

Dulce Romero-Ayuso¹
Yolanda Mayoral-Gontán²
José-Matías Triviño-Juárez³

Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína

¹Departamento de Psicología, Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería, Universidad de Castilla La Mancha, Talavera de la Reina, España

²Unidad de Conductas Adictivas, Servicio de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España

³Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de Calidad, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

La cocaína se ha convertido en la segunda droga por la que se solicita intervención para la deshabituación. En este estudio se analizan las distintas destrezas de inteligencia emocional en pacientes adictos a cocaína en periodo de abstinencia. Se administró el Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT) y una tarea computarizada de percepción de riesgo (BART) a 50 sujetos (25 individuos sin historia de consumo de drogas y 25 individuos en tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas, en estado de abstinencia en el momento de evaluación). Los resultados mostraron diferencias entre ambos grupos en el cociente global de inteligencia emocional, en la inteligencia emocional estratégica, comprensión emocional y manejo emocional. Los pacientes dependientes de cocaína mostraron dificultades para el análisis de emociones complejas y para regular su respuesta emocional, aspectos que pueden dificultar las interacciones en la vida diaria.

Palabras clave: Cocaína, Inteligencia emocional, Abuso de drogas, Competencias emocionales, Percepción de riesgo

Actas Esp Psiquiatr 2016;44(2):72-8

Emotional intelligence, risk perception in abstinent cocaine dependent individuals

Cocaine is now responsible for the second-highest number of cessation intervention requests. In this study we analyze the different skills of emotional intelligence in cocaine-dependent patients maintaining abstinence. The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) and the Balloon Analogue Risk Task (BART) were administered to 50 subjects (25 individuals with no history of drug use and 25 individuals in treatment at the Addictive Behaviors Unit in a state of withdrawal at the time of evaluation). The re-

sults showed differences between these groups in overall emotional intelligence quotient, strategic emotional intelligence, understanding emotions and emotional management. Cocaine-addicted participants showed difficulties in analyzing complex emotions and regulating their emotional response, aspects that can interfere with interactions in daily life.

Keywords: Cocaine, Emotional intelligence, Drug abuse, Emotional competencies, Risk perception

INTRODUCCIÓN

La cocaína es la segunda droga ilegal de mayor consumo entre la población europea y los índices de prevalencia de su consumo están aumentando a lo largo de los últimos años^{1,2}. En España, una de cada cuatro solicitudes de tratamiento está relacionada con el abuso de cocaína. Además, entre las personas adictas que consultan por primera vez, es la droga que más admisiones de tratamiento provoca³. Estudios recientes recogen las dificultades que la cocaína produce en la inteligencia emocional, la relación con el estrés y el control de los impulsos⁴⁻⁶. La inteligencia emocional ha sido estudiada básicamente de dos maneras distintas: como un conjunto de aptitudes para el procesamiento emocional o como un rasgo de personalidad^{7,8}. El modelo de capacidad de la inteligencia emocional de Salovey y Mayer propone un modelo de cuatro factores⁸: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional. Desde esta perspectiva, se entiende que la percepción emocional es la capacidad de percibir las emociones en uno mismo y en los demás. Por otro lado, la facilitación emocional es la capacidad para generar, utilizar y sentir las emociones de la forma necesaria para comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos. Permite cambiar de punto de vista en función del estado de ánimo, facilitando una mayor flexibilidad mental, creatividad y resolución de problemas. El tercer elemento

Correspondencia:
Dulce María Romero-Ayuso
Universidad de Castilla La Mancha
Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería
Avda. Real Fábrica de la Seda s/n
45600 Talavera de la Reina (España).
Tel.: +34 925 721010
Correo electrónico: Romero@uclm.es

de este modelo es la comprensión emocional, que se refiere a la capacidad para comprender la información emocional, entender cómo se combinan las emociones y su evolución a lo largo de las relaciones interpersonales, así como la apreciación de los significados emocionales. El último factor es la regulación o control emocional o la capacidad de abrirse a los sentimientos y de modularlos, regular las emociones, controlar la forma en la que se expresan, sentir las o bloquearlas, así como promover la comprensión personal y el crecimiento. La corriente actual de investigación comienza a defender la utilización de medidas de ejecución y de habilidad para evaluar la inteligencia emocional⁸⁻¹². De este modo, se da importancia a la capacidad de desempeño que tiene la persona en el momento actual en una tarea concreta y no sólo como rasgo de su personalidad o su creencia sobre tal capacidad. Con objeto de disponer de una medida fiable y válida en consonancia con el modelo de habilidad defendido por Mayer, Salovey y Caruso^{8,10}, se han realizado distintos estudios para evaluar el impacto de la gravedad del consumo de drogas en el reconocimiento de emociones^{4,5}. Los resultados de estos trabajos muestran que la emoción negativa basada en la impulsividad predice problemas de dependencia a sustancias. El control de impulsos es uno de los principales factores subyacentes a los trastornos adictivos que pueden reflejar dificultades en la comprensión emocional y el manejo emocional¹³. Especialmente esta desregulación emocional puede verse afectada en situaciones de estrés, que puede influir en la percepción de riesgo sobre determinadas conductas⁶. Asimismo, diferentes estudios han relacionado la conducta adictiva con la percepción de riesgo y búsqueda de recompensas. Una de las tareas más utilizada para su valoración es la *Balloon Analogue Risk Task* (Tarea de Riesgo del Globo Analógico - BART)^{14,15}. La mayoría de estos estudios utiliza la BART como una medida experimental que analiza la propensión al riesgo desde diferentes puntos de vista^{14,16,17}. A pesar de que existen varios trabajos que relacionan la percepción de riesgo y el consumo de drogas utilizando la BART como instrumento de medida, son pocos los que relacionan la BART con el consumo de cocaína¹⁸. A excepción del estudio de Fox et. al.⁶, los estudios previos se han centrado fundamentalmente en la percepción emocional, poniendo de manifiesto una carencia en el conocimiento de las diferencias en los procesos de facilitación, comprensión y manejo emocional. Asimismo, es escaso el número de investigaciones que utilizan la BART en pacientes que están en periodo de mantenimiento de abstinencia a la cocaína y que tratan de explorar si la tendencia a realizar conductas de riesgo y búsqueda de recompensas sea aspectos que se mantienen tras abandonar su consumo¹⁸⁻²². Ante esta situación, nos planteamos como objetivos examinar la relación entre el consumo de cocaína y la inteligencia emocional, la percepción de riesgo y la búsqueda de recompensas.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra estuvo formada por 50 sujetos, dividida en dos grupos: 25 de ellos sin historia de consumo y 25 en periodo de abstinencia a cocaína. De acuerdo con los criterios del DSM-IV-R, se trataba de pacientes con diagnóstico principal de dependencia a cocaína en remisión total temprana (F14.20). Además, en algunos pacientes del segundo grupo se daba un abuso de otras sustancias, principalmente alcohol (F10.1), cannabis (F12.1), Anfetamina (F15.1) y/o juego patológico o ludopatía (F63.0).

Los criterios de inclusión del grupo de abstinentes fueron: 1) Ser mayor de edad (≥ 18 años); 2) Llevar como mínimo 3 meses en abstinencia a cocaína; 3) Realizar controles semanales sobre consumo de tóxicos con resultado negativo; 4) Diagnóstico principal: dependencia a cocaína en remisión total temprana (F14.20); 5) Recibir tratamiento en una Unidad de Conductas Adictivas (UCA). No fue motivo de exclusión que el paciente consumiese cannabis puntualmente durante el periodo de evaluación.

En el caso del grupo de personas sin historia de consumo, la muestra estaba formada por sujetos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: 1) Ser mayor de edad (≥ 18 años); 2) No padecer ninguna enfermedad mental ni neurológica; 3) Ausencia de antecedentes personales de consumo de cocaína; y 4) No tener antecedentes de tratamiento en una UCA.

Las características de la muestra quedan reflejadas en la Tabla 1.

Procedimiento

La exploración se realizó en dos sesiones, una primera sesión de una hora y una segunda sesión de 25 minutos. El tipo de muestreo fue intencional, no probabilístico. Para constituir el grupo de personas con antecedentes de consumo de cocaína en periodo de abstinencia, se contactó con éstas a través de las consultas de psicología de una UCA. La captación de personas sin historia de consumo de cocaína se realizó mediante carteles que se colocaron en el Instituto de Ciencias de la Salud y en tres centros educativos. En ambos casos, la participación fue voluntaria.

Después de aceptar su participación, se procedió a programar la primera sesión de forma individualizada, ajustándose a la disponibilidad del sujeto y de los investigadores.

Cada participante fue informado de las características del estudio y del cumplimiento de la legislación relativa a la protección de datos. Todos los participantes dieron su consentimiento por escrito.

Tabla 1	Características de la muestra de estudio			
	Grupo de pacientes adictos a la cocaína		Grupo personas sin historia de consumo	
	Media (\pm DT)	n (%)	Media (\pm DT)	n (%)
Edad	27 (6.04)		30 (5.70)	
Años Consumo	9.8 (4.20)		0	
Sexo				
Mujeres		8 (32)		15 (60)
Varones		17 (68)		10 (40)
<i>Nivel de escolaridad</i>				
Sin estudios		3 (12)		0
Primarios LOGSE/EGB/ESO		14 (56)		1 (4)
Bachillerato/FP		8 (32)		18 (72)
Universitarios		0		6 (24)
<i>Otras sustancias /adicciones de abuso</i>				
Cannabis		1(4)		
Alcohol		18 (72)		-
Alcohol y Cannabis		4 (16)		-
Alcohol y Anfetaminas		1 (4)		-
Alcohol y Ludopatía		1(4)		-

DT: Desviación típica

Instrumentos

Los instrumentos incluidos en este estudio formaban parte de un protocolo de exploración neuropsicológica más amplio. Los dos instrumentos que permiten estudiar las dos variables principales de este estudio son:

- Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT)⁸: es un instrumento que permite evaluar el nivel general de inteligencia emocional. También se puede utilizar desde el punto de vista clínico para mejorar el conocimiento de sí mismo y determinar en qué áreas puede ser aconsejable desarrollar su conocimiento emocional y los planes necesarios para hacerlo²³. Se puede utilizar a partir de los 17 años. Su cumplimentación dura aproximadamente entre 30 y 45 minutos. La versión española del MSCEIT versión 2.0 tiene una fiabilidad global de 0.95, con una fiabilidad de 0.93 para el área experiencial y de 0.90 para el área estratégica. Además, se han obtenido elevadas correlaciones entre las puntuaciones obtenidas con los sistemas de corrección español y el original ($r=0.99$). Los análisis factoriales replican la estructura original del instrumento, compuesto por: una puntuación total del cociente de inteligencia emocional (CIE); dos áreas, que son el cociente de inteligencia emocional experiencial (CIEIX) y el cociente de inteligencia emocional estratégica (CIES); y cuatro habilidades básicas: 1) percepción emocional (CIEP); 2) facilitación emocional (CIEF); 3) comprensión emocional (CIEC) y 4) manejo emocional (CIEM); el test está formado por ocho tareas: caras, paisajes y diseños, sensaciones, facilitación, combinaciones, cambios, regulación de emociones y relaciones emocionales.
- *Balloon Analogue Risk Task* (BART). La BART consiste en la presentación de un globo en la pantalla del ordenador (Figura 1), que el sujeto tiene que inflar poco a poco con el ratón. Los globos se presentan uno a uno hasta un total de 20. Cada vez que el individuo infla el globo, obtiene una recompensa en forma de dinero. A mayor número de pulsaciones para inflarlo, se acumula una mayor cantidad de dinero, pero el riesgo de que el globo explote y pierda todo el dinero acumulado es también mayor con cada inflado. En esta prueba no existe límite de tiempo y el sujeto tiene una retroalimentación constante, es decir, a medida que se desarrolla la prueba, va viendo en la pantalla el dinero que va perdiendo y el que va acumulando. Esta prueba es utilizada para medir la percepción de riesgo relacionada con la impulsividad y la obtención de la recompensa^{14,15}.

Los pacientes adictos a cocaína de la UCA recibían terapia cognitivo conductual. La terapia cognitivo conductual,



se basa en los supuestos de que no son sólo los hechos los que producen nuestras emociones sino los pensamientos con los que afrontamos estos acontecimientos. Nuestros pensamientos determinan nuestras emociones y nuestras emociones determinan nuestras conductas. Una de las técnicas más eficaces de la terapia cognitivo conductual es una técnica de autocontrol desarrollada para la eliminación de patrones de pensamientos recurrentes poco realistas, improductivos y/o productores de ansiedad, que pueden inhibir la ejecución de una conducta deseada o sirven para no iniciar una secuencia de conductas indeseables²⁴. Las técnicas de autocontrol trabajadas con este grupo de pacientes fueron: parada de pensamiento, reestructuración cognitiva, terapia racional emotiva, diferentes técnicas de relajación, técnicas para el manejo de la ira, afrontamiento de situaciones estresantes, resolución de problemas, habilidades de comunicación y técnicas de administración del tiempo^{25,26}. Estas técnicas se trabajan en diferentes etapas del tratamiento, teniendo en cuenta la teoría de los estadios del cambio de la entrevista motivacional²⁷. La periodicidad de las sesiones de tratamiento fue variando dependiendo de su evolución (semanal, quincenal, mensual, trimestral, semestral y anual), considerando que el paciente está rehabilitado cuando lleva dos años en abstinencia total.

Análisis estadístico

Para la descripción de la muestra, se utilizaron estadísticos descriptivos para variables cuantitativas y cualitativas. Para analizar las diferencias de las variables principales del estudio se utilizó la t de Student o la U de Mann-Whitney, según siguieran o no una distribución normal, así como el test Chi cuadrado para conocer si existían diferencias en la

distribución por sexo, edad y nivel educativo. Posteriormente se realizó un análisis de covarianza (ANCOVA) en todas las variables de interés utilizando como variables de ajuste la edad, sexo y nivel educativo. La significación estadística se estableció con un valor de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete de análisis estadístico SPSS versión 19.0.

RESULTADOS

Los resultados del MSCEIT (Tabla 2) mostraron diferencias entre ambos grupos, después de ajustar por edad, sexo y nivel de estudios, en el cociente total de inteligencia emocional (CIE), en la rama de inteligencia emocional estratégica (CIES), en la comprensión emocional (CIEC), en la regulación emocional (CIEM) y en las tareas de combinaciones y manejo emocional. Asimismo, también pusieron de manifiesto una mayor dispersión en las puntuaciones del MSCEIT en el grupo de dependientes de cocaína frente al grupo sin historia de consumo, aunque esta diferencia no llegó a ser estadísticamente significativa.

El grupo de sujetos sin historia de consumo obtuvo 21.69 puntos más en el cociente de inteligencia emocional global y un mejor rendimiento en la inteligencia emocional estratégica que el grupo de pacientes adictos a cocaína. Por otro lado, también hubo diferencias significativas en el rendimiento en la comprensión emocional, tanto en la tarea de combinación de emociones como en la tarea de manejo emocional, que fue mejor en el grupo sin antecedentes de consumo. Este grupo también presentó un rendimiento superior en las tareas de comprensión emocional.

Con respecto a los resultados en la tarea de percepción de riesgo BART (Tabla 2), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las dos variables que valora, percepción de riesgo y recompensas obtenidas, si bien el número de inflados del globo tendió a ser mayor en el grupo de pacientes dependientes de cocaína.

DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue examinar la relación entre el consumo de cocaína y la inteligencia emocional, la percepción de riesgo y la búsqueda de recompensas.

Los resultados mostraron una puntuación media inferior en el grupo de pacientes dependientes de cocaína en la mayoría de los índices globales (Inteligencia emocional, Inteligencia emocional estratégica, Comprensión emocional y Manejo emocional). Asimismo, se observó un rendimiento inferior en las tareas de combinaciones y regulación de emociones.

Los pacientes adictos a la cocaína presentaron mayores dificultades en las tareas de inteligencia emocional

Tabla 2		Medias estimadas en los grupos sin historia de consumo y adictos a la cocaína de las variables resultado ajustadas por edad, sexo y nivel educativo						
		Media grupo sin historia de consumo (DT)	Media grupo abstinentes a cocaína (DT)	Diferencias medias	F	p valor	IC 95% Diferencias medias	
						Límite inferior	Límite superior	
MSCEIT	CIE	106.51(6.93)	84.81(6.14)	21.69	5.32	0.026	2.72	40.66
	CIEX	103.32(7.36)	89.53(6.52)	13.79	1.19	0.175	-6.36	33.95
	CIES	107.90(4.22)	91.24(3.74)	16.63	8.14	0.006	2.95	19.87
	CIEP	102.23(6.43)	96.43(5.70)	5.79	0.441	0.510	-11.82	23.41
	CIEF	102.52(5.49)	91.00(4.86)	11.52	2.39	0.129	-3.50	26,55
	CIEC	105.87(3.67)	92.58(3.25)	13.29	7.11	0.011	3.23	23.34
	CIEM	107.54(4.91)	92.93(4.359)	14.61	4.80	0.034	1.16	28.06
	Caras	101.58(6.03)	95.94(5.34)	5.64	0.475	0.562	-10.86	22.14
	Paisajes y diseños	103.15(4.56)	102.24(4.04)	0.912	0.022	0.884	-11.58	13.40
	Sensaciones	110.22(5.88)	94.16(5.21)	16.06	4.04	0.050	-0.035	32.15
	Facilitación	93.72(3.17)	93.66(2.81)	0.062	0.001	0.989	-8.62	8.75
	Combinaciones	105.33(3.50)	90.80(3.10)	14.52	9.36	0.004	4.95	24.10
	Cambios	105.80(4.12)	95.04(3.65)	10.76	3.70	0.061	-0.518	22.03
	Regulación de emociones	107.3(4.77)	93.41(4.23)	14.52	5.03	0.030	1.45	27.59
	Relaciones emocionales	103.89(4.62)	94.05(4.09)	9.83	2.45	0.124	-2.82	22.50
BART	Percepción de riesgo	597.28(64.71)	659.42(57.32)	-62.14	0.501	0.483	-239.23	114.94
	Recompensa	20.15(1.78)	20.97(1.58)	-0.826	0.131	0.719	-5.42	3.76

DT: Desviación típica; IC: Intervalo de confianza; MSCEIT: Test de inteligencia emocional de Mayor y Salovey; CIE: Inteligencia Emocional Total; CIEX: Inteligencia emocional experiencial; CIES: Inteligencia emocional estratégica; CIEP: Percepción emocional; CIEF: Facilitación; CIEC: comprensión emocional; CIEM: Manejo emocional; BART: Balloon Analogue Risk Task

estratégica, en sus dos componentes: manejo emocional y comprensión emocional. Concretamente, éstos mostraron más dificultades para comprender el significado de las emociones, para manejar las emociones propias y adecuarse a las de los demás. Estos resultados son consistentes con los hallados por otros autores que indican que los tratamientos deberían incorporar terapias para la mejora de la regulación emocional, debido a que es un elemento deficitario en este colectivo⁴⁻⁶. Es importante señalar que a pesar de que los pacientes de la UCA estaban recibiendo terapia cognitivo conductual, fundamentalmente dirigida al autocontrol emocional y parada de pensamiento, los resultados siguen mostrando un rendimiento inferior en este tipo de competencias emocionales.

El aumento en la puntuación de dispersión en el grupo de abstinentes podría explicarse por la diferencia en el

rendimiento en la inteligencia emocional estratégica frente al rendimiento mostrado en las tareas de inteligencia emocional experiencial, lo que podría sugerir un déficit selectivo en los dos factores de la inteligencia estratégica: comprensión emocional y manejo emocional. Este resultado coincide con los del estudio de Fernández-Serrano et al.⁴, que no encontraron diferencias entre distintas emociones con el Test Emocional de Ekman²⁸ a excepción de la emoción de asco. Esta diferencia puede deberse a que en el MSCEIT no se incluye ningún estímulo con la emoción facial de asco. En un estudio similar se utilizó el Inventario de Pensamiento Constructivo, observando peores puntuaciones globales y en las dimensiones específicas de emotividad, eficacia y rigidez en pacientes dependientes a cocaína⁵. No obstante, los sujetos del estudio anteriormente citado eran sólo varones y estaban en tratamiento en el Proyecto Hombre, lo que podría justificar algunas de las diferencias indicadas con los

resultados aquí presentados. Según estos autores, el deterioro estaría relacionado con una estructura de pensamiento inflexible, es decir, los pacientes dependientes a cocaína presentarían mayores dificultades en el manejo de situaciones estresantes (falta de decisión en situaciones descontroladas) y en el establecimiento de relaciones sociales placenteras. En esta dirección, se encontraría también la teoría de Epstein y Meier²⁹, por lo que los resultados podrían explicar las dificultades que muestran para el establecimiento y mantenimiento de relaciones personales y sociales gratificantes, y la búsqueda de recompensas mayores y más continuas sin valorar el riesgo para llegar a la misma.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la tarea de percepción de riesgo BART, si bien los sujetos en periodo de abstinencia pulsaron un mayor número de veces el ratón con el objetivo de inflar el globo al máximo y conseguir una mayor recompensa. A pesar de que el número de pulsaciones para inflar el globo fue mayor en el grupo de pacientes adictos a la cocaína, la recompensa obtenida por ambos grupos fue similar. Verdejo-García, et al.³⁰ sugirieron que los problemas de dependencia a sustancias estaban relacionados con la emoción negativa basada en la impulsividad. En este sentido, cabría indicar que los resultados de la tarea del BART mostraron una mayor tendencia a la conducta de riesgo o impulsividad y una mayor búsqueda de recompensa en el grupo de pacientes adictos a la cocaína, similar a los hallazgos de otros estudios^{18,31,32}. La relación entre la cocaína y la impulsividad ha sido considerada bidireccional, es decir, una mayor impulsividad puede favorecer conductas de riesgo como el consumo de cocaína y viceversa, y es que el consumo de cocaína puede afectar a la región prefrontal, haciendo que estos pacientes muestren una mayor desinhibición e impulsividad¹³. Incluso se ha informado que el 55% de los pacientes adictos tienen un déficit ejecutivo en el control inhibitorio, mostrando conductas impulsivas, concretamente mostraban una falta de premeditación de las posibles consecuencias de un comportamiento antes de realizarlo³³. Una posible explicación a la carencia de diferencias significativas en la tarea de percepción de riesgos podría ser que la terapia cognitivo conductual estuviese ayudando a detectar las situaciones peligrosas o indeseables y a potenciar el control inhibitorio sobre éstas.

Nuestro estudio presenta una serie de limitaciones. Con respecto a la tarea experimental de globo análogo, se utilizó una versión corta con 20 globos, que podría implicar diferencias con los resultados de otras versiones que utilizan un mayor número de globos, lo que quizá podría haber incrementado las diferencias entre ambos grupos de comparación. No obstante, diferentes investigaciones indican que la correlación entre las puntuaciones obtenidas con el uso de la versión de 20 globos y la versión larga es aceptable para los primeros 10 globos (~0.6) y buena para los globos 11-20 (~0.8), lo que justificaría la elección de la versión de 20 globos con el fin de ajustar la duración de la evaluación³⁴.

Otra limitación podría ser que los pacientes dependientes de cocaína estaban recibiendo terapia psicológica cognitivo-conductual, lo que podría explicar la falta de diferencias en los índices de inteligencia experiencial entre ambos grupos.

A pesar de estas limitaciones, consideramos que los resultados de nuestro estudio podrían ayudar a entender el funcionamiento de las emociones en pacientes que han consumido cocaína y a plantear en qué destrezas se podría enfatizar en el tratamiento en las Unidades de Conductas Adictivas. Además, podría orientar o sugerir nuevos modelos de tratamiento de deshabituación que tengan en cuenta procesos o destrezas específicos de la inteligencia emocional, así como la percepción de riesgo y la búsqueda de recompensas que pueden verse afectadas tras el consumo de cocaína. Con respecto al tamaño de la muestra, si bien ha sido de 50 sujetos, queremos señalar que los resultados obtenidos son similares a los de investigaciones con un mayor número de sujetos⁶.

Sería interesante en un futuro realizar un estudio longitudinal que evaluara la inteligencia emocional desde el inicio hasta la finalización del tratamiento, o un ensayo clínico aleatorizado que incluyese un programa de entrenamiento en la toma de decisiones ante situaciones de riesgo de consumo de cocaína, comparando los resultados antes y después de la terapia, con el fin de conocer la eficacia de este tipo de intervenciones. Por otro lado, sería conveniente profundizar sobre el funcionamiento ejecutivo de estos pacientes y su relación con el control emocional, especialmente sobre la relación entre el control inhibitorio y su mejoría tras un tratamiento con terapia cognitivo conductual.

En conclusión, el grupo de pacientes dependientes de cocaína en situación de abstinencia presentó menores habilidades de inteligencia emocional, concretamente en las destrezas de inteligencia emocional estratégica, control y manejo emocional, así como en combinación de emociones y en la comprensión de las mismas. Aunque no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la percepción del riesgo, los resultados mostraron en el grupo de pacientes adictos a cocaína una tendencia a buscar un mayor número de recompensas a pesar de las consecuencias que conllevaba la conducta para conseguirlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toxicomanías. Informe anual 2005. El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo; 2006.
2. España Gd. Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016. In: Ministerio de Sanidad SSeI, editor. Madrid: Gobierno de España; 2013.
3. Europa. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. Lisboa; 2014.
4. Fernández-Serrano MJ, Lozano O, Pérez-García M, Verdejo-García A. Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug Alcohol Depend.* 2010;109(1-3):57-64.

5. Fernández-Serrano MJ, Moreno-López L, Pérez-García M, Verdejo-García A. Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trast Adictivos*. 2012;14(1):27-33.
6. Fox HC, Bergquist KL, Casey J, Hong KA, Sinha R. Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: relationship to stress and impulse control. *Am J Addict*. 2011;20(2):151-60.
7. Carr A. Inteligencia emocional. *Psicología Positiva*. Barcelona: Paidós; 2007.
8. Mayer JD, Salovey P, Caruso DR. Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso. Madrid: Tea Ediciones; 2011.
9. Extremera N, Fernández-Berrocal P. El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Bol Psicol*. 2004;80:60-77.
10. Salovey P, Sluyter DJ. Emotional development and emotional intelligence: educational implications. New York: Basic Books; 1997. p. 288.
11. Salovey P. The intelligent emotions. Florence, KY: Brenzel Publishing Co.; 1994. p. 224.
12. Sternberg RJ, Lautrey J, Lubart TI. Models of intelligence: international perspectives. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association; 2003. p. 373.
13. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, et al. Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *J Addict Dis*. 2013;32(3):263-73.
14. Lejuez CW, Aclin WM, Zvolensky MJ, Pedulla CM. Evaluation of the Balloon Analogue Risk Task (BART) as a predictor of adolescent real-world risk-taking behaviours. *J Adolesc*. 2003; 26(4):475-9.
15. Lejuez CW, Aclin WM, Jones HA, Richards JB, Strong DR, Kahler CW, et al. The Balloon Analogue Risk Task (BART) differentiates smokers and nonsmokers. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2003; 11(1):26-33.
16. Gabriel KI, Williamson A. Framing alters risk-taking behavior on a modified Balloon Analogue Risk Task (BART) in a sex-specific manner. *Psychol Rep*. 2010;107(3):699-712.
17. Schonberg T, Fox CR, Poldrack RA. Mind the gap: bridging economic and naturalistic risk-taking with cognitive neuroscience. *Trends Cogn Sci*. 2011;15(1):11-9.
18. Bornoalova MA, Cashman-Rolls A, O'Donnell JM, Ettinger K, Richards JB, deWit H, et al. Risk taking differences on a behavioral task as a function of potential reward/loss magnitude and individual differences in impulsivity and sensation seeking. *Pharmacol Biochem Behav*. 2009;93:258-62.
19. Ashenurst JR, Bujarski S, Jentsch JD, Ray LA. Modeling behavioral reactivity to losses and rewards on the Balloon Analogue Risk Task (BART): moderation by alcohol problem severity. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2014;22(4):298-306.
20. Banducci AN, Dahne J, Magidson JF, Chen K, Daughters SB, Lejuez CW. Clinical characteristics as a function of referral status among substance users in residential treatment. *Addict Behav*. 2013;38(4):1924-30.
21. Lejuez CW, Bornoalova MA, Reynolds EK, Daughters SB, Curtin JJ. Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2007;15(2):165-75.
22. Winward JL, Bekman NM, Hanson KL, Lejuez CW, Brown SA. Changes in emotional reactivity and distress tolerance among heavy drinking adolescents during sustained abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2014;38(6):1761-9.
23. Trinidad DR, Johnson CA. The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Pers Individ Dif*. 2002;32:95-105.
24. Lozano JF, Rubio EM, Pérez MA. Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicol Conductual*. 1999;7(3):471-99.
25. Prats E, Domínguez E, Rosado S, Pailhez G, Bulbena A, Fullana MA. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in a specialized unit. *Actas Esp Psiquiatr*. 2014;42(4):176-84.
26. Davis M, McKay M, Eshelman ER. Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez- Roca; 2000.
27. Trujols J, Luquero E, Siñol N, Baños E, Tejero A, Batlle F, et al. Cognitive-behavioral therapy for the treatment of cocaine dependence. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(3):190-8.
28. Ekman P. Darwin and facial expression: A century of research in review. New York: Academic Press; 1973.
29. Epstein S, Meier P. Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(2).
30. Verdejo-García A, Bechara A, Recknor EC, Pérez-García M. Executive dysfunction in substance dependent individual during drug use and abstinence: an examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *J Int Neuropsychol Soc*. 2006;12(3):405-15.
31. Dimitrova A, Fronczek R, Van der Ploeg J, Scammell T, Gautam S, Pascual-Leone A, et al. Reward-seeking behavior in human narcolepsy. *J Clin Sleep Med*. 2011;7(3):293-300.
32. Rolison JJ, Hanoch Y, Wood S. Risky decision making in younger and older adults: the role of learning. *Psychol Aging*. 2012;27(1):129-40.
33. Fernández-Serrano MJ, Cesar Perales-López J, Moreno-López L, Santos-Ruiz A, Pérez-García M, Verdejo-García A. Impulsivity and compulsivity in cocaine dependent individuals. *Adicciones*. 2012;24(2):105-13.
34. Wallsten TS, Pleskac TJ, Lejuez CW. Modeling behavior in a clinically diagnostic sequential risk-taking task. *Psychol Rev*. 2005;112(4):862-80.