e integrada de sus redes componentes. Algunas redes neurales, unas en la corteza prefrontal, otras en la región límbica, otras en el cerebelo y otras distribuidas de forma más general, sirven para coordinar e integrar las funciones cognitivas del encéfalo, de la misma forma que el director gestiona la orquesta sinfónica (Brown, 2005a; Fuster, 2003; Gaffan, 2005). Estas redes de gestión actúan rápidamente, en un intervalo de milisegundos, habitualmente fuera del dominio de la conciencia. Son inconscientes, no en el sentido del inconsciente dinámico descrito por Freud, sino en el sentido de “autorregulación automática” descrito por Fitzsimons y Bargh (2004) y Hassin et al (2005).

El modelo de Brown sobre las funciones ejecutivas considera que éstas no actúan perfectamente en todo momento y en todas las personas. El TDA/H, según Brown, no es un síndrome de todo o nada como la gestación, en la que se está gestante o no se está. Es más parecido a la depresión. Todas las personas tienen síntomas de estado de ánimo bajo en ocasiones, aunque únicamente las que tienen un deterioro significativo durante períodos prolongados reciben el diagnóstico clínico de depresión. Se podría considerar que el TDA/H es el extremo del intervalo normal de deterioro de la función ejecutiva.

Barkley (1997) y Brown (2005a) afirmaron que la valoración de los deterioros de las funciones ejecutivas que constituyen el TDA/H no se puede realizar adecuadamente con pruebas neuropsicológicas, ya que una propiedad esencial de toda la función ejecutiva es que, por su misma naturaleza, supone el manejo simultáneo de varios procesos funcionales diferentes. Por

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
 tanto, la mejor forma de diagnosticar los deterioros del TDA/H es con entrevistas clínicas exhaustivas, durante las cuales el terapeuta explora cuidadosamente la historia actual y previa de autogestión del paciente en una amplia gama de situaciones que incluyen aprendizaje, trabajo e interacción social. La capacidad de una persona de realizar las tareas complejas y autogestionadas de la vida diaria constituye una medida mucho mejor de su desempeño de las funciones ejecutivas, que las pruebas neuropsicológicas.

**Figura N° 1:** Manual para las escalas del Trastorno de Déficit de Atención en niños (T.E. Brown 2001)



Utilizando métodos de entrevistas clínicas, el Dr. Brown (2001) comparó las descripciones que los sujetos diagnosticados con el TDA/H hacían de sus problemas, con las descripciones de los controles normales. Estas comparaciones arrojaron informes de fallas que pueden ser reconocidas en seis conjuntos de funciones ejecutivas, que se refieren a continuación (Fig.1).

- 1. Activación:** organizar las tareas y materiales, estimar tiempo, establecer prioridades de las tareas e iniciar la actividad. Los pacientes con el TDA/H describen una dificultad crónica

con excesiva dilación. A menudo aplazan el iniciar una tarea, incluso una actividad que reconocen como algo muy importante para ellos, hasta el último minuto. Es como si no pudieran empezar y sólo lo hacen cuando perciben la tarea como algo de aguda emergencia.

2. **Foco:** centrarse, conservar la atención, mantenerse concentrado en las tareas. Algunos describen sus dificultades para mantener la atención, como lo que sucede cuando tratan de escuchar la radio de un automóvil mientras se alejan de la estación y la señal comienza a perderse: se capta algo de ella y se pierde parte de la misma. Dicen que se distraen fácilmente, no sólo por las cosas que suceden a su alrededor, sino por sus propios pensamientos. Además, concentrarse en leer es algo difícil para muchos de ellos. Generalmente entienden las palabras cuando las leen, pero a menudo tienen que releer una y otra vez para poder captar el significado cabalmente y recordarlo.
  
3. **Esfuerzo:** regular el estado de alerta, mantener el esfuerzo y procesar la velocidad. Muchas personas con TDA/H indican que pueden realizar proyectos de corto plazo, pero enfrentan mucha más dificultad a la hora de ejecutar un esfuerzo sostenido durante largos períodos de tiempo. También se les dificulta concluir las tareas a tiempo, especialmente cuando les piden que redacten un texto expositivo. Un gran número de pacientes experimenta una dificultad crónica en cuanto a la regulación del sueño y la vigilia. A menudo permanecen despiertos hasta tarde porque no pueden “apagar” sus mentes. Una vez dormidos, frecuentemente duermen como muertos y tienen grandes dificultades para levantarse por la mañana.
  
4. **Emoción:** manejar la frustración y controlar las emociones. Aunque el DSM-IV (clasificación internacional de los trastornos mentales) no reconoce ningún síntoma relacionado con el manejo de las emociones como un aspecto del TDA/H, muchas personas

con este desorden dicen experimentar dificultades crónicas en relación al manejo de la frustración, la ira, la ansiedad, la desilusión, el deseo y otras emociones. Hablan como si estas emociones se apoderaran de su pensamiento así como los virus de computadoras invaden un PC, lo que les hace imposible prestar atención a cualquier otra cosa. Les resulta sumamente difícil poner las emociones en perspectiva, colocarlas en la trastienda de la mente y proseguir con lo que necesitan hacer.

5. **Memoria:** usar la memoria funcional y tener acceso al recuerdo. Con frecuencia, las personas con TDA/H señalan que poseen una memoria adecuada o excepcional para cosas que ocurrieron mucho tiempo atrás, pero experimentan grandes dificultades a la hora de poder recordar dónde acaban de poner algo, lo que alguien les dijo un minuto atrás o qué estaban por decir. Pueden describir cierta dificultad para tener una o varias cosas “en línea” mientras atienden otras tareas. Además, las personas con TDA/H a menudo se quejan porque no pueden extraer información que tienen en la memoria cuando la necesitan.
  
6. **Acción:** hacer seguimiento de la propia acción y controlarla. Muchas personas con TDA/H, incluso aquellas sin problemas de comportamiento hiperactivo, notifican problemas crónicos a la hora de controlar sus acciones. A menudo son demasiado impulsivas en lo que dicen o hacen, así como en su forma de pensar, por lo que llegan muy rápidamente a conclusiones erróneas. Las personas con TDA/H también dicen experimentar problemas cuando desean hacer un seguimiento del contexto en el cual están interactuando. No logran advertir cuándo los demás se sienten desconcertados, heridos o contrariados por lo que ellas acaban de decir o hacer, y por lo tanto no alteran su comportamiento en respuesta a circunstancias específicas. Asimismo, muchas veces dicen experimentar dificultades crónicas cuando desean controlar el ritmo de sus acciones: desacelerarse o acelerarse según lo necesiten para tareas específicas.

Las alteraciones emocionales en el TDA/H apenas se han explorado porque el interés de los investigadores se ha centrado hasta el momento en los aspectos cognitivos del trastorno. Por este motivo, los estudios sobre el funcionamiento de las habilidades relacionadas con la competencia emocional en adultos con TDA/H son escasas y aún más cuando el TDA/H se presenta asociado al TUS. A pesar de que los deterioros debidos al TDA/H habitualmente incluyen dificultades crónicas en la autorregulación de la emoción y en la autorregulación por la emoción, los criterios diagnósticos del TDA/H establecidos actualmente no hacen referencia a problemas de la regulación emocional, aunque numerosos investigadores han descrito que los pacientes con TDA/H tienden a tener problemas crónicos en la regulación de las emociones. Los criterios de Utah de Wender (1995) para el TDA/H incluyen “labilidad efectiva”, “temperamento vivo” y “reacciones excesivas” entre los síntomas del TDA/H. Las escalas *Adult ADHD Rating Scales* (Escala de puntuación del TDA/H en adultos) de Conners, Erhardt, y Sparrow (1999) incluyen cuatro preguntas relacionadas con la regulación emocional.

Durante décadas, la investigación científica sobre las funciones cognitivas humanas excluyó cualquier referencia a la emoción. Desde mediados de los años noventa, un número creciente de investigadores han reconocido que la emoción y el procesamiento de la información son inseparables en la mente humana. Dodge (1991) afirmó que el procesamiento de la información nunca carece de emoción: *“Todo procesamiento de información es emocional, en el sentido de que la emoción es el nivel de energía que impulsa, organiza, amplifica y atenúa la actividad cognitiva”*.(p.151)

La interacción entre emoción y funciones ejecutivas del encéfalo es bidireccional. Las funciones ejecutivas no sólo son activadas y mantenidas por la emoción, sino que también

participan en la modulación de la emoción y en el control de su efecto sobre la conducta. Como señala Denckla (1996), un elemento muy básico de la evolución de la capacidad de autocontrol de un individuo, desde los años preescolares en adelante, es el desarrollo de la capacidad de inhibir y modular la expresión de la emoción, para que una emoción intensa no influya de manera inadecuada en tareas cognitivas importantes, o se desborde en conductas impulsivas que pueden ser perjudiciales o mal adaptativas por otros motivos.

El presente estudio subraya la importancia de realizar investigaciones que aborden el tema de las disfunciones en la autorregulación emocional en el TDA/H. Asimismo, se subraya la necesidad de evaluar las competencias emocionales en la práctica clínica y de entrenar estas habilidades con el objetivo de mejorar la autorregulación emocional de las personas con TDA/H.

## **II. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4 Delimitación de los objetivos del estudio**

Las asociaciones observadas desde la práctica clínica entre TDA/H, TUS e IE parecen tener suficiente apoyo en las investigaciones mencionadas. Entre ellas se pueden destacar, las investigaciones recientes como la de William et al (2008) que relacionan el TDA/H con anomalías electrofisiológicas en el reconocimiento de emociones básicas, y las investigaciones de Brackett, Mayer y Warner. (2004) que indican una relación negativa entre IE y consumo de drogas.

Además, la presencia comórbida de TDA/H y TUS adquiere una importancia especial a la hora de abordar el tratamiento de uno y otro trastorno. Por lo tanto, la detección de TDA/H en los pacientes con TUS orienta a la posibilidad de intervenciones específicas.

Las dificultades que presentan ambos trastornos en la regulación emocional y la relación que esta dificultad tiene con la abstinencia al consumo de drogas, justifican suficientemente la elaboración de programas que faciliten la adquisición de habilidades que mejoren la autorregulación emocional de estos pacientes.

Con la presente investigación se pretendía analizar, en primer lugar, las relaciones existentes entre TDA/H y TUS; en segundo lugar las relaciones entre estas dos problemáticas e Inteligencia Emocional, en comparación con la población normal; y en tercer lugar, los resultados de un nuevo procedimiento de intervención para el incremento de la inteligencia emocional en la población de adictos de este Centro, con el objetivo de incrementar la eficacia de las intervenciones realizadas en el *Centro de Tratamiento de Adicciones* de Algeciras (C.T.A.);

Con este fin, establecimos **tres fases en la investigación**, cada una de ellas con un objetivo específico.

- **Objetivo 1ª Fase:** Analizar si existe una asociación significativa entre adicciones y TDA/H en los pacientes del C.T.A., en comparación con la población normal.
- **Objetivo 2ª Fase:** Analizar si existen diferencias en el Cociente Emocional (C.E.) de pacientes con TUS, pacientes con TUS comórbidos con TDA/H y no consumidores.
- **Objetivo 3ª Fase:** Valorar el incremento de la efectividad del programa habitual de Entrenamiento Emocional administrado en el CTA de Algeciras para un incremento del C.E. en la población de adictos, mediante la incorporación de una nueva modalidad terapéutica de carácter grupal al procedimiento convencional.

## 5 Fase 1: Análisis de la asociación entre las adicciones y el TDA/H

### 5.1 Objetivo

La primera fase tuvo un carácter descriptivo. Su objetivo fue analizar la posible existencia de una asociación significativa entre las adicciones y el TDA/H. ¿Por qué estudiar la incidencia de TDA/H entre los pacientes con diagnóstico de TUS?

Las razones principales para la realización de esta fase del estudio fueron las siguientes:

- Ambos trastornos interactúan en una variedad de aspectos, incluyendo el solapamiento de síntomas clínicos y la evolución de ambas patologías (Krause *et al.*, 2002; Tercyak *et al.*, 2002).
- Numerosos estudios han referido una elevada prevalencia de TDA/H entre pacientes con diferentes conductas adictivas, en comparación con controles (Wilens, 2004; Faraone *et al.*, 2007).
- Hay estudios que señalan que la probabilidad de que la dependencia de una sustancia se pueda cronificar es 5 veces mayor en los pacientes con TDA/H, respecto a los controles (Biederman *et al.*, 2003).
- Los pacientes con TDA/H necesitan una media de 4 años más que los controles para conseguir la remisión de la drogodependencia (Wilens *et al.*, 2003).

## 5.2 Hipótesis 1

En esta primera fase del estudio se postuló lo siguiente:

*La prevalencia de síntomas asociados al TDA/H en la población adicta será superior a la que se observa en la población no adicta.*

La mayor parte de los estudios de prevalencia del TDA/H en adultos no adictos coinciden en encontrar una prevalencia entre el 3 y el 4 % (Murphy & Barkley, 1996; Heiligenstein et al, 1998; Faraone et al, 2004). Por otra parte, en los estudios realizados con pacientes que consultan por problemas derivados del consumo de alcohol, cocaína o heroína, se ha encontrado una mayor prevalencia del TDA/H respecto a la población general. De esta manera, se estima que entre el 31 % y el 75% de pacientes con dependencia al alcohol presentan criterios de TDA/H en la infancia, y hasta un 35 % de pacientes cocainómanos presentan un TDA/H (Sullivan & Levin, 2001).

## 5.3 Método

### 5.3.1 Participantes

La población objeto de estudio estuvo formada por los sujetos que demandaron atención psicológica en el *Centro de Tratamiento de Adicciones* de Algeciras (C.T.A.) durante el periodo comprendido entre noviembre y abril del 2011. Estos sujetos fueron asignados de forma aleatoria al profesional responsable del estudio. Un total de 151 participantes tomó parte en el estudio, de los cuales el 90,7 % eran hombres y el 9,3 % mujeres. Esta diferencia

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
 porcentual es la observada habitualmente en las demandas de tratamientos en este recurso. La edad media fue de 34,95 años y la DT de 9,65.

En relación al tipo de droga origen del problema, podemos observar en la tabla nº1 que las drogas más representadas son por igual el alcohol y la cocaína, seguida de el *cannabis*.

**Tabla N° 1.** Porcentajes del tipo de Droga Problema en los participantes

	Frecuencia	Porcentaje
Cannabis	31	20,5
Alcohol	47	31,1
Cocaína	47	31,1
Opiáceos	19	12,6
Otras	7	4,6
Total	151	100,0

### 5.3.2 Instrumentos

Para valorar la presencia de sintomatología asociada al TDA/H se utilizó, además de la entrevista clínica, dos instrumentos de *screening*, el WURS para valorar los síntomas en la infancia y el ASRS para la edad adulta.

- ***Wender-Utah Rating Scale (WURS)***

*Autores:* M.F. Ward, P.H. Wender, F.W. Reimherr (Ward, Wender y Reimherr,1993)

*Versión española:* Rodríguez- Jiménez Caumel (2001)

*Evalúa:* Antecedentes de TDA/H de manera retrospectiva.

*Nº de ítems:* 61

*Administración:* autoaplicada.

En el ámbito anglosajón se utiliza con frecuencia la WURS para evaluación retrospectiva de pacientes adultos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 61 ítems, entre los que se han seleccionado 25 por su capacidad para discriminar a los pacientes adultos con antecedentes de TDA/H en la infancia. Esta versión reducida es la utilizada en nuestro estudio.

Todos los ítems hacen referencia al encabezamiento “*De pequeño yo era (o tenía o estaba)*”. Cada ítem puntúa 0 (nada en absoluto) 1 (un poco) 2 (moderadamente) 3 (bastante) 4 (mucho).

En resumen, se trata de un instrumento sencillo, de fácil comprensión por parte de los pacientes, autoaplicado y de rápida corrección. En la población de pacientes con conductas adictivas ha demostrado ser muy útil para identificar a los que presentaban antecedentes de sintomatología propia del TDA/H en la infancia. Varias investigaciones han mostrado que la *Wender Utah Rating Scale* (WURS) posee una alta precisión diagnóstica (Fossati et al 1995; Ward et al 1993).

Esta herramienta tiene una versión española validada por Rodríguez-Jiménez Caumel y Roberto (2001), que ha sido la utilizada en el presente estudio. En este trabajo se eligieron los 25 ítems que mejor discriminaban entre TDA/H y controles en nuestro medio.

El coeficiente alfa de Cronbach para los 25 ítems seleccionados fue de 0,94. Dicho coeficiente se mantiene en 0,94 al considerar los 61 ítems del cuestionario. El punto de corte de 32 maximiza sensibilidad y especificidad siendo respectivamente de 91,5% y 90,8 %. El valor predictivo positivo es de 81% y el valor predictivo negativo es de 96%. El total de

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
sujetos mal clasificados es del 9 %. Con el punto de corte de 37 se obtiene una especificidad del 95% (Rodríguez Jiménez, et Al, 2001).

- ***Escala de cribado de Síntomas de Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDA/H) en Adulto – V.1.1. (ASRS-V1.1)***

Esta escala fue desarrollada en conjunto por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) y el grupo de trabajo formado por Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, et al. (2005).

La lista de síntomas muestra que es un instrumento consistente con dieciocho criterios del DSM-IV-TR. Seis de las dieciocho preguntas están basadas en los síntomas más predictivos consistentes con el TDA/H. Estas seis preguntas son la base para el ASRS v1.1 *screener* y también son la parte A de la lista de síntomas. La parte B contiene las 12 preguntas restantes.

Las respuestas que se obtienen en la Sección A son las que más pueden predecir un trastorno y son las que se usan mejor como instrumento de filtrado.

Las propiedades psicométricas encontradas en la versión americana, en una muestra representativa de la población general, fueron las siguientes: sensibilidad 68,7%, especificidad 99,5 %, precisión de la clasificación total 97,9 % y kappa 0,76.

Se ha publicado un estudio del instrumento realizado en España, que concluye que el ASRS-v1.1 es un instrumento de cribado sencillo, útil y de aceptable validez para identificar TDA/H entre pacientes con TUS (Ramos-Quiroga, et al., 2009).

### **5.3.3 Diseño**

Para analizar la prevalencia de síntomas asociados al TDA/H entre pacientes con diagnóstico de TUS se utilizó un diseño cuantitativo, *expost-facto* de tipo descriptivo transversal, realizado con los usuarios del *Centro de Tratamiento de Adicciones* (C.T.A.) de Algeciras.

### **5.3.4 Procedimiento**

En primer lugar se procedió a la selección de los sujetos participantes en la investigación. Para ello se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

*Criterios de inclusión:*

- Ser paciente del C.T.A. (*Centro de Tratamiento de Adicciones*) de Algeciras y demandar tratamiento por abuso de sustancias.
- Llevar, al menos, abstinentes dos semanas antes de la primera valoración psicológica.
- Ser mayor de 18 años.

*Criterios de exclusión:*

- Tener alguna incapacidad psicológica o física para la correcta cumplimentación de los cuestionarios, como por ejemplo, síndrome de abstinencia o desorganización cognitiva.

A continuación se evaluó sistemáticamente a todos los pacientes derivados a valoración psicológica, que fueron asignados aleatoriamente al profesional responsable del estudio. El proceso de evaluación se realizó en dos entrevistas de aproximadamente una hora cada una. En la primera de ellas se administró de manera sistemática el siguiente **protocolo**:

- **Primera entrevista:** explicación de los objetivos del estudio, firma del consentimiento informado por parte de los pacientes y el entrevistador (psicóloga responsable del estudio), recogida de las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, hijos, nivel de estudios, situación laboral), además de indagar sobre conductas adictivas, datos clínicos sobre consumo de sustancias, edad de inicio.
- **Segunda entrevista:** se administró la WURS para determinar síntomas retrospectivos de TDA/H en la infancia y la ASRS-v1.1 para valorar sintomatología TDA/H en la edad adulta. Se pasaron ambos cuestionarios a todos los usuarios derivados a valoración diagnóstica con Psicóloga y que cumplían con los criterios de inclusión, un total de 151 sujetos.

### **5.3.5 Resultados**

Para determinar la prevalencia de síntomas asociados al diagnóstico de TDA/H se adoptó como criterio obtener un punto de corte en la WURS de 37, que garantizase una especificidad del 95% (Rodríguez –Jiménez, et al, 2001), y presentar síntomas altamente consistentes con TDA/H en Adultos, según el ASRS. Seguidamente, se analizó la distribución porcentual del TDA/H en la muestra de 151 pacientes con TUS.

La prevalencia de síntomas asociados al diagnóstico de TDA/H de pacientes en tratamiento por uso de sustancias en el CTA de Algeciras fue del 35,1 %.(Tabla 2) .

**Tabla 2.** Análisis de la prevalencia de TDA/H en pacientes en tratamiento por uso de sustancias

TDA/H	Frecuencia	Porcentaje
No	98	64,9
Si	53	35,1
	151	100,0

**Tabla N° 3.** Prueba de chi-cuadrado

**Estadísticos de contraste**

	TDAHtotal
Chi-cuadrado <sup>a</sup>	13,411
gl	1
Sig. asintót.	,000

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 75,5.

#### 5.4 Discusión y conclusiones preliminares de la Fase 1

Una vez analizados los resultados de la primera fase de la investigación, y teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio en relación a la falta de recogida de datos de población no consumidora, a los que se les haya evaluado el TDA/H., podemos concluir que se confirma la hipótesis de partida que nos planteamos comprobar con la presente investigación: es decir, que la prevalencia de síntomas asociados al TDA/H en el CTA de Algeciras (35,1%) es superior a la observada en la población sin TUS (3% a 4 %), según los datos epidemiológicos existentes. Señalar también que estos resultados son similares a los observados en otros estudios de prevalencia con población adicta, ya citados en el presente estudio.

Este alto porcentaje justifica suficientemente una intervención diagnóstica de mayor profundidad con el objetivo de confirmar esta patología, que tan determinante es para el éxito terapéutico de los pacientes adictos.

La detección del TDA/H en población adicta es de suma importancia ya que tiene implicaciones terapéuticas importantes, como la valoración de psicofármacos específicos para este trastorno que, en principio, no se considerarían para el tratamiento de las adicciones. También el acercamiento psicoterapéutico se ve facilitado al mejorar la comprensión de actitudes y tendencias conductuales por parte del psicólogo y la mayor disposición hacia el tratamiento psicoterapéutico de estos pacientes una vez estabilizados con el tratamiento farmacológico propio del TDA/H.

## **6 Fase 2: Análisis de las diferencias en Inteligencia Emocional entre TDA/H, TUS y sujetos sanos**

### **6.1 Objetivos**

Las dificultades en la gestión de las emociones es una constante entre los pacientes con TUS, sin embargo, la impresión clínica es que estas dificultades se agravan cuando el TUS es comórbido con el TDA/H. Aunque los criterios diagnósticos del TDA/H establecidos actualmente no hacen referencia a problemas de la regulación emocional, existen numerosas investigaciones que han descrito que los pacientes con TDA/H tienden a tener problemas crónicos en la regulación de las emociones. Por ejemplo, los criterios de UTA de Wender (1995) para el TDA/H incluyen “labilidad afectiva”, “temperamento vivo” y “reacciones

excesivas” entre los síntomas del TDA/H. Las escalas *Adult ADHD Rating Scales* (Escala de puntuación del TDA/H en adultos) de Conners incluyen cuatro preguntas relacionadas con la regulación emocional. Estos datos clínicos, obtenidos de diversas muestras, indican que los problemas de la regulación emocional constituyen un aspecto significativo de los problemas fundamentales de los pacientes con TDA/H que, simplemente, se han pasado por alto en los criterios del TDA/H del manual DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*) y en la versión revisada, DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*).

## **6.2 Hipótesis**

En esta segunda fase de la investigación se pretende comprobar si esta impresión clínica se ve confirmada a la luz de los datos analizados con una muestra de pacientes. Se hipotetiza que:

*“a mayor psicopatología, menor Cociente Emocional Total (CET). Por lo tanto, los sujetos No Consumidores (NC) serán los que presenten un mayor CET, seguidos de los pacientes diagnosticados con TUS y, en último lugar, de los que sufren el doble diagnóstico (TUS + TDA/H)”.*

## **6.3 Método**

### **6.3.1 Participantes**

La muestra utilizada para esta segunda fase del estudio estuvo formada por 102 sujetos distribuidos en tres grupos diagnósticos distintos (NC, TUS y TDA/H+TUS). Cada grupo constaba de 34 sujetos. El grupo de NC estaba formado por sujetos de la comunidad de

Algeciras, seleccionados en función de la disponibilidad para acceder a ellos en los tiempos que marca el estudio. Los criterios de selección fueron: no sufrir adicción a ninguna sustancia psicoactiva o comportamiento adictivo, así como no presentar trastornos psiquiátricos.

La edad media de la muestra fue de 37,2 años (dt = 10,87 años; rango 18-57 años). A continuación se puede observar la distribución por grupo de edad (Tabla 4). La prueba de *chi-cuadrado* nos indicó que las variables *grupos diagnósticos* (GRUPOS) y *grupo de edad* (GEdad) no estaban relacionadas (Tabla 5).

**Tabla N° 4.** Grupos x Edad

		GRUPOS			Total
		NC	TUS	TDAH +TUS	
GEdad	Menor de 25	29,4%	11,8%	14,7%	18,6%
	Entre 25 y 40	20,6%	38,2%	38,2%	32,4%
	Mayores de 40	50,0%	50,0%	47,1%	49,0%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla N° 5.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,485 <sup>a</sup>	4	,241
N de casos válidos	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 6,33.

En la tabla 6 podemos observar la distribución por sexo de cada grupo diagnóstico. Tanto en el grupo TUS como en el grupo TDA/H + TUS, la población masculina fue sensiblemente superior a la femenina. Sin embargo, en la población de NC se encontraron más igualados ambos sexos, tal y como ocurre en la población general donde la proporción de hombres y mujeres está prácticamente igualada entre los no consumidores, siendo sensiblemente superior la proporción de hombres frente a la de mujeres entre los consumidores. Según el censo del

2011 del *Instituto Nacional de Estadística* de España, la proporción de hombres y mujeres fueron de 49,3 % y de 50,7 % respectivamente.

El estadístico *chi-cuadrado* nos mostró una relación significativa entre las variables *sexo* y *grupos diagnósticos*, en el presente estudio (Tabla 7).

**Tabla N° 6.** Grupos x Sexo

		GRUPOS			Total
		NC	TUS	TDA/H+TUS	SANOS
Sexo	HOMBRE	47,1%	79,4%	94,1%	73,5 %
	MUJER	52,9%	20,6%	5,9%	26,5 %
	Total	100,0%	100,0%	100 ,0%	100,0%

**Tabla N° 7.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,249 <sup>a</sup>	2	,000
N de casos válidos	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 9,00.

Seguidamente se presenta, asimismo, una descripción sociodemográfica de los grupos objeto de estudio. En cuanto a la situación laboral, los grupos de consumidores (TUS y TDA/H+TUS) se equipararon, presentando unos índices de paro sensiblemente superiores al del grupo de NC (Tabla 8).

**Tabla N° 8:** Situación Laboral

		GRUPOS		
		NC	TUS	TDAH +TUS
SitLaboral	Parado	32,4%	52,9%	52,9%
	Trabajando	67,6%	47,1%	47,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

No obstante, la prueba de *chi-cuadrado*, no mostró una relación significativa entre las variables *Situación Laboral* y *Grupos diagnósticos* de los participantes de este estudio (Tabla 9).

**Tabla N° 9.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,867 <sup>a</sup>	2	,145
N de casos válidos	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 15,67.

La variable nivel de estudios mostró bastante descompensación en cuanto a la representación de cada uno de los grupos, tal y como lo refleja la prueba de *chi-cuadrado*, que indicó que las variables *nivel de estudios* (NEstudios) y *grupos diagnósticos* (Grupos) estaban relacionadas. Se puede observar cómo, a mayor gravedad diagnóstica, mayor porcentaje de sujetos sin estudios (Tablas 10 y 11).

**Tabla N° 10.** Nivel de Estudios

		GRUPOS		
		NC	TUS	TDAH+TUS
NEstudios	Sin estudios	,0%	26,5%	35,3%
	Graduado Escolar, ESO	20,6%	38,2%	55,9%
	Bachiller o FP	32,4%	20,6%	5,9%
	Estudios Universitarios	47,1%	14,7%	2,9%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla N° 11.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,236 <sup>a</sup>	6	,000
	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 6,67.

El dato más significativo en relación al *estado civil* fue el porcentaje de divorciados, superior entre los grupos de consumidores. Sin embargo, la prueba de *chi-cuadrado* indicó que no existía relación entre las variables *estado civil* y *grupos diagnósticos* del presente estudio (Tablas 12 y 13).

**Tabla N° 12.** Estado Civil

		GRUPOS		
		NC	TUS	TDAH +TUS
Estado Civil	Soltero	41,2%	38,2%	35,3%
	Casado	52,9%	41,2%	47,1%
	Separado, Divorciado	5,9%	20,6%	17,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla N° 13.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,454 <sup>a</sup>	4	,485
N de casos válidos	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 5,00.

El grupo TDA/H + TUS presentó un mayor porcentaje de hijos, igualándose en el caso de los grupos NC y TUS (Tabla 14). La prueba de *chi-cuadrado* entre las variables *Hijos* y *Grupos* no presentaron una relación significativa (Tablas 14 y 15).

**Tabla N° 14.** Hijos

		GRUPOS		
		NC	TUS	TDAH +TUS
Hijos	No	52,9%	52,9%	38,2%
	Si	47,1%	47,1%	61,8%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla N° 15.** Prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,964 <sup>a</sup>	2	,375
N de casos válidos	102		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 16,33.

### 6.3.2 Instrumentos

El instrumento diagnóstico utilizado para evaluar la inteligencia emocional fue el *Inventario de Cociente Emocional de Bar On - ICE* (BarOn, 1997): Elaborado por Reuven Baron con la denominación EQ-I (*Emotional Quotient Inventory*), traducido y revisado en el Perú por Zoila Abanco, Leonardo Higuera y Jorge Cueto (Abanco, Higuera y Cueto, 2000). Test de administración individual y colectiva, aplicable a sujetos mayores de 16 años, que permite evaluar aptitudes emocionales de la personalidad, determinantes para alcanzar el éxito general y mantener una salud emocional positiva. Incluye 133 ítems con cinco alternativas de respuesta cada uno, requiriendo su administración entre 30 a 40 minutos; sin embargo, no existen límites de tiempo impuestos. La evaluación genera resultados de tres escalas de validez, un resultado de Cociente Emocional Total, resultados de cinco componentes compuestos: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general; además de quince subcomponentes del Cociente Emocional.

#### *Ficha técnica*

- *Nombre original.*- EQ-I BarOn Emocional Quotient Inventory.
- *Autor.*- Reuven BarOn.
- *Procedencia.*- Toronto-Canadá.
- *Adaptación peruana.*- Nelly Ugarriza.
- *Administración.*- Individual o colectiva. Tipo cuadernillo.
- *Duración.*- Sin límite de tiempo. Aproximadamente de 30 a 40 minutos.

- *Aplicación.*- Sujetos de 15 años y más. Nivel lector de sexto grado de primaria.
- *Puntuación.*- Calificación manual o computarizada.
- *Significación.*- Estructura factorial: 1 CE-T-5. Factores componentes: 15 subcomponentes.
- *Tipificación.*- Baremos peruanos.
- *Usos.*- Educacional, clínico, jurídico, médico, laboral y en la investigación. Son potenciales usuarios aquellos profesionales que se desempeñan como consultores de desarrollo organizacional, psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, consejeros y orientadores vocacionales.
- *Materiales.*- Cuestionario que contiene los ítems del I-CE, hoja de repuestas, plantilla de corrección, hoja de resultados y perfiles (A,B).

En el anexo se presenta el inventario de inteligencia emocional utilizado, bajo un formato de escala de respuesta tipo Likert de autoclasificación de cinco puntos: a) rara vez o nunca es mi caso; b) pocas veces es mi caso; c) a veces es mi caso; d) muchas veces es mi caso; y e) con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

### **6.3.3 Diseño**

Para estudiar la relación entre el CE (variable independiente), y sus cinco componentes, y la categoría diagnóstica o *GDiagnostico* (Grupo Diagnóstico, variable independiente) se utilizó un diseño cuantitativo, *ex-post-facto* de tipo comparativo.

#### 6.3.4 Procedimiento

La muestra utilizada para esta segunda fase del estudio se extrajo, por un lado, entre aquellos usuarios de la muestra inicial (n=151) que concretaron una demanda de tratamiento psicológico y, por otro, de la población general no consumidora, tal y como ya se ha referido.

Como los pacientes pertenecientes a la muestra de la fase primera ya habían sido valorados en relación a la presencia o no de sintomatología asociada al TDA/H, estos fueron distribuidos en dos grupos según presentaran un diagnóstico TUS o TDA/H + TUS.

Los grupos resultantes constaron de 34 sujetos para cada categoría diagnóstica (TUS = 34; TDA/H + TUS = 34; NC = 34). Dado que el diagnóstico de TUS presentó una mayor frecuencia, se seleccionaron a los primeros 34 pacientes atendidos en esta fase, así como a todos los diagnosticados con TDA/H + TUS.

En esta segunda fase se valoró el CE de los tres grupos diagnósticos, global y en cada uno de sus componentes. Para ello se utilizó el *Inventario del Cociente Emocional* (EQ-I) de BarOn, que fue administrado individualmente por la psicóloga responsable del estudio.

#### 6.3.5 Resultados

Para analizar si los diferentes grupos definidos por la variable *GDiagnostico* (Grupo Diagnostico) diferían en la variable *CET* (Cociente Emocional Total), se llevó a cabo un análisis de varianza de un factor de medidas independientes, “Grupo diagnóstico” con tres niveles (No consumidores, TUS, TDA/H+TUS). Previamente se comprobó el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Tal y como podemos observar en la tabla 16, los estadísticos de los tres grupos mostraron asociados niveles críticos mayores que 0,05, lo que permitió concluir que el CET de los tres grupos procedían de poblaciones normales.

**Tabla N° 16.** Prueba de Normalidad

		Pruebas de normalidad			Pruebas de normalidad		
GDiagnosticos		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Cociente Emocional Total	No Consumidores	,149	34	,053	,956	34	,191
	TUS	,082	34	,200*	,979	34	,749
	TDAH y TUS	,109	34	,200*	,968	34	,403

\*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Igualmente se cumplió el criterio de homocedasticidad, ya que el contraste de Levene sobre igualdad de varianza presentó un nivel crítico mayor que 0,05 y, por tanto, las poblaciones definidas por los tres grupos en la variable CET presentaron varianzas iguales (Tabla 17).

**Tabla N° 17.** Prueba de homogeneidad de varianzas

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Cociente Emocional Total			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,370	2	99	,692

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos de las variables del estudio obtenidos por los participantes en el cuestionario ICE.

Para poder interpretar dichos resultados, debemos tener en cuenta que los resultados iniciales del ICE son convertidos en resultados estándar basados en un promedio de 100 y una desviación

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*  
 estándar de 15, esto facilita la comparación con el grupo normativo y, teóricamente, del resto de la población.

Los resultados altos por encima de 100 en el ICE, señalan a personas “emocionalmente inteligentes”. Los resultados bajos indican una necesidad de mejorar las habilidades emocionales, en áreas específicas.

**Tabla N° 18.** Pauta de Interpretación de los resultados estándar

<b>Resultado estándar</b>	<b>Pauta Interpretativa</b>
130+	Marcadamente alta-capacidad emocional inusualmente bien desarrollada
120-129	Muy alta -capacidad emocional extremadamente bien desarrollada
110-119	Alta -Capacidad emocional bien desarrollada
90-109	Promedio- capacidad emocional adecuada
80-89	Baja-capacidad emocional subdesarrollada. Necesita mejorar
70-79	Muy baja-capacidad emocional extremadamente subdesarrollada.
Por Debajo de 70	Marcadamente baja-capacidad emocional inusualmente deteriorada.

En la Tabla N° 19 se puede observar que la media de todas las variables estudiadas es mayor en el grupo de *No Consumidores (NC)*, seguidos del *grupo TUS* y en último lugar el *grupo TDA/H+TUS*, tal y como se hipotetizó.

El *grupo de NC* presentó una puntuación en torno a la media poblacional en todas las variables, por lo tanto, se puede considerar que este grupo tiene una capacidad emocional adecuada. Sin embargo, *el grupo TUS* y *TDA/H+TUS* mostraron una capacidad emocional muy baja en la mayoría de los componentes del Cociente Emocional, a excepción del

componente interpersonal, en el que el grupo TUS presentó niveles bajos, mientras que en el grupo TDA/H+TUS fueron adecuados (Tabla 19).

**Tabla N° 19.** Datos descriptivos del CE Total y los componentes del Cociente Emocional.

G.Diagnostico		CE Total	Intrapersonal	Interpersonal	Adaptabilidad	Manejo del Estrés	Animo General
NO CONSUMIDORES	Media	95,88	97,06	100,59	93,47	90,29	94,71
	N	34	34	34	34	34	34
	Desv. típ.	14,380	18,673	15,559	20,972	12,670	16,558
TUS	Media	78,82	74,71	94,71	79,41	77,06	80,88
	N	34	34	34	34	34	34
	Desv. típ.	13,203	14,613	16,187	13,244	11,685	12,399
TDAH y TUS	Media	73,53	72,65	87,12	71,76	69,12	77,65
	N	34	34	34	34	34	34
	Desv. típ.	11,516	11,364	21,035	11,927	9,001	13,040
Total	Media	82,75	81,47	94,14	81,55	78,82	84,41
	N	102	102	102	102	102	102
	Desv. típ.	16,116	18,690	18,439	18,141	14,163	15,832

Para poder comparar el CET de estos tres grupos se llevaron a cabo ANOVAs de un factor de medidas independientes, “Grupo Diagnóstico”, con tres niveles. Tal y como puede observarse, tanto el *CET total* como todos los componentes, *Intrapersonal*, *Interpersonal*, *Adaptabilidad*, *Manejo del Estrés* y *Ánimo General*, arrojaron diferencias significativas (Tabla 20).

**Tabla N° 20.** Resultados de los ANOVAs de un factor de medidas independientes, “Grupo Diagnóstico” con tres niveles, para cada uno de los componentes del *Cociente Emocional*, para la muestra objeto de estudio

	F (2,99)	Sig.	Eta al cuadrado parcial
<b>CE Total</b>	27,092	,000	,354
<b>Intraindividual</b>	27,044	,000	,353
<b>Interindividual</b>	3,667	,029	,069
<b>Adaptabilidad</b>	15,899	,000	,243
<b>Manejo del Estrés</b>	30,876	,000	,384
<b>Ánimo General</b>	14,004	,000	,221

Posteriormente se llevaron a cabo comparaciones múltiples *post hoc* o comparaciones *a posteriori*, a partir del método *post hoc, de Scheffé*.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las comparaciones múltiples. Los grupos cuyas medias difirieron significativamente al nivel de significación establecido (0,05 por defecto) están marcados con un asterisco (Tabla 21).

**Tabla N° 21. Prueba post hoc**

**Comparaciones múltiples**

Scheffé

Variable dependiente	(I) GDiagnosticos	(J) GDiagnosticos	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Intrapersonal	NO CONSUMIDORES	TUS	22,353*	,000
		TDAH y TUS	24,412*	,000
	TUS	NO CONSUMIDORES	-22,353*	,000
		TDAH y TUS	2,059	,855
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-24,412*	,000
		TUS	-2,059	,855
Interpersonal	NO CONSUMIDORES	TUS	5,882	,397
		TDAH y TUS	13,471*	,009
	TUS	NO CONSUMIDORES	-5,882	,397
		TDAH y TUS	7,588	,217
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-13,471*	,009
		TUS	-7,588	,217
Adaptabilidad	NO CONSUMIDORES	TUS	14,059*	,002
		TDAH y TUS	21,706*	,000
	TUS	NO CONSUMIDORES	-14,059*	,002
		TDAH y TUS	7,647	,145
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-21,706*	,000
		TUS	-7,647	,145
M de Estrés	NO CONSUMIDORES	TUS	13,235*	,000
		TDAH y TUS	21,176*	,000
	TUS	NO CONSUMIDORES	-13,235*	,000
		TDAH y TUS	7,941*	,017
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-21,176*	,000
		TUS	-7,941*	,017
Animo general	NO CONSUMIDORES	TUS	13,824*	,001
		TDAH y TUS	17,059*	,000
	TUS	NO CONSUMIDORES	-13,824*	,001
		TDAH y TUS	3,235	,641
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-17,059*	,000
		TUS	-3,235	,641
CE Total	NO CONSUMIDORES	TUS	17,059*	,000
		TDAH y TUS	22,353*	,000
	TUS	NO CONSUMIDORES	-17,059*	,000
		TDAH y TUS	5,294	,254
	TDAH y TUS	NO CONSUMIDORES	-22,353*	,000
		TUS	-5,294	,254

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Los resultados muestran que las medias del *CET* de los tres grupos (NC, TUS y TDA/H+TUS) difirieron significativamente entre sí en todos los componentes, especialmente en lo relativo a las diferencias entre el *grupo NC* y los dos grupos de pacientes. No obstante, los dos grupos con diagnóstico únicamente presentaron diferencias significativas en el *Manejo del estrés*. Por otro lado, el único componente en donde no hubo diferencias significativas entre los NC y TUS fue la *Interpersonal*.

No obstante, con muestras pequeñas es recomendable analizar el tamaño del efecto para valorar la relevancia de las diferencias encontradas, aun siendo éstas no significativas (Hubbard y Ryan, 2000; Vacha-Haase, 2001). Una diferencia *no estadísticamente significativa* puede ser *grande e importante* en una situación dada (Morales Vallejo, 2012). Por este motivo, se procedió a calcular el tamaño del efecto (*d* de Cohen) entre los grupos TUS y TDA/H + TUS. Los resultados obtenidos mostraron que la magnitud de las diferencias entre ambos grupos fueron pequeñas en los componentes interpersonal (.290) y ánimo general (.289), moderada en el CE total (.433) y grande en el componente manejo del estrés (.772).

#### **6.4 Discusión preliminar de la fase 2**

Una vez analizados los resultados de la segunda fase del presente estudio, podemos concluir que la hipótesis de partida se confirmó parcialmente: a mayor patología menor *Cociente Emocional*, pero únicamente para el componente *Manejo del Estrés*, dado que en el resto de variables consideradas hubo diferencias significativas, pero básicamente entre el *grupo de no consumidores* y cada uno de los otros dos grupos diagnósticos, que no se diferenciaron entre si. Por lo tanto, sólo se confirmó que el Manejo del estrés de los sujetos

pertenecientes al grupo de NC fue mayor que el de los pacientes con diagnóstico de TUS, y éste último mayor, a su vez, que el de los sujetos TDA/H+TUS.

La dificultad para manejar el estrés es una de las debilidades propias de los sujetos que sufren adicción a las drogas. Hasta el punto que esta falta de habilidad suele estar por detrás de las recaídas que sufren. Razón por la que los programas de prevención de recaídas se centran fundamentalmente en mejorar esta capacidad. Los resultados del presente estudio vienen a mostrarnos que la dificultad para manejar el estrés constituye una diferencia significativa entre los tres grupos diagnósticos.

Sin embargo, el resto de variables no son significativamente distintas dentro de la población consumidora, con o sin TDA/H. Las diferencias, tan sólo son apreciables entre la población No Consumidora y la Consumidora. Tampoco son significativas las diferencias encontradas entre CE del *grupo NC y TUS* en la del componente *Interpersonal*. Aunque si lo son entre *NC y TDA/H+TUS*.

Por último, señalar que al tratarse de muestras pequeñas, con las que son tan difíciles encontrar diferencias significativas, es importante para las conclusiones del estudio valorar el tamaño del efecto. Este indicador muestra un mayor apoyo a la hipótesis de partido, dado que la magnitud de las diferencias entre los grupos TUS y TDA/H + TUS es grande para el manejo del estrés y moderado para el CE total, si bien pequeño para el resto de los componentes.

## **7 Fase 3: Valoración de la efectividad de un programa de Entrenamiento Emocional específico para un incremento del Cociente Emocional, respecto a la de un programa de intervención estándar en pacientes adictos**

### **Objetivo**

En la fase 2 se llegó a la conclusión de que los pacientes con diagnóstico de TUS o TDA/H + TUS presentan un *Cociente Emocional* significativamente menor que los sujetos no consumidores, y que entre los pacientes con diagnóstico de TUS y TDA/H+TUS, las diferencias significativas se localizan en el componente de *Manejo del Estrés*.

Estos resultados vienen a confirmar la impresión clínica de que las grandes dificultades que los pacientes muestran en la autorregulación emocional están en la base de sus adicciones. Hacen uso de determinadas sustancias con el fin de lograr un mayor bienestar emocional. Sin embargo, el uso de las drogas como estrategia habitual ante los conflictos, limita su capacidad de afrontamiento.

Son víctimas de sus impulsos, hasta tal punto, que ellos mismos son espectadores de sus propias conductas. Conductas, en muchos casos, desadaptativas, causadas por su incapacidad para evaluar y, consecuentemente, responder con flexibilidad ante un entorno cambiante.

Se observa cómo el abandono del consumo de las drogas no termina con las dificultades adaptativas de los pacientes. Las drogas han sido durante mucho tiempo su “estrategia autorreguladora” y, con la abstinencia a ellas, los pacientes nos hablan de un “vacío” que debe llenarse, un “vacío” de estrategias de afrontamiento emocional.

La relación que hasta entonces han tenido con el mundo emocional ha sido, en muchos casos, caótica. Se han sentido “poseídos” por las emociones, huyendo de las molestas y en búsqueda constante de las placenteras. Por estas razones, y a la vista de los resultados obtenidos en la fase 2, en donde se ha podido apreciar los menores niveles de inteligencia emocional de los pacientes consumidores, frente a la población normal no consumidora, en general, y el deterioro progresivo en el manejo del estrés asociado a la mayor gravedad diagnóstica, se diseñó un programa específico de entrenamiento emocional inspirado en el modelo BarOn, con la finalidad de fortalecer las competencias emocionales de los pacientes del CTA de Algeciras, y cuya valoración constituye el objetivo de estudio de esta tercera fase.

Habitualmente, los pacientes derivados a tratamiento psicológico siguen un protocolo estándar de psicoterapia individual más atención en línea, a través de un *blog* de psicología positiva.

En la presente investigación, al programa de intervención estándar individualizado se añadió un entrenamiento emocional específico, en formato grupal, en el que se trabajaron cada una de las competencias emocionales. Se considera que el formato grupal puede mejorar el tratamiento estándar por las siguientes razones:

- Favorecer el desarrollo de la independencia del paciente, estimulando la confianza en los propios recursos.
- Compromiso público de cambio ante el resto del grupo.
- Motivación para el cambio ante la percepción de los logros de otros, afianzando la confianza en que el cambio es posible.

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

- Aprendizaje a través de la ayuda de otras personas, en que cada paciente se convierte en una red de apoyo social para el resto de los integrantes de grupo.
- Oportunidad de confrontar una situación concreta en forma directa, en un marco terapéutico que posibilita ir trabajando los procesamientos disfuncionales que generan malestar.
- Beneficiarse de la riqueza de situaciones que los otros miembros del grupo aportan.
- Amortización de los costes económicos.

En el grupo experimental del presente estudio ambos tratamientos, el estándar y el grupal, fueron intercalados ( ver *Programa de Entrenamiento Emocional Anexo 3*).

El objetivo de esta tercera fase del estudio fue valorar el grado de eficacia de un programa de entrenamiento emocional específico, diseñado para los paciente del CTA de Algeciras con la finalidad de incrementar su CE, en comparación con el programa de intervención individual estándar utilizado en el Centro.

## **7.1 Hipótesis**

La hipótesis de trabajo fue la siguiente:

*“el fortalecimiento de las competencias emocionales, mediante un **programa de entrenamiento emocional específico, individual y grupal**, contribuirá a mejorar en mayor medida el cociente emocional de los pacientes adictos que el programa de intervención individual estándar”.*

Dada la dificultad de contar con un grupo amplio de pacientes consumidores con TDA/H, en esta tercera fase se abordó el estudio de los posibles beneficios de intervención sobre el cociente emocional en consumidores, con o sin TDA/H.

## **7.2 Método**

### **7.2.1 Participantes**

La muestra utilizada en esta tercera fase se seleccionó entre los participantes en la fase 2 que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Haber asistido al menos a una cita al mes con el psicólogo durante los últimos seis meses.
- Tener una formación básica en la utilización del blog de psicología positiva.

La muestra final estuvo compuesta por 20 pacientes distribuidos en dos grupos de 10 sujetos, según su disponibilidad, o no, de asistir, al menos, a ocho de las doce sesiones de las que constaba el programa de entrenamiento emocional, en formato grupal, administrado en el CTA de Algeciras. El Grupo A estuvo constituido por participantes asignados al programa habitual de intervención, y el Grupo B por los asignados a la modalidad de intervención integrada por el programa habitual más la modalidad grupal. Cada grupo constó, finalmente, de diez pacientes.

Grupo A	: Psicoterapia Individual + blog.
Grupo B	: Psicoterapia Individual + blog + Entrenamiento Emocional

La edad media del Grupo A fue de 31,90 años (dt = 9 años, rango 18-48) y la del Grupo B de 42 años (dt= 8,7, rango 19-49). La Tabla 22 muestra la distribución por sexo en ambos grupos.

**Tabla N° 22.** Distribución por sexo

Tratamientos	SEXO		Total
	Hombres	Mujeres	
Grupo A	70%	30 %	100%
Grupo B	90%	10%	100%

La Tabla 23 muestra la distribución de los sujetos según su diagnóstico, observándose que el 50% de sujetos estaba diagnosticado con TUS y el mismo porcentaje con TDA/H+TUS. No obstante, el porcentaje de doble diagnóstico, TDA/H+TUS, fue superior en el grupo A.

**Tabla N° 23.** Distribución por categoría diagnóstica

Tratamientos	DIAGNOSTICOS		
	TUS	TDA/H + TUS	
Grupo A	40%	60 %	100%
Grupo B	60%	40%	100%

Simplemente a efectos de realizar una comparativa final de la evolución del Cociente Emocional de los participantes de ambos programas, con la de un grupo de no consumidores sin tratamiento, se consideró asimismo un grupo de no consumidores (NC) formado por sujetos de la población general, seleccionados en función de la disponibilidad para acceder a

ellos en los tiempos de recogida de datos del estudio. Los criterios de selección fueron: no sufrir adicción a ninguna sustancia psicoactiva o comportamiento adictivo, así como no presentar trastornos psiquiátricos diagnosticados. Para garantizar el cumplimiento de ambos criterios se concertó una entrevista clínica individualizada, en la que se valoró a cada candidato. Se seleccionó una muestra de 7 hombres y 3 mujeres para que la variable sexo fuera lo más equiparable posible a las proporciones obtenidas en los Grupos A y B, si bien esto sólo se cumplió con el grupo A. La edad media del grupo de no consumidores fue de 41,50 años (dt =13,2 años; rango 18 – 54 años).

Por otro lado, la distribución del nivel de estudios en los dos grupos objeto de estudio, A y B, fue similar, observándose un porcentaje del 20% sin estudios en el Grupo A y del 10% en el Grupo B. La comparativa con el grupo de no consumidores mostró que en este grupo no había ningún sujeto sin estudios y que la proporción de sujetos con estudios universitarios fue mayor que en los dos grupos de pacientes del presente estudio.

**Tabla N° 24.** Distribución por Nivel de Estudios

Tratamientos	NIVEL DE ESTUDIOS				Total
	Sin Estudios	Graduado/ ESO	Bachiller/FP	Estudios Universitarios	
Grupo A	20%	60%	10%	10 %	100%
Grupo B	10%	50%	20%	20%	100%

### 7.2.2 Instrumentos

*Inventario de Cociente Emocional de Bar On - ICE* (BarOn, 1997): Elaborado por Reuven Baron con la denominación EQ-I (*Emotional Quotient Inventory*), traducido y revisado en el Perú por Zoila Abanco, Leonardo Higuera y Jorge Cueto (Abanco, Higuera y Cueto, 2000). Test de administración individual y colectiva, aplicables a sujetos mayores de 16 años, que permite evaluar aptitudes emocionales, de la personalidad, determinantes para alcanzar el éxito general y mantener una salud emocional positiva. Incluye 133 ítems con cinco alternativas de respuesta cada uno, requiriendo su administración entre 30 a 40 minutos; sin embargo, no existen límites de tiempo impuestos. La evaluación genera un cociente emocional y cinco cocientes emocionales compuestos basados en las puntuaciones de 15 subcomponentes.

Como ya hemos comentado previamente, los resultados iniciales del ICE son convertidos en resultados estándar basados en un promedio de “100” y una desviación estándar de 15. El convertir los resultados estándar facilita la comparación de los resultados de un participante con los del grupo normativo y, teóricamente, del resto de la población. Los resultados altos del ICE (por encima de 100), representan a personas “emocionalmente inteligente”, mientras que los bajos indican una necesidad de mejorar “las habilidades emocionales” en áreas específicas.

### 7.2.3 Diseño

Para analizar los efectos de la *Modalidad del programa de entrenamiento* (variable independiente), con dos niveles, *programa estándar* (Grupo A) y *programa de entrenamiento emocional* (Grupo B), sobre el *Cociente Emocional* de los sujetos adictos (variable

dependiente), se utilizó un diseño cuasi-experimental de medidas repetidas (pre-post) con un grupo control no equivalente.

#### 7.2.4 Procedimiento

Los pacientes participantes en esta tercera fase del estudio ya habían sido valorados con el *Inventario de Inteligencia Emocional* de Bar-On en la fase dos, por lo que se disponía de una medida *pretest* de su CE.

Los sujetos, tal y como ha sido referido, fueron distribuidos en dos grupos de intervención distintos: *Grupo A*, tratamiento estándar (psicoterapia individual + blog), y *Grupo B*, tratamiento estándar más participación en un grupo de entrenamiento emocional. El criterio que se utilizó para asignar a los pacientes a uno u otro grupo fue la disponibilidad para acudir cada dos semanas a las sesiones grupales de entrenamiento emocional.

Por razones éticas, no se pudo contar con un grupo control puro, dado que no se disponía de lista de espera y no resultaba admisible dejar de dar respuesta a las demandas de los pacientes que solicitaban tratamiento.

Ambos grupos de participantes siguieron un **programa de seis meses**.

El programa del *Grupo A* consistió en:

- una sesión mensual de psicoterapia individual.
- atención en línea a través del *blog*. El *blog* tiene como función reforzar la terapia, asignando tareas que se supervisan en línea. Las tareas asignadas a cada paciente están individualizadas y conectadas con los contenidos trabajados en la psicoterapia individual.

El programa del *Grupo B* consistió en tres sesiones mensuales:

- la sesión estándar de psicoterapia individual mensual.
- dos sesiones grupales de entrenamiento emocional.
- atención en línea a través del *blog*.

Al concluir este periodo, a ambos grupos se le volvió a administrar, de forma individual, el *Inventario Bar-On* para obtener la medida *postest*.

Por otro lado, se obtuvo asimismo la medición del Cociente Emocional en el grupo de no consumidores sin tratamiento, con el objetivo de valorar cómo afecta el factor tiempo a los resultados del cuestionario Bar-On en población no clínica y no consumidora.

El *Programa de entrenamiento emocional* preparado para esta investigación trabaja contenidos afines a las competencias emocionales descritas en el Modelo BarOn. El programa consta de 12 sesiones grupales de 90 minutos de duración cada una. La frecuencia es quincenal, siempre el mismo día y a la misma hora para facilitar la adherencia al tratamiento.

La estructura de las sesiones se ajusta siempre al mismo formato. El esquema habitual es el siguiente:

- Los primeros minutos se acoge a los participantes y se establece una breve comunicación informal.
- A continuación se revisan las tareas para casa, las dificultades para llevarlas a la práctica, se valoran los beneficios de los cambios introducidos, etc.

- Seguidamente se exponen los contenidos teórico-prácticos previstos para esa sesión. Se sigue un formato flexible en el que las explicaciones del terapeuta se van intercalando con ejemplos prácticos que van aportando los participantes.
- Durante los últimos 10-15 minutos se revisan las tareas para casa, anticipando de nuevo posibles dificultades al aplicar las estrategias propuestas para de este modo tratar de prever cómo resolverlas. Finalmente, se entrega el material escrito que se desarrollará en la siguiente sesión.

En el Anexo 3 se encuentra el programa descrito con más detalle y, a continuación, se puede observar un pequeño esquema de las sesiones de entrenamiento emocional y un gráfico del procedimiento.

La Tabla 25 resume los contenidos trabajados en cada una de las sesiones.

**Tabla 25.** Descripción de las sesiones de la terapia grupal de Entrenamiento Emocional.

<b>Programa del Grupo Entrenamiento Emocional</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>
<i>Sesión 1: Presentación del Programa de Entrenamiento Emocional.</i>
<b>COMPETENCIA PERSONAL: AUTORREGULACIÓN</b>
<i>Sesión 2: Conocimiento de uno mismo</i>
<i>Sesión 3: Estilos de Afrontamiento</i>
<i>Sesión 4: Pensamiento-Emoción-Conducta</i>
<i>Sesión 5: Auto instrucciones - Auto refuerzos</i>
<i>Sesión 6: El manejo de la impulsividad.</i>
<i>Sesión 7: El manejo de la ansiedad</i>
<i>Sesión 8: La auto motivación</i>
<b>COMPETENCIA SOCIAL</b>
<i>Sesión 9: La empatía</i>
<i>Sesión 10: Habilidades Sociales: La escucha activa</i>
<b>REVISIÓN DE CONTENIDOS</b>
<i>Sesión 11: Mantenimiento de los progresos I</i>
<i>Sesión 12: Mantenimiento de los progresos II</i>

La Tabla 26 resume la secuencia seguida en los programas de intervención de los dos grupos objeto de estudio, A y B.

**Tabla N° 26.** Descripción de la secuencia seguida en los dos programas de intervención del presente estudio

<b>Pretest: Cuestionario ICE-BarON</b>	
<b>GRUPOS</b>	<b>Grupo A</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sesión 1: Terapia Individual + Blog</b></li> <li><b>Sesión 2: Terapia Individual + Blog</b></li> <li><b>Sesión 3: Terapia Individual + Blog</b></li> <li><b>Sesión 4: Terapia Individual + Blog</b></li> <li><b>Sesión 5: Terapia Individual + Blog</b></li> <li><b>Sesión 6: Terapia Individual + Blog</b></li> </ul>
	<b>Grupo B</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Sesión 1: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 1 y 2 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> <li><b>Sesión 2: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 3 y 4 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> <li><b>Sesión 3: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 5 y 6 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> <li><b>Sesión 4: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 7 y 8 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> <li><b>Sesión 5: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 9 y 10 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> <li><b>Sesión 6: Terapia Individual + Blog</b> <i>Sesión 11 y 12 Grupo Entrenamiento Emocional</i></li> </ul>
<b>Temporalidad:</b> Sesiones de terapia individual mensual, Sesiones de terapia grupal quincenal. <b>Duración total:</b> 6 meses	
<b>Postest: Cuestionario ICE-BarON</b>	

## 7.2.5 Resultados

Todos los análisis de esta investigación fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.

## 7.2.6 Análisis estadísticos

### 7.2.6.1 Análisis de los supuestos de normalidad y homocedasticidad

En primer lugar, se valoró el cumplimiento de los supuestos de normalidad y homocedasticidad de los dos grupos objeto de estudio (grupo A, grupo B) para la escala global del CE y cada una de sus correspondientes componentes. Para la comprobación del supuesto de normalidad se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk, por tratarse de tamaños muestrales inferiores a 50.

La prueba de Shapiro-Wilk arrojó los siguientes resultados para las diferentes variables de la investigación. Como se puede observar en la Tabla 27, el cumplimiento del supuesto de normalidad no fue general en los dos grupos considerados.

**Tabla N° 27.** Prueba de Normalidad

GRUPOS		Estadístico	gl	Significación
Intrapersonal	Grupo A	,897	10	,202
	Grupo B	,727		,002
Interpersonal	Grupo A	,824	10	,028
	Grupo B	,950		,668
Adaptabilidad	Grupo A	,829	10	,033
	Grupo B	,879		,126

<b>M del Estrés</b>	<b>Grupo A</b>	,952	10	,691
	<b>Grupo B</b>	,825		,029
<b>Ánimo General</b>	<b>Grupo A</b>	,876	10	,119
	<b>Grupo B</b>	,786		,010
<b>CET</b>	<b>Grupo A</b>	,868	10	,095
	<b>Grupo B</b>	,806		,017

Los resultados obtenidos en la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, para las diferentes variables, fueron: CE Total ( $F=3,512$ ;  $p=,077$ ), Intrapersonal ( $F=,010$ ;  $p=,920$ ), Interpersonal ( $F=,659$ ;  $p=,427$ ), Adaptabilidad ( $F=,742$ ;  $p=,400$ ), Manejo del Estrés ( $F=,095$ ;  $p=,761$ ) y Ánimo General ( $F=,235$ ;  $p=,634$ ). Estos resultados confirmaron la igualdad de las varianzas, cumpliéndose de esta manera el supuesto de homocedasticidad para la totalidad de las variables.

#### 7.2.6.2 Análisis de la línea base

En primer lugar, se analizó que los dos grupos, A y B, no difirieran en las variables objeto de estudio en la línea base. La Tabla 28 muestra las medias y desviaciones típicas obtenidas por los participantes en el cuestionario ICE en la fase *pre-test*, o línea base. (ver Tabla N° 28).

**Tabla N° 28.** Datos descriptivos obtenidos en línea base

<b>Tipo de Tratamiento</b>	<b>Intrapersonal</b>	<b>Interpersonal</b>	<b>Adaptabilidad</b>	<b>Manejo del Estrés</b>	<b>Ánimo General</b>	<b>C.E. Total</b>
<b>Grupo-A</b> Media	78,00	91,20	77,00	79,00	81,00	75,00
Desv.típ	14,75	12,86	11,59	11,97	14,49	9,71
<b>Grupo-B</b> Media	69,00	88,00	77,00	72,00	79,00	74,00
Desv.típ	13,70	15,49	15,67	11,35	12,86	13,49

Para poder interpretar estas medidas, tal como señalamos en la fase dos, debemos tener en cuenta que los resultados iniciales del ICE son convertidos en resultados estándar basados en un promedio de 100 y una desviación estándar de 15: esto facilita la comparación de los resultados de los participantes con los del grupo normativo y, teóricamente, del resto de la población (ver Tabla 29)

**Tabla N° 29.** Pautas de interpretación de los resultados estándar

<b>Resultado estándar</b>	<b>Pauta Interpretativa</b>
130+	Marcadamente alta-capacidad emocional inusualmente bien desarrollada
120-129	Muy alta -capacidad emocional extremadamente bien desarrollada
110-119	Alta -Capacidad emocional bien desarrollada
90-109	Promedio- capacidad emocional adecuada
80-89	Baja-capacidad emocional subdesarrollada. Necesita mejorar
70-79	Muy baja-capacidad emocional extremadamente subdesarrollada.
Por debajo de 70	Marcadamente baja-capacidad emocional inusualmente deteriorada.

Los resultados por encima de 100 en el ICE, responden a personas “emocionalmente inteligentes”. Los resultados bajos (por debajo de 90) indican la necesidad de mejorar las habilidades emocionales en áreas específicas. Como puede deducirse, tanto el grupo A como el grupo B presentaron puntuaciones por debajo del promedio en todos los componentes precisando, por tanto, mejorar sus capacidades emocionales.

El contraste de medias mediante la prueba t de Student para muestras independientes mostró que los dos grupos no diferían significativamente en su CE global, ni en sus distintos componentes (Tabla 30).

**Tabla 30.** Prueba t de Student de diferencias de medias en la *línea base* para muestras independientes de los Grupos A y B

		Prueba T para la igualdad	
		t	Sig. (bilateral)
Intrapersonal	Se han asumido varianzas iguales	1,413	,175
Interpersonal	Se han asumido varianzas iguales	,471	,643
Adaptabilidad	Se han asumido varianzas iguales	,000	1,000
Manejo del Estrés	Se han asumido varianzas iguales	1,342	,196
Ánimo General	Se han asumido varianzas iguales	,326	,748
CE Total	Se han asumido varianzas iguales	,190	,852

### 7.2.6.3 Análisis del cambio (*postest-pretest*)

Para contrastar la hipótesis se creó, en primer lugar, una nueva variable independiente relacionada con el cambio, denominada “*Post-Pre*”. Como su nombre indica, la variable se obtuvo calculando la diferencia entre las medidas “*Post y Pre*” para el *Cociente Emocional Total* (CET) y cada uno de los componentes estudiadas. La Tabla 31 muestra los descriptivos de esta nueva variable para cada uno de los Grupos, A y B, pudiéndose apreciar que, en principio, las medias mostraban que **ambos grupos mejoraron sus competencias emocionales tras los programas de intervención respectivos.**

**Tabla N° 31.** Datos descriptivos de la variable Post y Pre

Tipo de Tratamiento	Intrapersonal Post-pre	Interpersonal Post-pre	Adaptabilidad Post-pre	Manejo del Estrés Post-pre	Ánimo General Post-pre	C.E. Total Post-pre
<b>Grupo-A</b> Media Desv.típ	7,00 11,59	5,00 14,33	6,00 8,43	5,00 5,27	7,00 8,23	6,00 12,64
<b>Grupo-B</b> Media Desv.típ	19,00 19,69	12,00 11,35	12,00 18,73	10,81 8,16	10,00 9,42	15,00 15,81

Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de contraste de medias mediante la prueba T de Student para muestras Independientes, a fin de comprobar si los grupos diferían significativamente en el cambio *postest-pretest* experimentado. Los resultados indicaron que los grupos no presentaron diferencias significativas en el cambio experimentado como efecto del programa de intervención, si bien los componentes Intrapersonal y Manejo del Estrés rozaron la marginalidad significativa, a favor de un cambio mayor en el Grupo B (ver Tabla 32). Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto parece indicar un mayor impacto del tratamiento que las señaladas por el análisis de las diferencias estadísticamente significativas, presentando un efecto grande para las variables Intrapersonal y Manejo del Estrés y moderado o pequeño para el resto de las variables (ver Tabla 33).

La falta de significación estadística seguramente se deba al tamaño de las muestras, cuando las muestras son pequeñas no es fácil encontrar diferencias significativa y, en estos casos, como ya hemos comentado previamente, se recomienda calcular el tamaño del efecto para valorar la magnitud y la relevancia de las diferencias encontradas, asimismo indicado por la APA (*American Psychological Association*, 2001).

**Tabla N° 32.** Prueba t de Student de contraste de medias para muestras independientes de los Grupos A y B para la variable dependiente *Post-Pre*

Variables Post-Pre	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias	
	F	Sig.	t	Significación (bilateral)
<b>Intrapersonal</b>	1,836	,192	-1,661	,114
<b>Interpersonal</b>	,556	,466	- 1,210	,242
<b>Adaptabilidad</b>	3,862	,065	- ,923	,368
<b>M. del Estrés</b>	,375	,548	-1,627	,121
<b>Ánimo General</b>	,756	,396	-,758	,458
<b>CE Total</b>	,755	,396	- 1,406	,177

**Tabla N° 33 .** Tamaño del Efecto *d* de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson entre el Grupo A y B para la variable dependiente *Post-Pre*

Cociente Emocional	Cohen <i>d</i>	Efecto de tamaño <i>r</i>
<b>Intrapersonal</b>	-0.742	-0.348
<b>Interpersonal</b>	-0.541	-0.261
<b>Adaptabilidad</b>	-0.413	-0.202
<b>Manejo del Estrés</b>	-0.845	-0.389
<b>Ánimo General</b>	-0.339	-0.167
<b>Cociente Emocional Total (CET)</b>	-0.628	-0.299

**7.2.6.4 Análisis Tratamiento x Momento temporal**

Seguidamente, para un estudio más detallado, se llevó a cabo un segundo tipo de análisis destinado a evaluar los efectos principales y de interacción mediante un **ANOVA mixto de 2 factores, el primero de medidas independientes y el segundo de medidas repetidas**: un factor inter-sujetos, “*Tratamiento*” con dos niveles, grupo A y grupo B, y un segundo factor intra-sujetos de medidas repetidas, “*Momento temporal*”, con dos niveles *pre-test* y *post-test*. Como variables dependientes se consideraron el “*Cociente Emocional*” global y sus distintos componentes.

La Tabla 34 muestra los descriptivos correspondientes a cada grupo, A y B, en cada una de las dos fases de estudio.

**Tabla N° 34.** Datos descriptivos en las dos fases del estudio

Tipo de Tratamiento	Intrapersonal		Interpersonal		Adaptabilidad		Manejo del Estrés		Ánimo General		C.E. Total	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
<b>Grupo-A</b> Media Desv.típ	78,00 14,75	85,00 10,80	91,00 12,86	96,00 12,64	77,00 11,59	83,00 11,59	79,00 11,97	84,00 14,29	81,00 14,49	88,00 10,32	75,00 9,71	81,00 9,94
<b>Grupo-B</b> Media Desv.típ	69,00 13,70	88,00 18,13	88,00 15,49	100,00 14,14	77,00 15,67	89,00 20,24	72,00 11,35	82,00 13,98	79,00 12,86	89,00 18,52	74,00 13,49	89,00 17,92

Los ANOVAs realizados mostraron, tal y como se puede observar en la Tabla 34, que el efecto principal del factor de medidas repetidas *Momento Temporal* fue significativo en todas las variables, confirmando el cambio significativo anteriormente analizado. Por otro lado, no

hubo ninguna interacción significativa *Momento Temporal x Tratamiento*, aunque las interacciones en las variables *CE Intrapersonal* y *Manejo del Estrés* se acercaron a la significación marginal.

**Tabla N° 35.** Efecto principal del factor Intrapersonal (*Momento Temporal*) y de la interacción *Momento Temporal x Tratamiento*

Variables	Prueba de contraste Intrasujetos			
	Fuente	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
<b>CE Intrapersonal</b>	MT	12,945	,002	,418
	MT*TR	2,757	,114	,133
<b>CE Interpersonal</b>	MT	8,641	,009	,324
	MT* TR	1,465	,242	,075
<b>CE Adaptabilidad</b>	MT	7,674	,013	,299
	MT*TR	,853	,368	,045
<b>CE Manejo del Estrés</b>	MT	23,824	,000	,570
	MT*TR	2,647	,121	,128
<b>CE Ánimo General</b>	MT	18,447	,000	,506
	MT*TR	,574	,458	,031
<b>CE Total</b>	MT	8,265	,004	,374
	MT*TR	8,265	,177	,099

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

Finalmente, el efecto principal del factor intersujetos, *Tratamiento*, no arrojó diferencias significativas entre los dos grupos objeto de estudio, en ninguna de las variables consideradas (Tabla 36).

**Tabla N° 36.** Efectos principales del factor Intersujetos, *Tratamiento*, con dos niveles, Grupo A y Grupo B

Variables	Prueba de contraste Inter-sujetos			
	Fuente	F(1,8)	Significación	Eta al cuadrado parcial
<b>CE Intrapersonal</b>	Tratamiento	,305	,588	,017
<b>CE Interpersonal</b>	Tratamiento	,008	,928	,000
<b>CE Adaptabilidad</b>	Tratamiento	,252	,622	,014
<b>CE M. del Estrés</b>	Tratamiento	,648	,431	,035
<b>CE Ánimo General</b>	Tratamiento	,007	,937	,000
<b>CE Total</b>	Tratamiento	,489	,489	,027

Aunque ninguna interacción fue significativa, quizás debido al reducido número de sujetos en cada grupo, se procedió a analizar de forma pormenorizada los factores intra e intersujetos.

### 7.2.6.5 Análisis del factor intrasujeto, *Momento Temporal* (pretest-postest), para los Grupos A y B

#### Análisis del Grupo A

El análisis del efecto intra-sujeto en el Grupo A, llevado a cabo mediante ANOVAs de un factor de medidas repetidas, *Momento Temporal* (pretest-postest), para la variable *Cociente Emocional Total*, no arrojó un efecto significativo para el *CE Total*, aunque sí para algunos de sus componentes (*Adaptabilidad*, *Manejo del Estrés* y *Ánimo general*) (Tabla 37).

**Tabla N° 37.** Resultados de las pruebas de contraste intra-sujetos para las componentes de Cociente Emocional (ANOVA de un factor de medidas repetidas) en el Grupo A

Cociente Emocional	F	Significación
Intraindividual	3,645	,089
Interindividual	1,216	,299
Adaptabilidad	5,063	,051
Manejo del Estrés	9,000	,015
Ánimo General	7,230	,025
C.E. Total	2,250	,168

El análisis de la magnitud del cambio (*d de cohen*) mostró que los componentes, *Adaptabilidad* y *Ánimo General* presentaron un tamaño del efecto moderado y *Manejo del Estrés* pequeño (Tabla 38). Asimismo, el resto de variables, aunque no difirieron significativamente, presentaron también un tamaño del efecto pequeño en el componente *Interpersonal* y moderado en los componentes *Intrapersonal* y *CE total*.

**Tabla N° 38.** Tamaño del Efecto  $d$  de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson en el

Grupo A

Cociente Emocional	Cohen $d$	Efecto de tamaño $r$
Intrapersonal	-0.541	-0.261
Interpersonal	-0.391	-0.192
Adaptabilidad	-0.517	-0.250
Manejo del Estrés	-0.379	-0.186
Ánimo General	-0.556	-0.267
Cociente Emocional Total (CET)	-0.610	-0.292

**Análisis del Grupo B**

El análisis del efecto intrasujeto en el Grupo B, mediante ANOVAs de un factor de medidas repetidas, *Momento Temporal (pretest-postest)*, arrojó un efecto principal significativo del *CE Total*, así como de la práctica totalidad de sus componentes, a excepción de la *Adaptabilidad*, tan sólo marginalmente significativo (Tabla N° 39).

**Tabla N° 39.** Resultados de las pruebas de contraste intrasujetos para los componentes del Cociente Emocional (ANOVA de un factor de medidas repetidas) en el Grupo B

Cociente Emocional	F	Significación
Intraindividual	9,309	,014
Interindividual	11,172	,009
Adaptabilidad	4,101	,074
Manejo del Estrés	15,000	,004
Ánimo General	11,250	,008
C.E. Total	9,000	,015

Finalmente, se analizó la magnitud del cambio ( $d$  de Cohen). Los análisis muestran que, en el Grupo B, el tamaño del efecto presenta una potencia media en los componentes *Adaptabilidad*, *Manejo del Estrés* y *Ánimo general*, y alta en los componentes *Intrapersonal* e *Interpersonal*, así como en el *CE total* (Tabla 40).

**Tabla N° 40.** Tamaño del Efecto  $d$  de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson del Grupo B

Cociente Emocional	Cohen $d$	Efecto de tamaño $r$
Intrapersonal	-1.182	-0.508
Interpersonal	-0.809	-0.375
Adaptabilidad	-0.662	-0.314
Manejo del Estrés	-0.785	-0.365
Ánimo General	-0.626	-0.299
Cociente Emocional Total (CET)	-0.945	-0.427

#### 7.2.6.6 Análisis del factor intergrupo entre los grupos A y B en la fase *post-test*

Finalmente, se llevaron a cabo las comparaciones entre el *Grupo A* y el *Grupo B* tras finalizar cada modalidad de tratamiento. No observándose diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de los componentes (Tabla 41). Sin embargo, al analizar el tamaño del efecto se observó un efecto moderado en el *CE total* y pequeño para los componentes *Intraindividual*, *Interindividual* y *Adaptabilidad* (Tabla 42).

**Tabla N° 41.** Resultados de las pruebas de contraste intergrupo entre los grupos A y B en la fase post-test (ANOVA de un factor de medidas repetidas)

<b>Cociente Emocional</b>	<b>F</b>	<b>Significación</b>
<b>Intraindividual</b>	.202	,658
<b>Interindividual</b>	,444	,513
<b>Adaptabilidad</b>	,661	,427
<b>Manejo del Estrés</b>	,100	,755
<b>Ánimo General</b>	,022	,883
<b>C.E. Total</b>	1,524	,233

**Tabla N° 42 .** Tamaño del Efecto *d* de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson en la fase *postest* entre los grupos Grupo A y B

<b>Cociente Emocional</b>	<b>Cohen <i>d</i></b>	<b>Efecto de tamaño <i>r</i></b>
<b>Intrapersonal</b>	-0.211	0.105
<b>Interpersonal</b>	-0.314	0.155
<b>Adaptabilidad</b>	-0.383	0.188
<b>Manejo del Estrés</b>	0.148	0.074
<b>Ánimo General</b>	-0.070	0.035
<b>Cociente Emocional Total (CET)</b>	-0.581	0.279

### 7.2.6.7 Análisis del grupo de No Consumidores

De forma complementaria, se analizó la evolución del grupo de No Consumidores a los seis meses del estudio y si presentaba diferencias con los Grupos de Consumidores del estudio. Dado que los dos grupos de tratamiento del presente estudio no diferían en su línea base, se unieron en un único grupo.

El *Grupo de No Consumidores* presentaba, al inicio del estudio, los siguientes valores, todos ellos correspondientes a unas competencias emocionales promedio, salvo el componente intrapersonal que es alto. Los valores del *Grupo de Consumidores* corresponden a unas competencias emocionales muy bajas en la mayoría de sus componentes. (Tabla 43).

**Tabla N° 43.** Datos descriptivos iniciales del Grupo de No Consumidores (NC)

Tipo de Tratamiento		Intrapersona	Interpersona	Adaptabilida	Manejo de Estrés	Ánimo General	C.E. Total
<b>Grupo NC</b>	Media	113,00	106,00	96,00	94,00	105,00	106,00
	Desv.típ	12,51	13,49	15,77	11,73	12,69	12,64
<b>Grupo C</b>	Media	75,50	89,50	77,00	75,50	80,00	74,50
	Desv.típ	14,60	13,94	13,41	11,91	13,37	11,45

La prueba de contraste de medias, realizada mediante la t de Student, mostró las diferencias significativas de partida entre el *Grupo de No Consumidores* y el *Grupo de Consumidores* (tomados los participantes de los Grupos A y B de forma conjunta, ya que no se diferenciaban al inicio del estudio), observándose el menor *Cociente Emocional* de los pacientes, tanto global como en cada uno de sus componentes (Tabla 44). El análisis del tamaño del efecto mostró que la magnitud de las diferencias observadas entre el grupo de *No consumidores* y de *Consumidores* es muy grande y por lo tanto bastante relevante (Tabla 45).

**Tabla N° 44.** Prueba t de Student de diferencias de medias en la línea base para muestras independientes de los *Grupos de No Consumidores (NC)* y *Consumidores (C)*

Variables	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Significación (bilateral)
<b>Intrapersonal</b>	,462	,502	7,300	28	,000
<b>Interpersonal</b>	,004	,951	3,086	28	,005
<b>Adaptabilidad</b>	,018	,895	3,450	28	,002
<b>M. del Estrés</b>	,000	,983	4,029	28	,000
<b>Ánimo General</b>	,000	1,000	4,905	28	,000
<b>CE Total</b>	,038	,847	6,861	28	,000

**Tabla N° 45.** Tamaño del Efecto *d* de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson en la línea base entre los *Grupos de No Consumidores (NC)* y *Consumidores (C)*

Cociente Emocional	Cohen <i>d</i>	Efecto de tamaño <i>r</i>
<b>Intrapersonal</b>	2.759	0.809
<b>Interpersonal</b>	1.164	0.503
<b>Adaptabilidad</b>	1.303	0.546
<b>Manejo del Estrés</b>	1.522	0.605
<b>Ánimo General</b>	1.853	0.679
<b>Cociente Emocional Total (CET)</b>	2.593	0.791

En cuanto a la evolución experimentada en el *Cociente Emocional* a los seis meses, a diferencia de lo ocurrido en los dos grupos de participantes del estudio, que modificaron significativamente su inteligencia emocional al cabo de los seis meses de intervención, el *Grupo de No Consumidores*, no sometido además a ningún programa de modificación de la inteligencia emocional, no experimentó ningún cambio significativo de su CE (ni Total ni en cada una de sus componentes) al cabo de este tiempo, lo que apunta, con todas las

limitaciones de la muestra, a una estabilidad general de las competencias emocionales en población no clínica (Tabla 46). Estos resultados corroboran el coeficiente de estabilidad de 0,85, al aplicar el *retest* al mes, y de 0,75 en un periodo superior cuatro meses, del CE, encontrado en estudios previos (BarOn. 1997). Lo que no podemos conocer, evidentemente, a partir del presente estudio, es en qué medida estas competencias emocionales de la población no clínica podrían verse incrementadas de forma significativa mediante programas de intervención destinados a su mejora.

**Tabla N° 46.** Resultados de las pruebas de contraste intra-sujetos para las componentes de Cociente Emocional (ANOVA de un factor de medidas repetidas) en el Grupo NC

<b>Cociente Emocional</b>	<b>F</b>	<b>Significación</b>
<b>Intraindividual</b>	,474	,509
<b>Interindividual</b>	,000	1,000
<b>Adaptabilidad</b>	4,366	,066
<b>M. del Estrés</b>	2,250	,168
<b>Ánimo General</b>	3,273	,104
<b>C.E. Total</b>	,184	,678

Finalmente, y también con carácter exploratorio, se llevaron a cabo las comparaciones entre el *Grupo de No Consumidores* y cada uno de los Grupos objeto del presente estudio, al término del estudio, es decir, a los seis meses. Así, se observó que entre el *Grupo de No Consumidores* y el *Grupo A* se siguieron observando, en cualquier caso, diferencias significativas en los componentes *Intrapersonal*, *Adaptabilidad*, *Manejo del Estrés* y *CE Total* (Tabla 47). Las diferencias en el componente *Interpersonal* y *Ánimo general* dejaron de

TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención ser significativas. El análisis del tamaño del efecto indica que para estos dos últimos componentes la magnitud de las diferencias es grande, y muy grande para el resto de los componentes (Tabla 48).

**Tabla N° 47.** Prueba t de Student de diferencias de medias en la fase *postest* para muestras independientes entre los Grupos de No Consumidores (NC) y el Grupo A.

Variables	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Significación (bilateral)
<b>Intrapersonal</b>	,753	,397	5,913	18	,000
<b>Interpersonal</b>	1,490	,238	1,987	18	0,62
<b>Adaptabilidad</b>	,586	,454	2,791	18	,012
<b>M. del Estrés</b>	1,483	,239	2,605	18	,018
<b>Ánimo General</b>	,354	,559	1,684	18	,109
<b>CE Total</b>	,445	,513	5,982	18	,000

**Tabla N° 48 .** Tamaño del Efecto *d* de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson en la fase *postest* entre los Grupos de No Consumidores (NC) y el Grupo A.

Cociente Emocional	Cohen <i>d</i>	Efecto de tamaño <i>r</i>
<b>Intrapersonal</b>	2.787	0.812
<b>Interpersonal</b>	0.936	0.424
<b>Adaptabilidad</b>	1.315	0.549
<b>Manejo del Estrés</b>	1.228	0.523
<b>Ánimo General</b>	0.793	0.368
<b>Cociente Emocional Total (CET)</b>	2.819	0.815

En relación al Grupo B, los componentes *Intrapersonal*, *Manejo del Estrés* y *CE Total* siguieron manteniéndose significativamente diferentes que las del Grupo de No

Consumidores. Asimismo, tras el tratamiento, las diferencias iniciales en los componentes *Interpersonal*, *Adaptabilidad* y *Ánimo General*, entre el Grupo de No Consumidores y el Grupo B, dejaron de ser significativas. (Tabla 49). El tamaño del efecto para los componentes *Intrapersonal*, *Manejo del Estrés* y *CE total* es muy grande, siendo grande y moderado la magnitud de las diferencias para el resto de los componentes (Tabla 50).

**Tabla N° 49.** Prueba t de Student de diferencias de medias en la fase *postest* para muestras independientes entre los Grupos de No Consumidores (NC) y el Grupo B

Variables	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias		
	F	Sig.	t	gl	Significación (bilateral)
<b>Intrapersonal</b>	5,674	0,28	3,612	18	,002
<b>Interpersonal</b>	2,571	,126	1,108	18	,283
<b>Adaptabilidad</b>	,034	,856	1,576	18	,132
<b>M. del Estrés</b>	1,195	,289	3,024	18	,007
<b>Ánimo General</b>	,494	,491	1,107	18	,283
<b>CE Total</b>	2,285	,148	2,807	18	,012

**Tabla N° 50 .** Tamaño del Efecto *d* de Cohen y coeficiente de correlación de Pearson en la fase *postest* entre los Grupos de No Consumidores (NC) y el Grupo B.

Cociente Emocional	Cohen <i>d</i>	Efecto de tamaño <i>r</i>
<b>Intrapersonal</b>	1.702	0.648
<b>Interpersonal</b>	0.522	0.252
<b>Adaptabilidad</b>	0.742	0.348
<b>Manejo del Estrés</b>	1.425	0.580
<b>Ánimo General</b>	0.521	0.252
<b>Cociente Emocional Total (CET)</b>	1.323	0.551

### 7.2.7 Valoración de la adherencia al tratamiento de la adicción diez meses después de finalizar los programas de tratamientos

Diez meses después de finalizar ambas modalidades de tratamiento, el 20% de los usuarios pertenecientes al Grupo A continuaban recibiendo atención en este servicio, se mantenía la abstinencia a la droga principal y se había reformulado la demanda de tratamiento. Este porcentaje contrastó significativamente con el 80 % de adherencia al tratamiento en el caso de los sujetos del Grupo B (véanse Tablas 51 y 52), manteniéndose asimismo la abstinencia, lo que apunta a unos resultados más satisfactorios del programa de intervención seguido por el Grupo B.

**Tabla N° 51.** Tabla de contingencia Grupo por Permanencia en tratamiento

**Tabla de contingencia Grupo \* Permanece**

		Permanece en Tratamiento		Total	
		No permanece en tratamiento	Permanece en tratamiento		
Grupos	Grupo A	% de Grupo	80,0%	20,0%	100,0%
	Grupo B	% de Grupo	20,0%	80,0%	100,0%

**Tabla N° 52.** Prueba de chi-cuadrado

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,200(b)	1	,007
N de casos válidos	20		

b 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 5,00.

### 7.3 Discusión preliminar de la fase 3

Una vez analizados los resultados de la tercera fase del presente estudio, podemos concluir que tiende a confirmarse la hipótesis de partida, si bien esta confirmación se aprecia en mayor medida gracias a los análisis del tamaño del efecto, probablemente debido al reducido número de sujetos de cada grupo. Las limitaciones, en este sentido, del estudio, pueden haber reducido el impacto claro. Así, los datos apuntan que **el fortalecimiento de las competencias emocionales, mediante un programa de entrenamiento emocional en formato grupal, contribuyó a mejorar en mayor medida el cociente emocional de los pacientes adictos que el programa de intervención individual estándar.**

En primer lugar, señalar que ambas modalidades de tratamiento facilitaron de forma significativa una mejora en el *Cociente Emocional* de los usuarios. Si bien, en el caso del *Grupo A*, asignado al tratamiento estándar, sólo tres de las variables consideradas arrojaron un cambio significativo, con un tamaño del efecto moderado, frente al cambio significativo experimentado en cinco de las variables en el *Grupo B*, incluyendo el *CE total*, con tamaños del efecto moderados y, en el caso de la Inteligencia Intrapersonal, Interpersonal y el CE total grande.

Otro efecto significativo, y no esperado, fue la mayor adherencia al tratamiento de los sujetos asignados al *Grupo B*, valorada diez meses después de finalizar los tratamientos. Dado que se trata de una patología considerada crónica, la adherencia al tratamiento resulta de suma importancia para la consolidación de la abstinencia. Por lo tanto, la modalidad de tratamiento del *Grupo B* ha facilitado la adherencia a largo plazo. Puede considerarse una estrategia que compromete y mantiene en tratamiento a los pacientes.

Por otra parte, se ha podido observar cómo el *Cociente Emocional* de los sujetos pertenecientes a los *grupos de consumidores* era significativamente inferior al del *grupo de no consumidores*, provenientes de población sin patología. Las capacidades emocionales de los no consumidores estaban situadas en el promedio y las de los consumidores por debajo del promedio, siendo éstas bajas o muy bajas. Y además, se ha observado que las diferencias han disminuido, en algunos casos, de forma clara, entre el *grupo de no consumidores* sin tratamiento, y los *grupos de consumidores* con tratamiento, especialmente en el caso del Grupo B.

## **8 Discusión general y conclusiones**

En las dos últimas décadas, numerosos estudios han referido una elevada prevalencia de TDA/H entre pacientes con diferentes conductas adictivas, en comparación con controles. Se estima que entre el 15% y el 45 % de los adultos con TUS pueden haber padecido en la infancia, o padecerlo en su forma residual durante la vida adulta (Sullivan & Levin, 2001).

En los centros de tratamiento de adicciones es de suma importancia identificar, en las fases más tempranas, a los pacientes adictos que sufren TDA/H, dado que el TUS se agrava de forma más acelerada de lo habitual en los sujetos con este doble diagnóstico TDA/H + TUS. (Chassin et al, 2002). La probabilidad de que la dependencia de una sustancia se pueda cronificar es 5 veces mayor en los pacientes con TDA/H (Biederman et al., 2003).

En principio, ambos trastornos comparten ciertas características relevantes: tanto las adicciones como el TDA/H son más frecuentes en varones, se agregan familiarmente, y tienen una gran importancia los factores genéticos; ambos trastornos presentan una elevada comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión y, sobre todo, con trastorno de personalidad antisocial (Mannuzza et al, 1993; Biederman et al, 1992 y 1993).

Esta comorbilidad hace difícil el diagnóstico del TDA/H y es precisamente esta invisibilidad la que provoca que un elevado porcentaje de niños con TDA/H lleguen a la edad adulta sin diagnosticar y multipliquen, de esa forma, la predisposición a sufrir, en la adolescencia o en la adultez, trastornos adictivos. Una vez instaurada la adicción, resulta de suma importancia detectar la presencia del TDA/H para mejorar el pronóstico de estos sujetos.

Estas evidencias fueron las que motivaron la primera fase del presente estudio. Tras valorar a una muestra de 151 pacientes, se obtuvo una prevalencia del 35,1 % de síntomas asociados a TDA/H. Porcentaje, que por otra parte, no se aleja de las estimaciones realizadas en otros estudios similares ya citados. Sin embargo, esta prevalencia resulta muy superior a la observada en la población sin TUS (3 a 4 %), según los datos epidemiológicos existentes.

Aún se deben estudiar los mecanismos que median en la predisposición que sufren los TDA/H a desarrollar TUS. En este estudio se ha hipotetizado sobre la posibilidad de que los sujetos TDA/H+TUS tengan un Cociente Emocional sensiblemente inferior a los sujetos TUS, y estos últimos menor que los No Consumidores, estableciéndose un continuo bajo el criterio de la gravedad diagnóstica. Las conclusiones preliminares de la segunda fase del estudio muestran que únicamente el componente del *Manejo del estrés* presenta este patrón, dado que el resto de componentes del Cociente emocional, así como en el total, sólo presentan diferencias entre el grupo de No consumidores y cada uno de los grupos de consumidores.

Sin embargo, a estas conclusiones se llega analizando la significación estadística de los resultados, pero al tratarse de muestras con pocos sujetos suele recomendarse el análisis del tamaño del efecto que nos cuantifica de manera más interpretable la diferencia entre dos

medias (Hubbard y Ryan, 2000; Vacha-Haase, 2001). Por lo tanto, al valorar el tamaño del efecto en la fase dos, se observa que la magnitud de las diferencias entre el grupo TUS y el grupo TDA/H + TUS, es grande en el *Manejo del Estrés*, moderada para el *CE total* y pequeña para el resto de las componentes emocionales. El análisis del tamaño del efecto parece prestar un mayor apoyo a la hipótesis de la segunda fase del estudio “ *a mayor psicopatología, menor Cociente Emocional Total (CET)*”

Cuando la magnitud de las diferencias son grandes, tal como señala Cohen (1988), son obvias, es decir observables sin necesidad de análisis estadísticos. Tal es el caso del competencia *Manejo del Estrés*, las dificultades que los pacientes tienen con esta competencia se hacen evidentes en los primeros contactos con los pacientes. La literatura científica se ha ocupado sobradamente de la dificultad que los sujetos con adicciones tienen para tolerar el estrés y controlar sus impulsos, por lo que el resultado de la fase dos del presente estudio, en relación al componente manejo del estrés, tanto entre el grupo de no consumidores y consumidores, como entre ambos grupos de consumidores, es coherente con los obtenidos en otros estudios. (Calvete, E. & Estevéz A., 2009).

El abandono del consumo de drogas es necesario, pero no suficiente, para alcanzar la estabilidad de estos pacientes. La droga ha sido utilizada, hasta entonces, como mecanismo de autorregulación y, sin ella, están desasistidos. Tras el abandono del consumo, adquirir estrategias de autorregulación emocional puede resultar sumamente importante para resolver sus dificultades adaptativas. El Programa de Entrenamiento Emocional en formato grupal, que se ha valorado en la fase tres del presente estudio, tiene como finalidad mejorar las competencias emocionales de los pacientes. Para valorar la eficacia del citado programa (Grupo B), se ha comparado con el tratamiento estándar administrado habitualmente (Grupo A)

A continuación se resumen los resultados obtenidos en la tercera fase:

- Ambos grupos partieron de competencias emocionales bajas o muy bajas e igualadas en la línea base. Se trata, por tanto, de una inteligencia emocional patológicamente baja y que predispone al trastorno mental (Matthews, Zeidner & Robert, 2002). Este resultado justifica sobradamente la necesidad de las intervenciones propuestas.
- Ambos grupos mejoraron sus competencias emocionales tras los programas de intervención respectivos. Pero no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, si bien los componentes *Intrapersonal* y *Manejo del estrés* rozaron la marginalidad significativa a favor de un mayor cambio en el Grupo B, que fue el grupo asignado al entrenamiento emocional en formato grupal. Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto señaló un efecto grande en el componente *Manejo del estrés*, moderado para los componentes *Intrapersonal*, *Interpersonal* y *CE total*, y pequeño para el resto de los componentes.
- El estudio de cada uno de los grupos por separado, mostró que tanto en el análisis de la significación estadística como en el del tamaño del efecto, el Grupo B parece alcanzar mejores resultados que el Grupo A, siendo más relevantes y significativos los cambios que se observaron en los componentes *Intraindividual*, *Interindividual*, *Manejo del estrés* y *CE total*.
- Por otra parte, el *Grupo de No consumidores* partía de un cociente emocional promedio, pero significativamente superior al de los *Grupos de consumidores* (grupo A y grupo B) y la magnitud de las diferencias observadas es muy grande. Este grupo

no fue sometido a ningún programa de tratamiento y al ser valorado nuevamente a los seis meses, sus competencias emocionales no habían cambiado, se habían mantenido estables al cabo de ese tiempo, lo que apunta, con todas las limitaciones de la muestra, a una estabilidad general de las competencias emocionales en la población no clínica (Bar On, 1997).

- Al comparar, tras la finalización de los tratamientos, al *Grupo de No consumidores* con los *Grupos de consumidores* (grupo A y grupo B) se observó que las diferencias entre ambos grupos se habían reducido. Incluso, en el Grupo A las diferencias en los componentes *Interpersonal* y *Ánimo general* dejaron de ser significativas y en el Grupo B ocurrió lo mismo con los componentes *Interpersonal*, *Adaptabilidad* y *Ánimo general*.
  
- Por último, un efecto inesperado del Programa de Entrenamiento Emocional en formato grupal, fue la alta adherencia al tratamiento alcanzado por los sujetos del Grupo B. Este resultado es sumamente relevante, ya que la alta tasa de abandonos en los programas de tratamiento es uno de los problemas más graves en el ámbito de las drogodependencias. De hecho, las tasas de abandono del tratamiento son muy superiores en comparación con otro tipo de trastornos (Wierzbicki y Pekarik, 1993). La eficacia de los tratamientos para las adicciones está altamente correlacionada con la retención, ya que el abandono prematuro del tratamiento se relaciona con una mayor probabilidad de recaída y el mantenimiento en el mismo, con un mejor pronóstico (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins y Catalano, 1994). Por lo tanto, la alta adherencia alcanzada por los pacientes en el Programa de Entrenamiento Emocional en formato grupal, sugieren que el dicho programa puede ser una estrategia eficaz

para mejorar, no solo las competencias emocionales, sino también la retención en los tratamientos ambulatorios para las adicciones.

Como ya hemos referido previamente, tal y como señala Cohen y Hyman (1979), (A.P.A., 2001, pág. 22) no se puede dar toda la importancia a los niveles de significación descuidando la magnitud de la diferencia que es lo que nos permitirá juzgar su relevancia. Dado la influencia que el número de sujetos, que componen las muestras de estudio, tienen en la significación estadística; se entiende que, con muestras grandes es más fácil obtener diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, sería interesante para futuras investigaciones replicar el presente estudio con muestras de mayor tamaño.

Si bien, con todas las reservas señaladas, se concluye que el Programa de Entrenamiento Emocional en formato grupal podría ser más eficaz para mejorar las competencias emocionales de los pacientes, especialmente en lo que se refiere al manejo del estrés que experimentan este tipo de pacientes, que el tratamiento convencional utilizado en el Centro. Aunque hay que señalar que los dos programas de tratamiento han sido útiles para la mejora del Cociente Emocional, el tratamiento enriquecido con el Programa de Entrenamiento Emocional manifestó mayor potencia. Sin embargo, es un programa “recién nacido” y debe crecer y experimentar una evolución, dirigida fundamentalmente a facilitar la puesta en práctica de las incipientes capacidades adquiridas. La mejora en las competencias emocionales depende de forma prioritaria de la práctica. Es el entrenamiento en la vida cotidiana y no tanto la instrucción verbal lo que van a facilitar la mejora en estas competencias. Lo esencial es ejercitar y practicar las habilidades emocionales trabajadas a lo largo del programa de entrenamiento emocional para poder convertirlas en una respuesta adaptativa más del repertorio natural de la persona.

Esta modalidad de tratamiento debe ir evolucionando, desde un espacio donde se trabaja los contenidos propios de cada competencia priorizando los contenidos teóricos y generales, a un espacio donde se exponen las dificultades concretas de cada paciente en el día a día para aplicar estas competencias y poder recibir un *feedback*, en sesiones grupales posteriores, que vaya dirigido a la consolidación y mejora de estas habilidades.

El trabajo grupal en Inteligencia Emocional (IE) unido a la psicoterapia individual pueden hacer muy “buena pareja” dado que el primero facilita el segundo y viceversa. De hecho, en el presente estudio, una vez finalizado el programa se observa una mejora de las relaciones con los pacientes y un aumento de la motivación en el proceso psicoterapéutico. Se debe resaltar que el programa de entrenamiento emocional ha causado un impacto relevante en los participantes, ya que manifestaron su interés por continuar trabajando y profundizando en la mejora de sus competencias emocionales.

La repercusión que estos resultados arrojan sobre la práctica clínica se manifiesta en la necesidad de valorar sistemáticamente el TDA/H en los pacientes con TUS para mejorar sus pronósticos. Asimismo, es necesario desarrollar tratamientos dirigidos a dar respuestas a las necesidades terapéuticas de estos pacientes. Tratamientos como el evaluado en este estudio abordan una doble finalidad, por un lado la mejora en las competencias emocionales de los pacientes y, por otro, la mayor adherencia al tratamiento.

Las limitaciones observadas en el presente estudio están relacionadas con el reducido tamaño de las muestras de la segunda y tercera fase, así como con la imposibilidad de contar con un grupo de control puro, fundamentalmente por cuestiones éticas derivadas de la imposibilidad de tener listas de espera o pacientes no tratados con modalidad terapéutica alguna.

También hay que señalar la imposibilidad de incluir en la fase tres un grupo sólo con TUS y otro con el doble diagnóstico (TDA/H + TUS), por no disponer de suficientes pacientes TDA/H + TUS que aceptarían las exigencias del programa. Sería importante replicar el estudio con suficientes sujetos (TUS y TDA/H +TUS) para ver el impacto que el Programa de Entrenamiento Emocional tiene en los dos tipos de diagnósticos.

Por otro lado, no se han encontrado en la bibliografía resultados de estudios en población adicta que trabajen, en formato grupal, las habilidades emocionales que componen la IE, aunque en otros ámbitos como la educación y la empresa abundan estas publicaciones (Lopez y Salovey, 2004; Maurer y Brackett, 2004; Fernández-Berrocal y Ramos, 2004), por lo que los resultados obtenidos no pueden ser comparados con otros datos existentes.

A continuación se propone una serie de posibles acciones que pudiesen fortalecer los procedimientos de intervención llevados a cabo en este tipo de población:

- Sería conveniente que los profesionales que trabajen en los centros de tratamiento de adicciones se les recomienda que prioricen la detección de pacientes con TDA/H, dado la alta prevalencia que existe entre los pacientes con TUS.
- A la vista de los resultados obtenidos, y de las limitaciones del estudio, sería interesante replicar este estudio, debido a que en el presente trabajo se tomó una muestra reducida si bien apta para nuestro medio de trabajo y los resultados obtenidos indican que podrían ser más significativos con tamaños muestrales más grandes. Investigar cómo desarrollar de forma eficaz la IE de las personas adictas es un reto futuro para la psicología. La tarea con sujetos adictos es mucho más complicada,

dado que deben sustituir su habitual forma de regulación emocional, basada en el consumo de drogas, por la adquisición o mejora de competencias emocionales

- Podría ser de gran utilidad el informar a las instituciones competentes que se encarguen de la difusión del TDA/H adulto, dada la creencia generalizada, incluso entre algunos profesionales, de que el TDA/H es un trastorno de la infancia y adolescencia. La invisibilidad del TDA/H adulto provoca graves repercusiones en las personas que los sufren.

## 9 Referencias

- Abanto Z, Higuera L, Cueto J. (2000). *Inventario de Cociente Emocional de BarOn*. Lima, Peru.
- Abrantes AM, B. M. (2002). Attention dysfunction predicts substance involvement in community youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, (4ª ed., Texto rev). Washington, DC: Autor.
- Barkley, R. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 29 (4), 546-557.
- Bar-On, R. (1997). *BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Baumeister RF, Vohs KD. (2004). *Understanding self-regulation: an introduction, in Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. New York: Guilford.
- Biederman J, Mick E, Wilens TE, et al. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Am J Psychiatry*, 152, 1652-1658.
- Biederman J., Faraone SV., Spencer T., Wilens T., Norman D., Lapey KA., et al. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150, 1792-8.
- Brackett, M.A. y Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 29, 1147-1158.
- Brackett, Mayer, J.D. y Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and the prediction of behavior. *Personality and Individual Differences* 36.
- Brown, T. (2005). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. New Haven: Yale University Press.
- Brown, T. (2006). Executive functions and attention deficit hyperactivity disorder: implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53, 35-46.
- Brown, TE., Jarva, H. (2001). Brown attention-deficit disorder scales for children and adolescents: svenskt manual supplement. *Psykologiforl.*
- Calvete Zumalde, E. & Estevéz Gutiérrez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, 21(1), 49-56.
- Canto, J., Fernández-Berrocal, P., Guerrero, F., y Extremera, N. (2005). Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. En *Psicología Social y Problemas Sociales* (págs. 583-590). Madrid: J. Romay Martínez y R. García Mira.
- Carroll KM, Rounsaville BJ. (1993). History and significance of childhood attention deficit disorder in treatment-seeking. *Compr Psychiatry*, 34, 75-82.
- Casas M, Pérez de los Cobos J, Salazar I, Tejero A. (1992). *Las conductas de automedicación en drogodependencias*. Barcelona: Citran.

- TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*
- Castellanos FX, Sonuga-Bake EJ, Milham MP, et al. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond executive dysfunction. *Trends Cogn Sci*, 10, 117-123.
- Castellanos, F. (1999). *Psychobiology of ADHD*. New York: Quay HC, Hogan AE.
- Chassin, L., Pitts, SC., Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample. Predictors and substance abuse outcomes. *70(1)*, 67-78.
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P. y Mayer, J.D. (2001). Emotional Intelligence and every day life. *Psychology Press*, 76-77.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, N.J. Erlbaum (primera edición, 1977 New York: Academic Press).
- Cohen, S.A. and Hyman, J.S. (1979). How come so many hypotheses in educational research and supported (a modest proposal). *Educational Researcher*, 8(11), 12-16.
- Conner, CK., Erhardt, D. y Sparrow, E. (1999). *Conner Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Toronto: MHS.
- Denckla, M. (1996). A theory and model of executive function: a neuropsychological perspective, in Attention, Memory, and Executive Function. GR. Krasnegor NA, Baltimore, Paul Brokes.
- Dodge, K. (1991). Emotion and social information processing . En *Development of Emotion Regulation and Dysregulation* (págs. 159-181). New York: Cambridge University Press.
- Eric Mick, Joseph Biederman, Jefferson Prince, Marianna J Fischer, Stephen V Faraone. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. (LWW, Ed.) *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16-22.
- Faraone, S. V. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/ hyperactiviy disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 24-29.
- Faraone, S.V., Wilens, T.E., Petty, C., Antshel, K., Spencer, T., & Biederman, J. (2007). Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *The American Journal on Addictions* 16 (s1), 24-34.
- Farono SV, Wilens TE, Pretty C, et al. (2007). Substance use among ADHD adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict*, 16, 24-34.
- Fitzsimons, GM., Bargh, JA. (2004). Automatic self-regulations. En *Self Regulation: Reserarch, Theory and Applications* (págs. 151-170). New York: Baumeister, RF., Vohs, KD.,.
- Fossati A., Di Ceglie A., Acquarini E., Donati D., Donini M., Novella L., Maffei C. (s.f.). The retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder in adults: reliability and validity of the Italian version of the Wender Utah Rating Scale. (U. o. Institute of Psychology, Ed.) *Cpmpr Psichiatri*, 31, 425-33.
- Fuster, J. (2003). *Cortex and Mind: Unfyng Cognition*. New York: Oxford University Press.
- Gaffam, D. (2005). Widespread cortical networks underlie memory and attention. *Scienc*, 309, 2172-2173.
- Gilbert, D. G. (1995). Smoking: Individual Differences. *Psychopathology and Emotion*.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.
- Hassin, RA., Uleman, JS., Bargh, JA.,. (2005). *The New Unconscious*. New York: Oxford University Press.
- Heiligenstein, E. C. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *College Health*, 185-188.
- Hubbard, Raymond and Ryan, A. (2000). Educational and Psychological Measurement. En *The Historial Growth of Statistical Significance Testing in Psychology and Its Future Prospects* (Vol. 60, págs. 661-681).

- Hynd, G. W., Hern, K.L., Novey, E.S., Eliopoulos, D., Marshall, R., Gonzalez, J.J., & Voeller, K.K. (1993). Attention deficit-hyperactivity disorder and asymmetry of the caudate nucleus. *Journal of Child Neurology*, 8(4), 339-347.
- Kaminer, Y. (1992). Clinical implications of the relationship between attention-deficit hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Am J Addict*, 1, 257-264.
- Kassel, J.D.; Stroud, L.R. y Paronis, C.A. . (2003). Smoking stress and negative affect: correlation, causation and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129,270-304.
- Kessler, L., Adler, M., Ames, O., Demler, S., Faraone, E., Hiripi, et al. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*, 35(2), 245-56.
- Khantzian, E. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*, 4, 231-244.
- Kolpe, M., Carlson, G.A. (2007). Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms on methadone treatment outcome. *American Journal on Addictions*, 16(1), 46-48.
- Krause, K.H., Dresel, S.H., Krause, J., Kung, H.F., Tatsch, K., & Ackenheil, M. (2002). Stimulant-like action of nicotine on striatal dopamine transporter in the brain of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 5 (2), 111-113.
- La Hoste GJ, Swanson Jm, Wigal S, et al. (1996). Dopamine D4 receptor gene polymorphism is associated with attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*, 1, 121-4.
- Lambert NM, Harsough CS. (1998). Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non ADHA participants. *J Learn Disabil*, 31, 533-544.
- Levin FR, Evans SM, Kleber HD. (1999). Practical guidelines for the treatment of substance abusers with adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatr Serv*, 50, 1001-1003.
- Mannuzza S., Klei, R.G., Bessler A., Malloy P., LaPadula M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiatry*, 50, 565-76.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). Emotional Development and Emotional Intelligence: implications for educators. En *What is emotional intelligence?* (págs. 3-31). New York: P. Salovey D. Sluyter.
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- Molina, B.S., Bukstein, O.G., & Lynch, K.G. (2002). Attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder symptomatology in adolescents with alcohol use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(2), 161.
- Mollina BSG, Pelham WE Smith BH. (2002). Clinically meaningful link between alcohol use and attention deficit hyperactivity disorder. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 122-129.
- Morales Vallejo, P. (2012). El tamaño del efecto (effect size): análisis complementarios al contraste de medias. En E. a. Sociales. Guatemala.
- Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder in adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Nadeau, K. (1994). *Survival guide for college students with ADD or LD*. New York: Magination Press.
- Novak, S.P. & Clayton, R.R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking. *Health Psychology* 20, 196-2007.

TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención

- Ramos-Quiroga, J. D. (2009). Conductas adictivas y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Revista Española de Drogodependencias*, 34(2).
- Rodríguez-Jiménez Caumel, R. (2001). Validación en población española adulta de la Wender-Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *RevNeurol*, 33(2), 138.
- Ruiz, D., Cabello, R., Salguero, J., Castillo, R., Extremera, N y Fernández, P. (2010). *Los adolescentes malagueños frente a las drogas. La influencia de la inteligencia emocional*. Málaga: GEU.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- Schubiner H, Tzelepis a, Milberger S, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, et al. (2000). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *J Clin Psychiatry*, 61(4), 244-51.
- Schubiner H, Tzelepis a, Milberger s, Lockhart N, Kruger M, Kelley BJ, et al. (2009). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder among substance abusers. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(4), 244-251.
- Shedle, J., Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: a longitudinal inquiry. *Am Psychol*, 45, 612-630.
- Sullivan MA, Levin FR. (2001). Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. Diagnostic and therapeutic considerations. *Annals Ne York Academy of Sciences*, 134, 251-270.
- Tapert SF, Baratta MV, Abrantes AM, et al. (2002). Attention dysfunction predicts substance involvement in community youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 680-686.
- Tercyak, K.P., Peshkin, B.N., Walker, L.R. & Stein, M.A. (2002). Cigarette smoking among youth attention-deficit/hyperactivity disorder: Clinical phenomenology, comorbidity, and genetics. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 9 (1), 35-50.
- Trinidad, D.R. y Johnson, C.A. (2002). The association between emocional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality & Individual Differences* 32, 95-105.
- Vacha-Haase, T. (2001). Statistical Significance Should Not Be Considered One of Life's Guarantees: Effect Sizes Are Needed. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 219-224.
- Van't Ent D., Lehn H, Derks EM, et al. (2007). A structural MRI study in monozygotic twins concordant or discordant for attention/hyperactivity problems: evidence for genetic and environmental heterogeneity in the developing brain. En W. T, *ADHD and substance abuse* (págs. 1004-1020). Philadelphia: Spencer T.
- Ward, M.F., Wender, P.H. and Reimherr, F.W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 150(8), 1280.
- Wells, E.A., Peterson, P.L., Gaaney, R.R., Haswkins, J.D., y Catalano, R.F. (1994). Outpatient treatment for cocaine abuse: A controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 1-17.
- Wender, P. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorders in adults*. New York: Oxford University Press.
- Whalen, P.J., Shin, L. M., McInerney, S.C., Fischer, H., Wright, C.I. & Rauch, S.L. (2001). A functional MRI study of human amygdala responses to facial expressions of fear versus anger. *Emotion*(1), 70-83.
- Wierzbicki, M., y Pekarik, G.A. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology, Research and Practice*, 24, 190-195.
- Wilens TE, Spencer TJ, Biederman J. (2000). Attention deficit/ hyperactivity disorder with substance use disorders. En B. TE (Ed.), *Attention-deficit disorders and comorbidities*

- in children, adolescents and adults* (págs. 319-339). Washington, DC.: American Psychiatric.
- Wilens, T. (2004). Attention-deficit hyperactivity disorder and the substance use disorders. *ADHD in Adults*, 138.
- Wilens, T.; Biederman, J.; and Mich, E. . (1998). Does ADHD affect the course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD. *American Journal on Addictions* 7, 156-163.
- Wilens, T.E., Faraone, S.V., Biederman, J., & Gunawardence, S. (2003). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
- Wilens, T.E.; Biederman, J. ; Mick, E.; Faraone, S.V.; and Spender, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 475-482.
- Williams, L.M., Hermens, D.F., Palmer, D., Kihn, M. Clarke, S., Keage, H., Clark, C.R. y Gordon, E. (2008). Misinterpreting emotional expressions in attention-Deficit/Hyperactivity disorder: Evidence for a neural marker and stimulant effects. *Biological Psychiatry* 63, 917-926.

## 10 ANEXOS

### 10.1 WURS

#### WENDER-UTAH RATING SCALE (WURS). EVAL. RETROSPECTIVA DE TDA/H ()

De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):

1 Activo, no paraba nunca

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

2 Problemas de concentración, me distraía con facilidad

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

3 Ansioso, preocupado

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

4 Nervioso, inquieto

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

5 Poco atento, "en las nubes"

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

6 Mucho temperamento, saltaba con facilidad

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

7 Explosiones de genio, rabietas

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

8 Problemas para terminar las cosas que empezaba

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

9 Testarudo, cabezota

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

10 Imprudente, temerario, hacía travesuras

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

11 Desobediente con mis padres, rebelde, contestón

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

12 Irritable

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

13 Descuidado, me organizaba mal

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

14 Cambios de humor frecuentes: alegre, triste...

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

15 Enfadado

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

16 Impulsivo, hacía las cosas sin pensar

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

17 Tendencia a ser inmaduro

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

18 Sentimientos de culpa, remordimientos

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

19 Perdía el control de mí mismo

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

20 Tendencia a ser o a actuar irracionalmente

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

21 Me metía en peleas

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

22 Molestaba a otros niños

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

23 Me dejaba llevar demasiado por los demás

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

24 Dificultad para ponerme en el lugar de otros

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

25 Problemas con la autoridad, en la escuela visitas al jefe de estudios

Nada en absoluto o casi nada  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

## 10.2 ASRS

### ESCALA AUTOCUMPLIMENTA DE SÍNTOMAS DE TDA/H EN ADULTOS (ASRS)

Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se indica. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses.

#### SECCIÓN A

1 ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para terminar los detalles finales de un proyecto (o un trabajo, una tarea...), una vez que terminaste las partes más difíciles?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

2 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para tener las cosas en orden cuando tienes que hacer una tarea que requiere organización?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

3 ¿Con cuánta frecuencia tienes problemas para recordar reuniones de trabajo u otras obligaciones?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

4 Cuando tienes una tarea que requiere mucha concentración, ¿con cuánta frecuencia evitas o retrasas su comienzo?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

5 ¿Con cuánta frecuencia mueves o juegas con tus manos o pies cuando estás sentado por mucho tiempo?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

6 ¿Con cuánta frecuencia te sientes muy activo e impulsado a hacer cosas, como si te moviera un motor?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

#### SECCIÓN B

7 ¿Con cuánta frecuencia cometes errores por falta de cuidado cuando estás trabajando en algo aburrido o difícil?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

8 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para mantener atención cuando estás haciendo tareas aburridas o repetitivas?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

9 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que la gente te dice, aún cuando estén hablando contigo directamente?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

10 ¿Con cuánta frecuencia pierdes o tienes dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

11 ¿Con cuánta frecuencia te distraes por ruidos o actividades alrededor tuyo?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

12 ¿Con cuánta frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debes permanecer sentado?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

13 ¿Con cuánta frecuencia te sientes inquieto o nervioso?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

14 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultades para relajarte cuando tienes tiempo libre?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

15 ¿Con cuánta frecuencia sientes que hablas demasiado cuando estás en reuniones o actos sociales?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

16 Cuando estás en una conversación, ¿con cuánta frecuencia te descubres terminando las oraciones de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

17 ¿Con cuánta frecuencia tienes dificultad para esperar tu turno en situaciones en que debes hacerlo?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

18 ¿Con cuánta frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?

Nunca  Rara vez  Algunas veces  Con frecuencia  Muy frecuentemente

### 10.3 Inventario de inteligencia emocional (BarOn)

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

Ocupación \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Inventario de inteligencia emocional (BarOn)

##### Introducción

---

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

---

1. Rara vez o nunca es mi caso
2. Pocas veces es mi caso
3. A veces es mi caso
4. Muchas veces es mi caso
5. Con mucha frecuencia o siempre es mi caso.

Lee cada una de las frases y selecciona UNA de las cinco alternativas la que sea más apropiada para ti, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogiste según sea tu caso. Marca con un aspa el número.

Si alguna de las frases no tiene que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías si estuvieras en esa situación. Notarás que algunas frases no reproporcionan toda la información necesaria; aunque no estés seguro(a) selecciona la respuesta más adecuada para ti. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.

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

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto(a).
9. Reconozco con facilidad mis emociones.
10. Soy incapaz de demostrar afecto.
11. Me siento seguro(a) de mí mismo(a) en la mayoría de las situaciones.
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza.
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo.
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.
16. Me gusta ayudar a la gente.
17. Me es difícil sonreír.
18. Soy incapaz de comprender cómo se sienten los demás.
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.
20. Creo que puedo controlarme en situaciones difíciles.
21. Realmente no sé para que soy bueno(a).
22. No soy capaz de expresar mis ideas.
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimo con los demás.
24. No tengo confianza en mí mismo(a).
25. Creo que he perdido la cabeza.
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
28. En general, me resulta difícil adaptarme.
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo.
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.
31. Soy una persona bastante alegre y optimista.
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.
34. Pienso bien de las personas.
35. Me es difícil entender como me siento.
36. He logrado muy poco en los últimos años.
37. Cuando estoy enojado (a) con alguien se lo puedo decir.
38. He tenido experiencias extrañas que no puedo explicar.
39. Me resulta fácil hacer amigos (as).
40. Me tengo mucho respeto.
41. Hago cosas muy raras.
42. Soy impulsivo (a), y eso me trae problemas.
43. Me resulta difícil cambiar de opinión.

44. Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.
45. Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.
46. A la gente le resulta difícil confiar en mí.
47. Estoy contento (a) con mi vida.
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mi mismo (a).
49. No puedo soportar el estrés.
50. En mi vida no hago nada malo.
51. No disfruto lo que hago.
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.
53. La gente no comprende mi manera de pensar.
54. Generalmente espero lo mejor.
55. Mis amigos me confían sus intimidades.
56. No me siento bien conmigo mismo (a).
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven.
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto.
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas.
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.
62. Soy una persona divertida.
63. Soy consciente de como me siento.
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.
65. Nada me perturba.
66. No me entusiasma mucho mis intereses.
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo.
68. Tengo tendencia a fantasear y a perder contacto con lo que ocurre a mí alrededor.
69. Me es difícil llevarme con los demás.
70. Me resulta difícil aceptarme tal como soy.
71. Me siento como si estuviera separado (a) de mi cuerpo.
72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.

78. S, como mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentido.
80. En general me siento motivado (a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir ""no"" aunque tenga el deseo de hacerlo."
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones m s cercanas significan mucho, tanto para m j como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy.
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me esta pasando, aun cuando estoy alterado (a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento (a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento (a) con mi cuerpo.
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo (a).
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un (a) ciudadano (a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas m s difíciles.
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento (a) con la forma en que me veo.

115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso (a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo.
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado (a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

## **10.4 Programa de Entrenamiento Emocional**

### **INDICE**

- 1. Justificación del Programa**
- 2. Metodología**
  - 2.1. Pacientes
  - 2.2. Terapeuta
  - 2.3. Sesiones Individuales
  - 2.4. Sesiones Grupales
  - 2.5. Lugar
  - 2.6. Material
  - 2.7. Procedimiento de la Evaluación del Programa.
  - 2.8. Resultados
- 3. Sesión 1: Introducción al Programa de Entrenamiento Emocional.**
- 4. Sesión 2: Conocimiento de uno mismo.**
- 5. Sesión 3: Estilos de Afrontamiento**
- 6. Sesión 4: Pensamientos Automáticos Negativos**
- 7. Sesión 5: Autoinstrucciones.**
- 8. Sesión 6: El Manejo de la Impulsividad.**
- 9. Sesión 7: El Manejo de la Ansiedad.**
- 10. Sesión 8: La Automotivación.**
- 11. Sesión 9: La Empatía.**
- 12. Sesión 10: La Escucha Activa**
- 13. Sesión 11: Mantenimiento de los Progresos I**
- 14. Sesión 12: Mantenimiento de los Progresos II**

## **JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA**

Desde el contexto clínico observamos que las personas que sufren adicción a las drogas o al alcohol tienen grandes dificultades en el manejo de sus emociones. Se afirma que la ingobernabilidad emocional es el trasfondo neurótico que determina el desarrollo del alcoholismo y la drogadicción y que, mientras no se supere este trasfondo, será muy difícil que el adicto se recupere.

El problema de la adicción, por tanto, no termina con la abstinencia. Esta deja aflorar una dificultad más que requiere ser atendida para poderle ganar la batalla a las drogas. El individuo muestra grandes dificultades en el gobierno de sus emociones. Y esta ingobernabilidad puede terminar provocándole una recaída. No tienen respuestas adaptativas ante la frustración, el dolor, la ira, la pena o la tensión. Incluso el éxito puede ser difícil de manejar para ellos.

Todo esto nos hace pensar que las personas con problemas de adicción pueden necesitar trabajar sus competencias emocionales para adquirir comportamientos más adaptativos en su vida cotidiana. El consumo de sustancias adictivas puede haber sido utilizado como estrategia para regular sus emociones, convirtiéndose las drogas en una “muleta emocional” sin la cual no saben enfrentar las dificultades que les plantea la vida.

Este modo de afrontamiento puede aparecer cuando la mente emocional predomina sobre la mente racional, generando una respuesta emocional rápida y primitiva. No olvidemos que la inmadurez emocional (infantilismo, egocentrismo, incapacidad de aplazar satisfacciones, intolerancia a la frustración, etc.) es una característica fundamental de la estructura psicológica del adicto.

Por todo lo dicho, es importante desarrollar estrategias psicoterapéuticas que estimulen la inteligencia emocional del adicto en recuperación.

En los principales modelos sobre inteligencia emocional podemos ver que la autorregulación emocional (entendida como la capacidad de regular los estados emocionales a un punto de referencia) es un elemento principal de los modelos. Así, el modelo de las 4 ramas de Mayer et al sitúa al “Manejo de las Emociones” arriba de su escala jerárquica, Goleman la incluye como “capacidad de controlar las propias emociones” y Bar-On incluye elementos de autorregulación emocional en varias de sus habilidades, como el “Control de Impulsos” y la “Flexibilidad”.

La autorregulación emocional es la piedra angular del concepto de inteligencia emocional, ya que de nada sirve reconocer nuestras propias emociones si no podemos manejarlas de forma adaptativa. Nuestro programa de Entrenamiento Emocional tiene como objetivo básico favorecer la autorregulación emocional de los pacientes, esperando con ello un aumento significativo de su inteligencia emocional.

## **METODOLOGÍA**

### **Pacientes**

Para conseguir los máximos beneficios trabajando en el formato grupal con adultos con TUS y TDA/H-TUS, el tamaño del grupo no supera los 10 participantes.

Al ser un grupo mixto tenemos muy en cuenta las dificultades habituales de los pacientes con TDA/H para mantener la atención, la tendencia a hablar en exceso, la impulsividad en las respuestas, etc. , un grupo mayor no resultaría manejable para el terapeuta ni suficientemente provechoso para los pacientes. Por otro lado un número muy inferior tampoco es recomendable ya que resultaría menos rico e interesante en cuanto a las aportaciones, y se correría el riesgo de que se viera diezmado debido a posibles abandonos.

Los grupos son cerrados, es decir no se incorporan nuevos participantes hasta la formación de un nuevo grupo. Esto permite mantener el orden de los contenidos tal como ha sido previsto para maximizar sus beneficios, además de facilitar la cohesión entre los miembros del grupo. Intentamos crear grupos lo más homogéneos posibles en cuanto al rango de edad, sin embargo, sí favorecemos la heterogeneidad respecto al género, puesto que aporta una mayor riqueza en las experiencias que se aportan al grupo.

En lo referente al diagnóstico, incluimos personas diagnosticadas de TUS y TDA/H-TUS, no discriminamos otros trastornos comórbidos a no ser que valoremos que pueden interferir en el buen funcionamiento del grupo. Aunque sería deseable que los grupos fueran homogéneos en relación al diagnóstico clínico, este criterio, si se hace cumplir de forma estricta dificultaría en exceso la formación de los grupos. Todos los pacientes derivados al grupo debe encontrarse

*TFM: TUS, TDA/H e IE: un análisis relacional y alternativas de intervención*

en la fase de deshabitación, es decir, una vez desintoxicados y estabilizados en los tratamientos farmacológicos que precisen.

Todos los pacientes que participan en nuestro programa de tratamiento han pasado previamente por un proceso de valoración en el que, además del diagnóstico clínico, se valora los cambios en la calidad de vida, la concurrencia de síntomas de ansiedad y depresión, los rasgos de personalidad, su situación familiar, etc.

Antes de empezar el programa de tratamiento, todos los pacientes realizan una entrevista de preselección en la que se expone el funcionamiento del programa y se valoran la motivación y la disponibilidad para participar.

## **Terapeuta**

El terapeuta es psicólogo formado en el modelo cognitivo conductual y experiencia en el manejo de grupos de Entrenamiento Emocional. Tanto las sesiones individuales como las de grupo son realizadas por el mismo terapeuta.

Aunque las sesiones suelen tener un formato pedagógico y directivo, se aprovecha los beneficios de un formato grupal para utilizar la interacción y las aportaciones de los participantes para ilustrar y debatir los contenidos expuestos. El estilo del terapeuta varía según el momento de la sesión. Así, al inicio y al final es más informal, y durante la sesión puede ser en algunos momentos más directivo (por ejemplo, al explicar las técnicas) y en otros más flexible, favoreciendo la participación.

Es importante que el terapeuta vaya ofreciendo un feedback positivo de los progresos pero también que instruyan a los pacientes a hacerlo ellos mismos. Es necesario que los pacientes aprendan a valorar los cambios positivos que vayan realizando, para mantenerse motivados y continuar progresando. Asimismo, el terapeuta deben ir detectando las áreas en las que persisten dificultades y decidir cuándo es conveniente tratarlas a nivel grupal o cuando revisarlas en las sesiones individuales.

### **Sesiones grupal**

Este programa consta de 12 sesiones grupales de 90 minutos de duración cada una. Las sesiones son por la mañana por exigencias del servicio. La frecuencia es quincenal, siempre el mismo día y a la misma hora para facilitar la adherencia al tratamiento ya que es fácil que estos pacientes se despisten y se olviden de acudir, o que lleguen tarde por haberse planificado más tareas de las razonables, etc.

La **estructura de las sesiones** grupales se ajusta siempre al mismo formato. Esto resulta especialmente apropiado con los pacientes TDA/H. Ante su facilidad para perder el hilo y pasar de un tema a otro, la estructura proporciona un orden útil y necesario, y permite seguir un plan previsto y conocido por todos. El esquema habitual es el siguiente:

- Los primeros minutos se acoge a los participantes y se establece una breve comunicación informal.
- A continuación se revisan las tareas para casa, las dificultades para llevarlas a la práctica, se valoran los beneficios de los cambios introducidos, etc. Normalmente no seguimos un orden de participación preestablecido, sino que se van siguiendo las

aportaciones que surgen de manera natural y se pregunta a aquellos que no participan espontáneamente.

- Seguidamente se exponen los contenidos teórico-prácticos previstos para esa sesión. Se sigue un formato flexible en el que las explicaciones del terapeuta se van intercalando con ejemplos prácticos que van aportando los participantes, las dudas que surgen, las dificultades que se pueden prever en la aplicación de las estrategias, etc. Es importante destacar los beneficios de aplicar la técnica que se esté introduciendo, para así incrementar la motivación intrínseca sobre su uso; y, por otro lado, analizar y prever las posibles dificultades que pueden surgir en su aplicación para avanzar también las soluciones.
- Durante los últimos 10-15 minutos se revisan las tareas para casa, anticipando de nuevo posibles dificultades al aplicar las estrategias propuestas para de este modo tratar de prever cómo resolverlas. Finalmente, se entrega el material escrito que se desarrollará en la siguiente sesión. Esto permite que los pacientes lo hayan revisado antes de presentarlo, con lo que se facilita su aprendizaje e interiorización. Además, después de cada sesión, una de las tareas para casa es revisar el material expuesto en la sesión de ese día, de modo que a lo largo del tratamiento se prevé que cada paciente haya estado en contacto con el material como mínimo tres veces (antes de la sesión, el día que se trata en la sesión de grupo, y la semana posterior a su discusión).

## **Sesiones individual**

Este programa consta de al menos 6 sesiones individuales, en las que se profundiza en las dificultades concretas de cada paciente, teniendo en cuenta sus características particulares y las de su situación concreta (familiar, labora, emocional...).

La duración de las sesiones individuales oscila entre 60 y 90 minutos. La estructura de estas sesiones es la habitual de una visita de tratamiento psicológico individual, aunque con una particularidad: al inicio de la visita se acuerda con el paciente un guión de la sesión basada en las anotaciones de las fichas de paciente y de terapeuta (ficha A y B) sobre aspectos que comentar, dudas, estrategias que revisar, etc. Esto permite sacar el máximo partido al encuentro y evitar pasar a temas irrelevantes o dedicar demasiado tiempo a una duda y no poder profundizar en otros aspectos también relevantes.

## **Lugar y material necesario**

Las sesiones tienen lugar en una sala amplia, que permite colocar las sillas alrededor de una mesa grande para facilitar que los participantes puedan tomar notas durante la sesión.

La información resumida de forma esquemática se proyecta en una pantalla. De este modo se refuerza el contenido auditivo que se va exponiendo, lo que facilita la adquisición de la información.

En cada sesión se entrega a los participantes material escrito en el que se exponen los contenidos de la siguiente reunión. Ello permite, por un lado, que dispongan de la información con antelación, de modo que cuando se trate en la sesión los miembros del

grupo se hayan familiarizado previamente con los contenidos. Por otro lado, posibilita que dispongan de la información básica para revisarla en cualquier momento ante las dudas que puedan surgir. Dentro de los contenidos, además de proporcionarse información sobre el TDA/H para los pacientes con este diagnóstico, se expone cada una de las estrategias que se explican en las sesiones, se incluye el listado de tareas para casa de cada sesión, se adjuntan fichas para practicar algunas de las técnicas, y se añade un apartado en el que los pacientes deben ir anotando los aspectos que comentar en las sesiones individuales. Todo este material estará también disponible en un blog privado al que pueden acceder con una clave y que le permite consultar dudas y comentar sus dificultades. Este blog estará atendido diariamente por el terapeuta.

### **Procedimiento de Evaluación del Programa**

El programa de intervención se distribuyó en cuatro Etapas, las cuales se encaminaron hacia el desarrollo de los objetivos propuestos en éste.

En la primera etapa se realizó la valoración diagnóstica de los pacientes. Para ello se realizó una entrevista clínica y se pasó tres pruebas, dos para valorar el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad y la tercera fue el Cuestionario Bar-On que ha sido el instrumento diagnóstico utilizado para obtener las medidas en dos momentos (pre y post) de la Inteligencia Emocional. Las sesiones destinadas a cubrir esta etapa son variables según las circunstancias particulares de cada paciente.

La segunda etapa estuvo destinada a acordar con el paciente una estrategia terapéutica. Se le ofrece la posibilidad de psicoterapia individual y entrenamiento emocional en formato grupal y se le invita a participar en el blog.

La tercera etapa comienza cuando se define el proyecto terapéutico de cada paciente. De esa forma se constituyen los dos grupos del estudio y se trabajan los contenidos de cada modalidad de tratamiento.

En la cuarta y última etapa se recopiló la información obtenida y se analizaron los resultados a nivel cuantitativo y cualitativo.