

Inteligencia emocional y drogodependencia:

Factores de riesgo psicosociales

Marta Buendia Poyo

Trabajo Final de Grado

N.º palabras: 9005

Criminologia 2014 - 2018

Tutor: Yolanda Pardo

25 / 05 / 2018

Inteligencia emocional y drogodependencias: Factores de riesgo psicosociales

Abstract

En los países industrializados se ha mostrado según las estadísticas un constante aumento de consumo de algunos estupefacientes, aunque las causas aún se están estudiando, motivando la realización de este proyecto con el objetivo de acercar la importancia de la Inteligencia emocional desde un punto de vista más criminológico. La necesidad de prestar atención a los factores de riesgo psicosociales obliga a estudiar la influencia del consumo de estupefacientes, así como del nivel de Inteligencia emocional en la manifestación de la conflictividad y agresividad. Los principales resultados muestran una relación positiva en la influencia de estas dos variables para la aparición de conductas disruptivas. La inserción de la Inteligencia emocional en los programas de prevención / intervención de consumo de estupefacientes es esencial para poder abarcar la problemática de forma completa.

Palabras clave: Inteligencia emocional, consumo, drogas, conflictividad, agresividad

Abstract

In industrialized countries, according to statistics, there has been a constant increase in the consumption of some drugs, motivating the realization of this project with the aim of bringing the importance of Emotional Intelligence from a more criminological point of view. The need to pay attention to psychosocial risk factors requires studying the influence of the consumption of narcotics, as well as the level of emotional intelligence in the manifestation of conflict and aggression. The main results show a positive relationship in the influence of these two variables for the appearance of disruptive behaviors. The insertion of Emotional Intelligence in the prevention / intervention programs for the consumption of narcotics is essential to be able to comprehensively cover the problem.

Key words: Emotional intelligence, consumption, narcotics, divisiveness, aggressiveness

ÍNDICE

Introducción	Pág. 1
Marco teórico	Pág. 2 – 13
Objetivos	Pág. 13
Hipótesis	Pág. 13
Metodología	Pág. 14 – 17
Análisis estadístico	Pág. 14
Instrumentos de medida	Pág. 15
Diseño utilizado	Pág. 16
Procedimiento	Pág. 17
Resultados	Pág. 18 – 29
Conclusiones y Discusión	Pág. 30 – 31
Limitaciones del proyecto	Pág. 32
Bibliografía	Pág. 33 – 37

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en los países industrializados que ha ido incrementando en los últimos años (Otero, 2011). La drogadicción afecta a distintos niveles, uno de los cuales ha sido objeto de este estudio. No podemos afirmar que el consumo de drogas sea una causa directa de conductas disruptivas, sin embargo, sí se observa cómo estas, junto con otros elementos añadidos, pueden desencadenar actitudes violentas. Este estudio pretende mostrar en qué medida el consumo de alcohol y otros estupefacientes aumentan la presencia de conductas agresivas teniendo en cuenta el nivel de Inteligencia emocional.

Saber afrontar y expresar las emociones de forma correcta, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y comportamientos es fundamental para evitar la proliferación de conductas agresivas. El consumo de alcohol y/o drogas se debe tratar como un factor reforzador de estas conductas y por ello son elemento de especial interés en este estudio. Investigaciones recientes hacen hincapié en la importancia que tiene el factor emocional en el consumo de sustancias. De hecho, parece que el consumo de sustancias se emplea como forma de autorregulación externa, de manera que emplean el consumo como forma de aliviar estados emocionales intensos y negativos (Fernández, Jorge y Bejar, 2009).

MARCO TEÓRICO

El consumo de drogas representa en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública en los países industrializados que ha ido incrementando en los últimos años (Otero, 2011). Tienen consideración de drogas el alcohol y el tabaco, siendo éstas drogas legales o institucionalizadas, las sustancias psicoactivas y cualquier otra sustancia que provoque un trastorno adictivo, patrón desadaptativo de comportamiento, que provoca un trastorno psíquico, físico o de ambos tipos, por abuso de sustancias o conducta determinada, repercutiendo negativamente en las esferas psicológica, física y social de la persona y su entorno. (Otero et. al, 2008). Según la Ley 5/2002 de 27 de junio, de drogodependencias y otros trastornos adictivos, la drogodependencia es un tipo especial de trastorno adictivo que se caracteriza por modificaciones en el comportamiento y un impulso irreprímible por consumir una droga en forma continuada o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y físicos y, a veces, para evitar el malestar producido por su privación.

Aunque la adicción a drogas tiene una etiología multicausal¹, actualmente podemos observar como algunos aspectos psicosociales del trabajo tales como un estrés sostenido o altas demandas de tareas también están influyendo en el consumo. La prevalencia del consumo de alcohol en la población trabajadora supera a la de la población general (CCOO, 2007). La ineficacia en el afrontamiento de estos factores, puede dar lugar a una conducta sustitutiva de evasión, como es el consumo de drogas,

¹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT) el año 1998 estimó que las lesiones relacionadas con drogas y alcohol suponen entre un 15% y un 30% del total de los accidentes relacionados con el trabajo.

que, repetida en sucesivas situaciones, aumenta la probabilidad de convertirse en una estrategia de afrontamiento haciendo aparecer la adicción a la sustancia. (Pérez, 2011).

En España, alrededor de un 24% de los trabajadores consume alcohol considerado de riesgo potencial para la salud física (Bastida, 2002). Este actúa como un depresor del Sistema Nervioso Central (SNC) estimulando la liberación de otros neurotransmisores como la serotonina y endorfinas que contribuyen en y para los síntomas de bienestar presentes en la intoxicación alcohólica. Esta sustancia provoca desinhibición, euforia, confusión, etc. y además de ser una sustancia tóxica en sí misma, contribuye a aumentar el sinergismo produciendo un mayor consumo/efecto de numerosas sustancias tóxicas, aun siendo ingerido en pequeñas cantidades (OIT, 1996). Por otra parte, el consumo de hipnosedantes se ha visto aumentado de un 5% el año 2007 a un 7% el 2013 en la población activa (OEDT, 2014). Las benzodiazepinas son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el SNC, con efectos sedantes, ansiolíticos, entre otros. Este consumo se da particularmente en personas que buscan un alivio sintomático y rápido de los efectos de estados de elevada ansiedad (Colell et al., 2014).

Por lo que hace a las sustancias psicotrópicas del marco ilegal, el cannabis es la droga más consumida seguida de la cocaína (OEDT, 2014). El cannabis es una sustancia que produce alteraciones en la actividad psíquica y en la percepción. Tiende a producir un aumento de la activación y sensación de euforia en un primer momento para a continuación dejar paso a un efecto relajante. En segundo lugar, la cocaína se clasifica como una droga estimulante. Con ella aparece un estado de excitación motora, de intranquilidad o agitación en los movimientos y aumenta el nivel de actividad de la persona, que se encuentra en estado de alerta o vigilancia. También pueden aparecer cambios en el estado de ánimo como sensaciones de euforia, falta de cansancio, insomnio, etc. (Guadalupe, 2012).

Los factores psicosociales son consideradas circunstancias de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden causal, precipitante, de predisposición o simplemente concurrente de los mismos. Por lo tanto, pueden influir como factores de protección o riesgo en el desarrollo y mantenimiento de las problemáticas (OMS, 2002). Según INSHT, entendemos como factor psicosocial aquél que hace referencia a aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo.

Según Ovejero (2000) y tal y como indica el modelo psicosocial, en un inicio de drogodependencia estableciendo una fuerte dependencia a cualquier droga, se hace complicado separar entre adicción física y adicción psíquica; asimismo, parece ilógico separar las causas individuales de las causas sociales. La conducta humana no es únicamente física, ni únicamente psíquico ni exclusivamente social, sino psicosocial. De aquí podríamos desprender que cuando un individuo empieza a consumir, lo hace porque persigue una meta psicosocial (Ovejero, 2000). Sin embargo, cabe destacar que la adicción provoca una dependencia física que no puede ser olvidada. Es por ello que el modelo Biopsicosocial presentado por el psiquiatra norteamericano George L. Engel el año 1977 tiene en cuenta también el factor biológico. Desde esta perspectiva, los seres humanos son contemplados como sistemas complejos (Engel, 1977), que, llevado al ámbito de las adicciones, éstas vienen causadas por múltiples factores y no por un factor único.

Desde este punto de vista, hablaríamos de una causalidad multifactorial del consumo de drogas, combinando la *causalidad circular* que considera que los factores se influyen mutuamente para dar lugar a una situación concreta y ayuda a realizar una buena descripción de un fenómeno complejo como la adicción ya sea en los niveles de consumo, abuso o dependencia, y la *causalidad estructural*, que diferencia las

causas de los fenómenos de manera jerarquizada entre necesarias, desencadenantes, coadyuvante y asociada, permitiendo decisiones y propuestas pragmáticas (Becoña, 2002). Ambas deben combinarse en el abordaje del análisis y de la intervención de los problemas relacionados con las drogas.

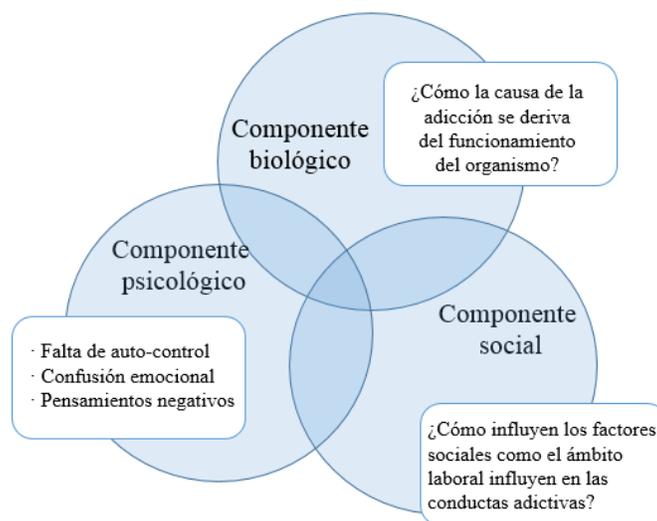


Ilustración 1. Componentes del modelo biopsicosocial. (Ovejero, 2000)

El estudio de la inteligencia emocional como factor influyente a la hora de desarrollar una adicción es cada vez más estudiado, a pesar de la juventud del concepto, la Inteligencia Emocional ha demostrado su potencial en relación a la prevención del consumo de drogas (Fernández, Jorge y Bejar, 2009). Investigaciones recientes hacen hincapié en la importancia que tiene el factor emocional en el consumo de sustancias. De hecho, el consumo de sustancias se emplea como forma de autorregulación externa, de manera que emplean el mismo como forma de aliviar estados emocionales intensos y negativos (Fernández, Jorge y Bejar, 2009).

El concepto de Inteligencia emocional (IE), nace en el mundo de la psicología por Salovey y Mayer (1990). Esta se entiende como un conjunto de inteligencias sociales, en las que se incluyen ciertas habilidades como el control emocional para discriminar y usar esta información como guía del pensamiento y las acciones. Este proceso

incluye la evaluación y regulación emocional y el uso adaptativo de las éstas. Definen a la persona emocionalmente inteligente como aquella que es consciente de sus sentimientos y los de los demás, siendo capaz de etiquetar la emoción y comunicarla cuando es adecuado. Esto es, la conciencia emocional, le conduce a la regulación emocional, contribuyendo con el bienestar (Salovey y Mayer, 1990).

Según Daniel Goleman, psicólogo que ha desarrollado el concepto de Inteligencia emocional en el mundo laboral, la emoción se refiere a un sentimiento que afecta a los pensamientos, los estados biológicos, los psicológicos y el tipo de tendencias a la acción que lo caracterizan (Goleman, 1996). De este modo, y adaptando la teoría de Salovey y Mayer (1990) sobre este elemento, considera que son 5 las habilidades emocionales y sociales básicas a tener en cuenta²:

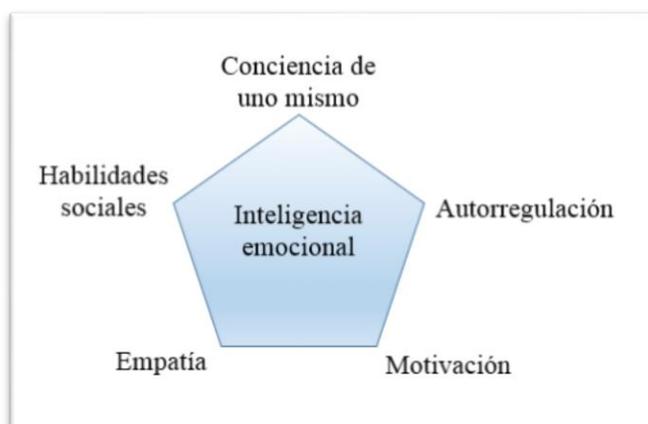


Ilustración 2. Habilidades básicas de la inteligencia emocional. (Fuente: Goleman, 2001)

² Inteligencia intrapersonal (aptitud personal) con las subescalas de autoconocimiento, autocontrol y motivación e inteligencia interpersonal (aptitud social) con las subescalas de empatía y habilidades sociales (Goleman, 2001).

- *Conciencia de uno mismo.* Entender lo que estamos sintiendo y usarlo para guiar la toma de decisiones basada en una evaluación realista de nuestras capacidades asentada en la confianza en nosotros mismos.
- *Autorregulación.* Manejar nuestras emociones para que faciliten nuestras acciones sin interferir con ella. Ser capaces de recuperarnos de forma rápida del estrés emocional.
- *Motivación.* Utilizar nuestras preferencias para encaminarnos hacia nuestros objetivos a pesar de los contratiempos y frustraciones que se presenten.
- *Empatía.* Darse cuenta de lo que están sintiendo las personas, ponerse en su lugar y ser capaces de ajustarnos a una amplia diversidad de personas.
- *Habilidades sociales.* Manejar bien las emociones en las relaciones, interpretando adecuadamente las situaciones.

Recuperando el ámbito de las drogas podemos encontrar en la literatura diversos estudios que refuerzan la importancia de la IE como el de Kun y Demetrovics (2010), en el que desarrollaron un metaanálisis de diversos artículos relacionando inteligencia emocional y las adicciones, que han intentado evaluar la relación existente entre el consumo de sustancias y la IE con resultados favorecedores a la teoría que defiende que bajos niveles de IE están asociados con un consumo mayor y más problemático de tabaco, alcohol y drogas ilegales (Fernández, Jorge y Bejar, 2009). Ya se ha señalado en diversos estudios como las emociones influyen en el desarrollo de las dependencias por consumo de sustancias, interpretando el consumo como una manera de escapar del dolor, el medioambiente o la decepción (Kun y Demetrovics, 2010). Asimismo, Extremera y Fernández-Becorral (2003) hablan de como las personas con falta de habilidades emocionales, recurren al consumo de diversas sustancias adictivas como una manera de autorregulación externa, siendo esta una manera de aliviar estados emocionales de tristeza, desagrado, aburrimiento o tensión, ya que no son capaces de percibir, comprender y regular sus emociones adecuadamente. En cambio, los sujetos emocionalmente inteligentes, se caracterizan por presentar menos estados emocionales negativos (Fernández-Becorral y Extremera, 2007), al ser más

capaces de llegar al autocontrol y la regulación emocional, para tomar decisiones que afectan a su comportamiento.

El comportamiento que puede tener más repercusiones para uno mismo, así como para quienes nos rodean es la agresividad. Ésta ha sido definida como “el comportamiento de un individuo dirigido hacia otro con la intención próxima o inmediata de causar daño” (Anderson & Bushman, 2002). A lo largo de la literatura, la clasificación que con mayor frecuencia se ha utilizado distingue, según su forma de manifestarse, entre agresión directa y agresión indirecta o relacional (Crick & Grotpeter, 1995; 1996). La agresión directa tendría en cuenta aquellas conductas en las que se produce la agresión de forma más visible o manifiesta, incluyendo la agresividad física y la verbal. La agresividad física comprende acciones tales como golpes, empujones y otras formas de maltrato físico, utilizando su propio cuerpo o un objeto externo para infligir una lesión o daño, mientras que la agresividad verbal se presenta a través de insultos, burlas, amenazas o gritos. Por otra parte, la agresión indirecta o relacional es caracterizada por la provocación del daño mediante un mecanismo más encubierto o social, manipulando las relaciones sociales a través de distintas conductas, como hablar mal del compañero, extender rumores, mentiras, exclusión de las actividades, etc. (Card, Stucky, et. al., 2008).

Como consecuencia de los devastadores resultados dentro de este ámbito, la agresión es hoy en día un ámbito de estudio de gran relevancia, mostrando especial interés en aquellas variables que pueden estar fomentando o inhibiendo estos comportamientos con el objetivo de preparar programas eficaces para prevenirla o reducirla. De este modo, se han realizado muchas propuestas para determinar cuáles son los mecanismos que pueden explicar las conductas agresivas. Entre los distintos modelos teóricos que existen, y desde una línea centrada en el ámbito emocional, se ha hecho una revisión de aquellas propuestas que han explicado la importancia del procesamiento emocional y sus habilidades en la explicación de las conductas agresivas.

- *Modelo integrado del procesamiento cognitivo y emocional de la información social*

Este modelo se ha usado sobre todo para explicar las diferencias individuales en la conducta agresiva (Bailey & Ostrov, 2008), partiendo de la hipótesis de que algunas personas desarrollan dificultades específicas en el procesamiento de las claves sociales que incrementan el riesgo de comportarse de forma agresiva (Huesmann, 1988). Desde esta perspectiva, evidencias empíricas señalan que las personas agresivas poseen déficits en distintos procesos cognitivos como una menor atención a señales relevantes, búsqueda de menos información, una atribución hostil en las intenciones de otros, etc. (Bailey & Ostrov, 2008).

Posteriormente el modelo PIS ha sido reformulado por Lemerise y Arsenio (2000) para incluir el papel de las emociones y el procesamiento de éstas en las interacciones sociales en el que se destaca la emoción como un componente esencial que puede influir en el procesamiento de la información social a través de las distintas fases propuestas ya por Crick y Dodge (1994).

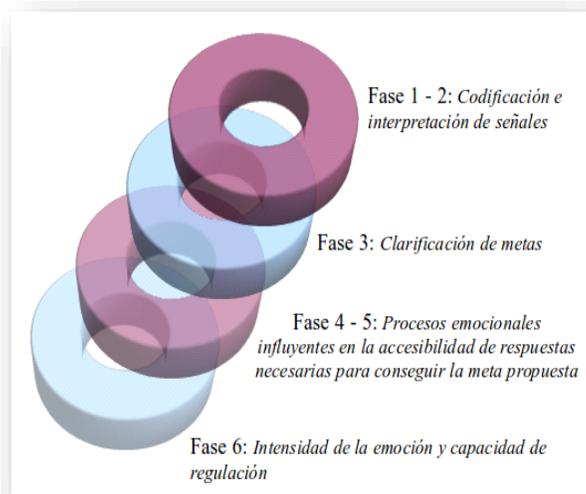


Ilustración 3. Fases del modelo PIS. (Fuente: Crick y Dodge, 1994)

En la primera fase, las claves afectivas tanto propias como de los interlocutores serían una fuente principal de información (Saarni, 1999). Seguidamente para la clarificación de metas, las emociones podrían actuar favoreciendo la elección de la meta acorde al estado de ánimo (Crick y Dodge, 1994). Si por ejemplo una persona estuviese experimentando emociones negativas intensas es probable que se focalizase en metas instrumentales o de evitación. Una alta intensidad emocional puede dificultar la generación de respuestas por lo que aquellos que tienen una buena regulación emocional consideran la situación desde múltiples perspectivas ya sean cognitivas u afectivas haciendo más fácil la elección (Saarni, 1999). Finalmente, las condiciones de intensidad emocional alta pueden propiciar que algunas personas muestren conductas más agresivas. De este modo este modelo defiende que la presencia de déficit en el procesamiento emocional dificulta el desarrollo de un comportamiento social competente.

- *Modelo general de agresión*

Este modelo propuesto por Anderson & Bushman (2002) está formulado como un marco integrador de diferentes teorías de la conducta agresiva que permite unificar la aportación de todas ellas en un solo modelo. Intenta explicar las diferencias individuales en los distintos niveles de procesamiento implicados en el comportamiento agresivo, destacando tres aspectos principales (Anderson, & Bushman, 2002):

1. Interacción persona – situación. Características de la persona que puedan influir en una determinada situación como sexo, edad, personalidad, etc. interactuarán con aquellos factores situacionales incluyendo aquellos rasgos de la situación que pueda afectar al comportamiento agresivo como provocaciones, bloqueo de metas o consumo de drogas.
2. El estado interno de la persona. La fase anterior hace aparecer la segunda compuesta por determinados pensamientos, emociones y un nivel de

activación que estarán inter-relacionados de forma que haya relación bidireccional entre ellos³.

3. Procesos de evaluación y toma de decisiones. Se llevan a cabo diversos procesos como evaluaciones inmediatas hasta otros más conscientes como la re-evaluación de la situación que requieren de suficientes recursos cognitivos disponibles para ser llevados a cabo. Durante el curso de esta fase se generan diferentes opciones de respuesta, se valoran los recursos disponibles para ejecutar dichas acciones, las posibles consecuencias, y, por último, se toman decisiones, escogiendo una alternativa y poniendo en marcha una respuesta que puede ser agresiva o pacífica (Anderson & Bushman, 2002).

En definitiva, el GMA permite integrar la explicación de una amplia variedad de mecanismos que favorecen la presencia de comportamientos agresivos. La convergencia de diversos factores influirá en los procesos de valoración y toma de decisiones, cuyo producto determina la acción final realizada.

Desde una línea centrada en el ámbito emocional, hay distintos estudios relacionados con las habilidades emocionales que han sido relacionados con la conducta agresiva. Una de las habilidades que ha sido principalmente analizada desde el estudio de la agresión ha sido la percepción emocional. Diversos autores hacen énfasis en la importancia del conocimiento y la comprensión emocional. Individuos con tendencia a exhibir comportamientos agresivos presentan un menor conocimiento y comprensión acerca del funcionamiento de las emociones, de la existencia de emociones mixtas o simultáneas, o de las causas que originan una determinada agresión (Trentacosta & Fine, 2010).

³ De forma previa a un comportamiento agresivo, interactuarían entre sí la presencia de pensamientos hostiles, una experiencia emocional negativa y una alta activación fisiológica

Una persona que no es capaz de regular y reducir sus niveles de ira u otras emociones negativas, puede llegar a actuar de forma agresiva en un intento por reparar, reducir o evitar ese estado emocional negativo. Sin embargo, un uso reiterado de la supresión de emociones puede tener también consecuencias negativas. La sobre-regulación de las emociones negativas puede llevar a incrementar los niveles de afecto negativo, y este estado interno puede comprometer el proceso de toma de decisiones, reduciendo los procesos inhibitorios contra la agresión. Por tanto, para inhibir el impulso de responder de forma agresiva, es necesaria una adecuada regulación de las emociones. (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli, & Regalia, 2001).

El hecho de que las competencias emocionales desempeñan un papel importante en la conducta agresiva ha sido muy estudiado, aunque no lo ha sido tanto el concepto que engloba todas las habilidades. Esto es, el constructo teórico conocido como *inteligencia emocional* funcionaría más allá de la capacidad explicativa de cada uno de sus componentes.

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar el papel de la Inteligencia Emocional (IE), entendida como un constructo que engloba las diferentes habilidades emocionales, en el desarrollo de conductas agresivas agudizadas por el consumo de alcohol y/o estupefacientes. De este se desprenden los siguientes:

- Conocer los niveles de IE en personas consumidoras de drogas y la posible implicación del ámbito laboral y de actividades habituales
- Establecer la relación que guarda la IE con las conductas disruptivas / agresivas.
- Profundizar en la relación entre habilidades emocionales y conductas agresivas.

HIPÓTESIS

H1. Niveles elevados de IE funcionan como factor de protección hacia el consumo de drogas/alcohol.

H2. El consumo de estupefacientes aumenta la probabilidad de aparición de conductas agresivas.

H3. Niveles bajos de IE aumentan la probabilidad de la aparición de conductas agresivas.

H4. La conflictividad (laboral y general) se ve aumentada en individuos consumidores de alcohol y/o estupefacientes.

H5. El nivel de conflictividad (laboral y general) influye en el aumento de consumo y conductas agresivas mediadas por el nivel de IE.

METODOLOGÍA

En el desarrollo del presente estudio, se tuvo en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, que asume la Protección de Datos de Carácter Personal y se firmó un Consentimiento Informado por parte de los sujetos que de forma voluntaria accedieron a participar en el estudio.

Para llevar a cabo este proyecto en primer lugar se realizó una revisión exhaustiva de la literatura existente acerca del objeto de la cual se puede extraer que la Inteligencia emocional ha sido estudiada junto con el consumo de drogas por un lado y con la agresividad por otro, aunque no los tres factores conjuntamente.

Para obtener los resultados de este proyecto se han recogido una serie de cuestionarios⁴. Se escogió este método ya que era el que más rapidez nos aportaba a la vez que facilidad en la obtención de los datos. El dossier que se creó para cada participante contiene cinco cuestionarios, cada uno analizando una variable en concreto, validados oficialmente explicados en los párrafos siguientes.

Los criterios de inclusión al estudio fueron: ser mayor de edad, estar en tratamiento por consumo de estupefacientes o alcohol en un centro de toxicomanías y participar de forma voluntaria.

Análisis estadístico

Con el objetivo de analizar los datos, se realizó un análisis descriptivo de la muestra. Tras esto, se han realizado análisis bivariados usando T-test, ANOVA tests y análisis

⁴ Véase Anexo 1.

de correlaciones dependiendo de la naturaleza de las variables que se estuviera estudiando. Posteriormente se realizó un análisis multivariable a través de una regresión lineal paso a paso.

Siguiendo esta línea, el consumo de sustancias, la Inteligencia emocional, la agresividad y la productividad laboral han sido las variables de estudio. Asimismo, el género, la edad, país de nacimiento, nivel educativo, estado civil, situación laboral, sector de actividad laboral y categoría laboral han sido tratadas como variables de control.

Instrumentos de medida

Las medidas de auto-informe utilizadas en este estudio fueron las siguientes:

En primer lugar, para evaluar el nivel de inteligencia emocional que tenían los participantes se pasó la validación española de la “Escala rasgo de meta conocimiento emocional” (Trait-Meta Mood Scale”; TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Se trata de una versión reducida y adaptada para población española, tomada de la escala original (TMMS) de Salovey et al. (1995) que mide la inteligencia emocional a partir de tres componentes: la atención a los sentimientos (capacidad para sentir y prestar atención a los sentimientos), la claridad emocional (habilidad para comprender e identificar los estados emocionales) y la reparación o regulación emocional (ser capaz de regular los estados emocionales, tanto positivos como negativos). Es una medida de auto-informe, en la cual los sujetos de la muestra evalúan el grado en el que están de acuerdo con cada ítem sobre una escala de tipo Likert del 1 al 5, siendo: 1 = Nada de acuerdo, 2 = Algo de acuerdo, 3 = Bastante de acuerdo, 4 = Muy de acuerdo, y 5 = Totalmente de acuerdo. La puntuación total de la prueba oscila entre el 24 y 120. En segundo lugar, para evaluar la variable de consumo de sustancias se pasaron dos cuestionarios. Se usó la adaptación al castellano de la escala “Drug Abuse Screening Test” (DAST) (Pérez, García, De

Vicente y Oliveras, 2010) tomada de la original creada por Skinner el año 1982. Ésta está compuesta por 20 ítems (DAST-20) de respuesta “Sí” y “No” y está orientada para la identificación de consumos problemáticos. Asimismo, se hizo uso de la Escala de Consumo de Tabaco, Alcohol y otras drogas (ESCON; García, 2011). Es un instrumento sencillo que se compone de 24 ítems y que recoge información sobre una amplia variedad de sustancias susceptibles de ser consumidas.

Seguidamente, se aplicó el cuestionario adaptado al español WPAI:GH (Gawlicki, 2006) del original redactado por Reilly MC., Zbrozek AS., Dukes EM. el año 1993, el cual evalúa la situación sobre productividad laboral y deterioro de las actividades. Se trata de 6 preguntas que conciernen la capacidad de llevar a cabo las tareas cotidianas del puesto de trabajo ocupado. Para el análisis se usaron las preguntas 5 y 6 por ser las más explicativas con el sentido de a menor puntuación menos conflictividad.

Finalmente, la variable agresividad fue evaluada a través del cuestionario adaptado para la población española (del Pino et. al, 2009) AQ realizado por Buss and Perry (1992). El auto-informe consiste en graduar el nivel de certeza de los ítems presentados sobre una escala de 5 niveles siendo: 1 = Completamente Falso, 2 = Bastante Falso, 3 = Ni verdadero ni Falso, 4 = Bastante verdadero, 5 = Completamente Verdadero.

Diseño utilizado

Para la realización de este estudio se ha empleado un diseño transversal donde se han evaluado las relaciones entre las variables de forma retrospectiva ya que los participantes se encuentran en tratamiento en el momento de responder los cuestionarios aun teniendo en cuenta las posibles recaídas en el proceso.

Las variables que se han tenido en cuenta son: inteligencia emocional disgregada en dimensiones, el consumo de sustancias, el tipo de sustancias consumidas y las diversas formas de expresar la agresividad.

Procedimiento

Se aplicaron los cuestionarios en una sola sesión a todos los participantes. Se garantizó la confidencialidad de las respuestas y la participación en el estudio fue voluntaria. El tiempo empleado para completar los cuestionarios, no estaba estipulado de antemano, según iban acabando de cumplimentarlo, lo iban entregando. Las consignas que se dieron a los participantes fueron las que aparecen en el propio test: no existen respuestas correctas o incorrectas, se ruega la mayor sinceridad posible y se recuerda el carácter individual del cuestionario. Previamente se explicó el objetivo de la investigación.

A todos los participantes se les entregó el dossier de cuestionarios organizados de tal manera que en primer lugar contestaran el TMMS-24, seguido del DAST-20, ESCON, WPAI:GH y finalmente el AQ. Una vez recogidos los datos, fueron introducidos en una base de datos creada en Excel para ser posteriormente analizados estadísticamente a través del programa SPSS.

RESULTADOS

Tal y como muestra la *Tabla 2*, la muestra está compuesta por 20 sujetos (N= 20), siendo el 50% (10) mujeres, y el 50% (10) hombres. La media de edad es de 33,05 años ($\chi = 33,05$). El 95% de la muestra es de nacionalidad española. Respecto al nivel de estudios, un 40% de la muestra tienen estudios universitarios, un 30% estudios secundarios y un 30% estudios primarios. Asimismo, pasa con el estado civil, un 40% están casados/as o en pareja mientras que un 30% están solteros/as y otro 30% divorciados/as, viudos/as o separados/as. Si analizamos el ámbito laboral, el 65% (13) de la muestra está actualmente empleado, un 30% (6) se encuentra en situación de paro y un 5% (1) tiene trabajo, pero se encuentra en baja laboral. En cuanto a la categoría ocupacional⁵ se ha diferenciado 4 grupos siendo estas: trabajador manual cualificado (45%) seguido de trabajador manual no cualificado (25%), en tercer puesto la categoría de directivos y profesionales (20%) y finalmente aquellos que ocupan un puesto administrativo (10%). Todos ellos se distribuyen en los sectores de actividades domésticas y artísticas (20%), sector secundario (45%) y sector terciario (35%).

	VARIABLE	Frecuencia	Porcentaje
Género	Chico	10	50%
	Chica	10	50%
País Nacimiento	España	19	95%
	Otros	1	5%
Estudios	E. primarios	6	30%
	E. secundarios	6	30%
	E. universitarios	8	40%
Estado civil	Soltero	6	30%

⁵ Categorización extraída de la Encuesta Nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral (OEDT, 2015)

	Casado / en pareja	8	40%
	Separado / Divorciado / Viudo	6	30%
Sit. Laboral	Empleado	13	65%
	Empleado – Baja	1	5%
	Parado	6	30%
Sector laboral	S. Doméstico y artístico	4	20%
	S. Secundario	9	45%
	S. Terciario	7	35%
Categoría ocupacional	Directivos y profesionales	4	20%
	Personal administrativo	2	10%
	Trabajador manual cualificado	9	45%
	Trabajador manual no cualificado	5	25%

Tabla 1. Frecuencias de variables sociodemográficas de la muestra. (Fuente: elaboración propia)

El consumo de cada usuario fue evaluado mediante el cuestionario Drug Abuse Screening Test (DAST-20) de Pérez, et al., (2010) en el que se indica que a mayor puntuación más problemática de consumo (Mín. 0 – máx. 20) indicando un punto de corte de 5 (probable trastorno por consumo de sustancias). En la *Tabla 2.* observamos como el mínimo se situaría en 9, por encima de la puntuación de corte y el máximo en un 19, muy cerca de la puntuación máxima con una puntuación media de 14,10 por lo que podemos establecer que los usuarios tienen graves problemas de consumo. Asimismo, el Alpha de Cronbach es de 0,71. El factor de Inteligencia emocional, se dividió en sus tres categorías obteniendo en Atención emocional un $\alpha = 0,91$, en Claridad emocional un $\alpha = 0,84$ y por Reparación emocional un $\alpha = 0,82$. Para la evaluación de la variable agresividad mediante el cuestionario AQ de del Pino et. al. (2009) se obtuvieron unas puntuaciones de Alpha de Cronbach de: $\alpha = 0,85$; $\alpha = 0,92$; $\alpha = 0,85$; $\alpha = 0,82$ referentes a las categorías de manifestación de la agresividad indicando adecuadas propiedades métricas.

INSTRUMENTO		MEDIA	SD	Min.	Máx.	A. Cronbach
TMMS	Atención	20,60	6,98	9	40	0,91
	Claridad	19,95	4,30	10	26	0,84
	Reparación	20,05	4,90	8	27	0,82
DAST		14,10	3,24	9	19	0,71
AQ	Violencia física	29,50	7,44	14	42	0,85
	Violencia verbal	18,70	5,21	7	25	0,92
	Ira	25,75	6,23	15	38	0,85
	Hostilidad	22,30	4,92	14	28	0,82

Tabla 2. Descriptivos de los instrumentos de la muestra. (Fuente: elaboración propia)

Para el siguiente paso se recodificaron las variables correspondientes a la pregunta 24 del cuestionario ESCON según tipo de droga y frecuencia de consumo⁶. Como podemos observar un 70% (14) consume alcohol de forma diaria, seguido de un 45% (9) de consumidores de estimulantes, un 25% (5) de tranquilizantes, un 45% (9) de marihuana, un 50% (10) cocaína y un 5% (1) de heroína. De esto se desprende que prácticamente todos los usuarios evaluados tienen un policonsumo.

⁶ Véase Anexo 1.

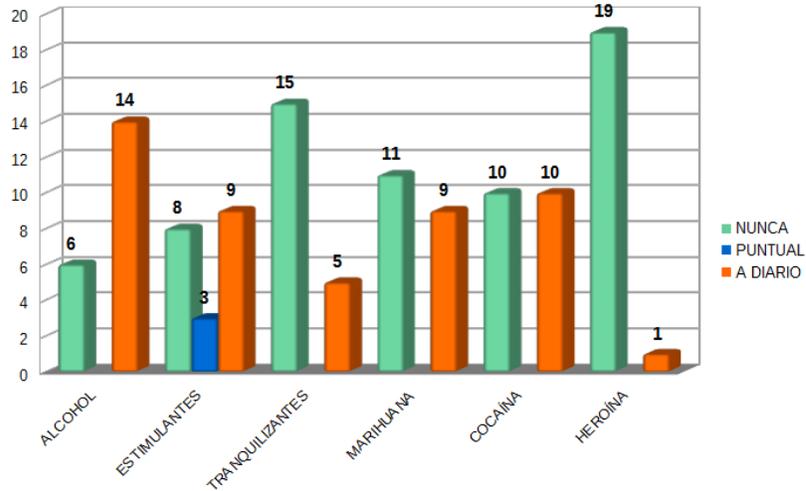


Gráfico 1. Consumo de estupefacientes según frecuencia

Tal y como podemos ver en las *Tablas 3, 4 y 5*, las relaciones bivariadas más significativas son las establecidas entre la variable consumo y el sexo ($p = 0,052$), con la situación laboral ($p = 0,006$) y con la categoría laboral ($p = 0,018$). Por lo que hace a la relación de la Inteligencia emocional, ésta obtiene resultados significativos entre nivel de estudios y la categoría de atención emocional ($p = 0,002$) mientras que la situación laboral guarda una relación de $p = 0,019$ con la misma categoría. Por otro lado, la categoría de claridad se relaciona con la variable categórica estado civil ($p = 0,011$).

Por lo que hace a la variable agresividad obtenemos que la variable categoría ocupacional está estrechamente relacionada con las categorías violencia física ($p = 0,004$), violencia verbal ($p = 0,006$) e ira ($p = 0,000$). La categoría ira está relacionada con el sector laboral ($p = 0,043$). Finalmente, las variables acerca de la productividad estarían relacionadas a nivel laboral con los estudios ($p = 0,002$), el sector laboral ($p = 0,003$) y la categoría ocupacional ($p = 0,020$).

VARIABLE / CATEGORÍA	DAST			TMMS24					
	Atención		Claridad		Reparación				
	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.	Sig.				
Sexo	Hombre	13,0 (3,7)	0,05*	1,4 (0,7)	0,33	1,2 (0,4)	0,23	1,3 (0,5)	0,33
	Mujer	15,2 (2,4)		1,2 (0,6)		1,1 (0,3)		1,2 (0,4)	
País de Nacimiento	España	14,0 (3,3)		1,3 (0,7)		1,2 (0,4)		1,3 (0,4)	
	Otros	16,0 (NaN)	0,19	1,0 (NaN)	0,15	1,0 (NaN)	0,28	1,0 (NaN)	0,33
Nivel educativo	Primarios	13,2 (2,5)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)	
	Secundarios	14,3 (4,1)	0,71	2,0 (0,9)	0,002**	1,2 (0,4)	0,47	1,3 (0,5)	0,27
	Universitarios	14,6 (3,3)		1,0 (0,0)		1,2 (0,5)		1,4 (0,5)	
Estado civil	Soltero	15,2 (3,7)		1,3 (0,8)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)	
	Casado / En pareja	14,5 (3,1)	0,35	1,5 (0,7)	0,39	1,0 (0,0)	0,01*	1,3 (0,5)	0,15
	Sep. / Divorciado / Viudo	12,5 (2,8)		1,0 (0,0)		1,5 (0,5)		1,5 (0,5)	
Situación Laboral	Empleado	12,6 (2,9)		1,2 (0,6)		1,2 (0,4)		1,4 (0,5)	
	Empleado – Baja	14,0 (NaN)	0,01*	3,0 (NaN)	0,02*	1,0 (NaN)	0,43	1,0 (NaN)	0,19
	Parado	17,3 (1,4)		1,8 (0,4)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)	
Sector Laboral	S. doméstico y artístico	14,3 (3,6)		1,5 (1,0)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)	
	S. secundario	14,1 (3,6)	0,99	1,2 (0,7)	0,79	1,3 (0,5)	0,13	1,4 (0,5)	0,19
	S. terciario	14,0 (3,0)		1,3 (0,5)		1,0 (0,0)		1,1 (0,4)	
Categoría Ocupacional	Directivo y profesional	18,0 (1,2)		1,0 (0,0)		1,0 (0,0)		1,3 (0,5)	
	Personal administrativo	12,0 (2,8)	0,02*	2,0 (1,4)	0,36	1,5 (0,7)	0,08	1,5 (0,7)	0,59
	Trabajador manual cualificado	14,0 (2,6)		1,2 (0,4)		1,0 (0,0)		1,1 (0,3)	
	Trabajador manual no cualificado	12,0 (3,2)		1,4 (0,9)		1,4 (0,5)		1,4 (0,5)	

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,005$

*** = $p < 0,001$

Tabla 3. Instrumentos de evaluación relacionados con variables sociodemográficas.

VARIABLE / CATEGORÍA		AQ							
		Violencia Física		Violencia Verbal		Ira		Hostilidad	
			Sig.		Sig.		Sig.		Sig.
Sexo	Hombre	31,7 (5,9)	0,41	19,6 (3,7)	0,02*	26,6 (3,9)	0,13	22,0 (5,4)	0,48
	Mujer	27,3 (8,5)		17,8 (6,5)		25,5 (5,8)		22,6 (4,6)	
País de Nacimiento	España	30,3 (6,8)	0,33	19,2 (4,9)	0,16	26,5 (4,4)	0,21	22,0 (4,9)	0,19
	Otros	15,0 (NaN)		10,0 (NaN)		17,0 (NaN)		27,0 (NaN)	
Nivel educativo	Primarios	24,5 (7,8)		13,8 (5,3)		23,2 (5,2)		22,0 (6,2)	
	Secundarios	32,0 (8,8)	0,14	19,7 (3,7)	0,10	26,8 (5,0)	0,21	23,8 (4,8)	0,66
	Universitarios	31,4 (4,6)		21,6 (3,6)		27,6 (3,9)		21,4 (4,3)	
Estado civil	Soltero	28,5 (8,3)		17,2 (6,0)		26,2 (5,8)		20,7 (4,9)	
	Casado / En pareja	32,9 (7,2)	0,22	21,4 (3,2)	0,17	27,9 (2,9)	0,23	24,2 (3,9)	0,36
	Sep. / Divorciado / Viudo	26,0 (5,9)		16,7 (5,8)		23,5 (5,4)		21,3 (3,3)	
Situación Laboral	Empleado	28,5 (5,9)		18,0 (5,2)		25,0 (4,1)		20,5 (5,2)	
	Empleado – Baja	21,0 (NaN)	0,25	15,0 (NaN)	0,44	23,0 (NaN)	0,23	26,0 (NaN)	0,09
	Parado	33,0 (9,7)		20,8 (5,4)		28,8 (5,9)		25,5 (1,9)	
Sector Laboral	S. doméstico y artístico	23,2 (12,0)		14,7 (7,5)		21,2 (6,4)		23,0 (5,4)	
	S. secundario	29,8 (4,9)	0,12	20,4 (4,5)	0,19	26,2 (4,2)	0,04*	22,1 (4,5)	0,96
	S. terciario	32,7 (5,7)		18,7 (4,0)		28,6 (2,7)		22,1 (5,8)	
Categoría Ocupacional	Directivo y profesional	36,2 (3,8)		24,0 (0,8)		30,7 (1,5)		25,5 (1,9)	
	Personal administrativo	24,5 (4,9)	0,004**	15,5 (0,7)	0,006*	22,5 (0,7)	0,000***	24,0 (2,8)	0,41
	Trabajador manual cualificado	31,9 (5,2)		19,9 (4,2)		28,2 (2,4)		20,6 (5,9)	
	Trabajador manual no cualificado	21,8 (6,9)		13,6 (4,9)		19,8 (3,0)		22,2 (4,5)	

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,005$

*** = $p < 0,001$

Tabla 4. Instrumentos de evaluación relacionados con variables sociodemográficas.

VARIABLE / CATEGORÍA		WPAI			
		Productividad laboral		Productividad actividad	
			Sig.		Sig.
Sexo	Hombre	4,7 (1,9)	0,60	4,9 (1,9)	0,87
	Mujer	6,8 (2,7)		7,3 (1,9)	
País de Nacimiento	España	5,5 (2,4)	(NaN)	5,9 (2,2)	0,05*
	Otros	. (NaN)		9,0 (NaN)	
Nivel educativo	Primarios	4,0 (2,0)	0,002**	5,5 (2,4)	0,10
	Secundarios	4,0 (1,0)		5,0 (2,0)	
	Universitarios	8,0 (0,7)		7,4 (1,8)	
Estado civil	Soltero	4,0 (1,7)	0,28	6,2 (2,5)	0,71
	Casado / En pareja	5,2 (3,0)		5,6 (2,4)	
	Sep. / Divorciado / Viudo	6,8 (1,6)		6,7 (1,9)	
Situación Laboral	Empleado		1,000	5,4 (2,2)	0,07
	Empleado – Baja			5,0 (NaN)	
	Parado			7,8 (1,5)	
Sector Laboral	S. doméstico y artístico	6,0 (1,4)	0,003**	7,2 (2,2)	0,07
	S. secundario	7,3 (1,7)		6,8 (1,8)	
	S. terciario	3,2 (1,1)		4,6 (2,2)	
Categoría Ocupacional	Directivo y profesional	9,0 (NaN)	0,02*	8,2 (0,5)	0,18
	Personal administrativo	4,0 (NaN)		5,5 (0,7)	
	Trabajador manual cualificado	4,6 (2,5)		5,3 (2,4)	
	Trabajador manual no cualificado	6,7 (1,3)		6,0 (2,3)	

* = $p < 0,05$

** = $p < 0,005$

*** = $p < 0,001$

Tabla 5. Instrumentos de evaluación relacionados con variables sociodemográficas.

Teniendo en cuenta las diferentes hipótesis propuestas y considerando las variables más significativas ($\alpha < 0,05$), los resultados son los siguientes:

Observando la *Tabla 6*. vemos que la agresividad en todas sus categorías, sobre todo con agresividad física ($p = 0,008$) y la ira ($p = 0,000$) está positivamente relacionada con el consumo, esto quiere decir que a más consumo más agresividad y por lo tanto la conflictividad laboral aumenta. Por otro lado, existe una correlación negativa (atención = -0,029; claridad = -0,483; reparación = -0,153) entre el consumo y las categorías de Inteligencia emocional indicando que a más consumo menos capacidad de gestión de los estados emocionales, especialmente en la categoría de claridad emocional ($p = 0,031$), desencadenando en una mayor conflictividad expresada en forma de agresividad verbal e ira al obtener resultados de relación negativa con las categorías de IE.

Una vez comprobado que el consumo tiene relación con los demás instrumentos, verificamos en las *Tablas 7, 8 y 9*. en qué medida el tipo de droga consumida tiene sentido. Los que consumen alcohol presentan más problemas a nivel de agresividad física ($p = 0,001$). Aquellos que consumen estimulantes se ven afectados a nivel de claridad emocional ($p = 0,07$), agresividad verbal ($p = 0,002$) y con la ira ($p = 0,03$). Por otro lado, los que consumen tranquilizantes se vería relacionados por una manifestación más elevada que en los otros consumidores de hostilidad ($p = 0,03$) expresándola como desconfianza hacia los demás y también presentan problemas para llevar a cabo las actividades rutinarias ($p = 0,08$). Aquellos consumidores de marihuana verían influida su capacidad de atención emocional ($p = 0,02$), y problemas para llevar a cabo tanto actividades laborales ($p = 0,001$) como rutinarias ($0,002$). Finalmente, los adictos a la cocaína presentan problemas para llevar a cabo actividades laborales ($p = 0,04$) y ven influenciada su agresividad física ($p = 0,02$), agresividad verbal ($p = 0,000$) y la ira ($p = 0,01$).

		DAST	Atención	Claridad	Reparación	P. laboral	P. actividades	A. Física	A. Verbal	Ira	Hostilidad
DAST	C.correlación	1,00	-0,03	-0,48*	-0,15	0,21	0,55*	0,58**	0,46*	0,71**	0,50*
	Sig(bilateral)	.	0,91	0,03	0,52	0,50	0,02	0,01	0,04	0,00	0,02
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Atención	C.correlación	-0,03	1,00	-0,21	-0,03	-0,24	-0,42	0,01	-0,05	0,03	0,17
	Sig(bilateral)	0,91	.	0,38	0,90	0,42	0,06	0,98	0,84	0,91	0,48
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Claridad	C.correlación	-0,48*	-0,21	1,00	0,73**	0,17	-0,19	-0,33	-0,26	-0,44	-0,22
	Sig(bilateral)	0,03	0,38	.	0,00	0,57	0,43	0,15	0,28	0,05	0,35
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Reparación	C.correlación	-0,15	-0,03	0,73**	1,00	0,24	-0,17	0,01	0,02	-0,13	0,00
	Sig(bilateral)	0,52	0,90	0,00	.	0,44	0,46	0,97	0,93	0,58	1,00
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
P. laboral	C.correlación	0,21	-0,24	0,17	0,24	1,00	0,60*	-0,22	0,35	-0,03	-0,17
	Sig(bilateral)	0,50	0,42	0,57	0,44	.	0,03	0,48	0,25	0,92	0,58
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
P. actividades	C.correlación	0,51*	-0,42	-0,19	-0,17	0,60*	1,00	-0,08	0,32	0,15	0,08
	Sig(bilateral)	0,02	0,06	0,43	0,46	0,03	.	0,75	0,17	0,53	0,73
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Agresividad física	C.correlación	0,58**	0,01	-0,33	0,01	-0,22	-0,08	1,00	0,72**	0,86**	0,33
	Sig(bilateral)	0,008	0,98	0,15	0,97	0,48	0,75	.	0,00	0,00	0,15
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Agresividad verbal	C.correlación	0,46*	-0,05	-0,26	0,02	0,35	0,32	0,72**	1,00	0,72**	0,15
	Sig(bilateral)	0,04	0,84	0,28	0,93	0,25	0,17	0,00	.	0,000	0,53
	N	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Ira	C.correlación	0,71***	0,03	-0,44	-0,13	-0,03	0,15	0,86**	0,72**	1,00	0,21
	Sig(bilateral)	0,000	0,91	0,05	0,58	0,92	0,53	0,00	0,00	.	0,38
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20
Hostilidad	C.correlación	0,50*	0,17	-0,22	0,00	-0,17	0,08	0,33	0,15	0,21	1,00
	Sig(bilateral)	0,02	0,48	0,35	1,00	0,58	0,73	0,15	0,53	0,38	.
	N	20	20	20	20	13	20	20	20	20	20

Nota: Pertenece a TMMS24 (Atención – Claridad – Reparación); pertenece a WPAI (P. Laboral - P. Actividades); pertenece a AQ (A. Física – A. verbal – Ira –Hostilidad)

* = $p < 0, 05$

** = $p < 0,005$

*** = $p < 0,001$

Tabla 6. Correlaciones entre variables a estudiar

INSTRUMENTO / CATEGORÍA	TIPO DE DROGA										
	ALCOHOL			ESTIMULANTES				TRANQUILIZANTES			
	Nunca	Diario	Sig.	Nunca	Puntual	Diario	Sig.	Nunca	Diario	Sig.	
	X(DS)			X (DS)		X (DS)					
DAST	13,67 (2,42)	14,29 (3,60)	0,71	12,63 (3,20)	12,00 (3,46)	16,11 (2,15)	0,03*	13,27 (3,13)	16,60 (2,30)	0,04*	
Atención	1,67 (1,03)	1,14 (0,36)	0,10	1,63 (0,92)	1,00 (0,00)	1,11 (0,33)	0,19	1,27 (0,59)	1,40 (0,89)	0,70	
TMMS	1,00 (0,00)	1,21 (0,43)	0,24	1,38 (0,52)	1,00 (0,00)	1,00 (0,00)	0,07*	1,20 (0,41)	1,00 (0,00)	0,30	
Reparación	1,00 (0,00)	1,36 (0,50)	0,10	1,50 (0,53)	1,00 (0,00)	1,11 (0,33)	0,11	1,33 (0,49)	1,00 (0,00)	0,15	
WPAI	7,00 (1,41)	4,86 (2,52)	0,15	5,67 (1,97)	3,00 (0,00)	6,40 (2,88)	0,25	5,42 (2,47)	7,00 (NaN)	0,55	
Act. Laboral	7,00 (2,00)	5,71 (2,30)	0,25	5,38 (2,26)	5,67 (2,89)	6,89 (2,03)	0,38	5,60 (2,26)	7,60 (1,52)	0,08*	
Agresividad física	22,00 (6,57)	32,71 (5,22)	0,001***	25,00 (8,90)	29,67 (0,58)	33,44 (4,95)	0,06	31,07 (5,22)	24,80 (11,45)	0,10	
AQ	16,50 (7,12)	19,64 (4,13)	0,23	15,00 (4,54)	20,33 (0,58)	21,44 (4,82)	0,02*	19,60 (3,98)	16,00 (7,84)	0,29	
Ira	20,67 (4,23)	27,93 (5,73)	0,01*	21,50 (7,05)	27,33 (2,31)	29,00 (4,06)	0,03*	26,07 (5,46)	24,80 (8,87)	0,71	
Hostilidad	20,50 (6,06)	23,07 (4,38)	0,29	23,38 (4,14)	24,67 (2,31)	20,56 (5,88)	0,35	20,93 (4,96)	26,40 (0,89)	0,03*	

* = p < 0.05

** = p < 0.005

*** = p < 0.001

Tabla 7. Relación entre los instrumentos según tipo de droga consumida. (Fuente: elaboración propia)

INSTRUMENTO / CATEGORÍA		TIPO DE DROGA					
		MARIHUANA			COCAÍNA		
		Nunca	Diario		Nunca	Diario	
		X (DS)		Sig.	X (DS)		Sig.
DAST		14,64 (3,41)	13,44 (3,09)	0,43	12,90 (2,88)	15,30 (3,27)	0,10
TMMS-24	Atención	1,00 (0,00)	1,67 (0,87)	0,02*	1,50 (0,85)	1,10 (0,32)	0,28
	Claridad	1,27 (0,47)	1,00 (0,00)	0,10	1,30 (0,48)	1,00 (0,00)	0,17
	Reparación	1,36 (0,50)	1,11 (0,33)	0,22	1,40 (0,52)	1,10 (0,32)	0,14
WPAI	Act. Laboral	7,29 (1,60)	3,50 (1,22)	0,001***	5,13 (2,10)	6,20 (2,95)	0,46
	Act. Habituales	7,36 (1,63)	4,56 (1,94)	0,002**	5,10 (2,13)	7,10 (1,97)	0,04*
AQ	Agresividad física	28,73 (8,22)	30,44 (6,73)	0,62	25,80 (8,02)	33,20 (4,71)	0,02*
	Agresividad verbal	19,00 (6,36)	18,33 (3,71)	0,79	14,60 (4,09)	22,80 (1,81)	0,00***
	Ira	24,73 (6,71)	27,00 (5,72)	0,43	22,20 (6,39)	29,30 (3,62)	0,01*
	Hostilidad	22,73 (4,31)	21,78 (5,80)	0,68	21,50 (5,38)	23,10 (4,56)	0,48

* = p < 0.05

** = p < 0.005

*** = p < 0.001

Tabla 8. Relación entre los instrumentos según tipo de droga consumida. (Fuente: elaboración propia)

Tal y como puede verse en la *Tabla 9* el grupo de variables más explicativas para el consumo de estupefacientes son las asociadas a la Inteligencia emocional explicando un 41% de la varianza ($R^2 = 0,41$), mientras que la problemática en actividades rutinarias explica un 14% por lo que el modelo general tiene una capacidad explicativa del 55% del consumo de sustancias. Por esto consideramos que, una vez analizado el efecto de la IE en el consumo observamos en el la *Tabla 10* que, si añadimos la productividad en actividades rutinarias, esta sigue teniendo efecto.

Resumen del modelo	
Modelo	R²
1	0,41
2	0,55

Tabla 9. Modelos de regresión lineal

	Modelo 2	
	Beta	Sig.
Atención	- 0,05	0,82
Claridad	- 0,77	0,01
Reparación	0,42	0,12
Actividades rutinarias	0,44	0,05

Tabla 10. Regresión lineal entre consumo, IE y Actividades rutinarias

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Una vez estudiado el objetivo principal del proyecto, que es analizar el papel que juega la Inteligencia Emocional (IE) en el desarrollo de conductas agresivas agudizadas por el consumo de alcohol y/o estupefacientes, se pueden considerar las siguientes conclusiones:

Acerca de la relación existente entre la IE y el consumo de estupefacientes, los resultados obtenidos confirman que existe una asociación exponiendo que, a menor Inteligencia emocional, mayor es la posibilidad de caer en una dependencia de consumo reforzando los resultados obtenidos en el estudio de Fernández, Jorge y Bejar (2009). Del mismo modo, el presente proyecto refuerza la consideración de Pérez (2011) en el que se indica que el consumo de sustancias funciona como un método de evasión frente la ineficacia en el afrontamiento de factores psicosociales presentes en el puesto de trabajo. Es por ello que, desde la perspectiva laboral, se debe tener en cuenta estos factores para prevenir el consumo de los trabajadores y así evitar una menor productividad, conflictividad laboral, etc.

Desde el punto de vista de si el consumo tiene relación con la agresividad hemos obtenido resultados positivos en todas las categorías de expresión de la agresividad por lo que podemos asumir que aquellos que consuman estupefacientes o tendrán una predisposición más elevada a participar de forma activa en los conflictos. Cabe destacar que como expone el estudio de Juárez et al (2010), la pertenencia a los patrones de comportamiento violento más altos no se ve influida por un consumo más elevado. Estos resultados podrían estar indicando que elementos como el nivel de IE influyen los comportamientos violentos y funcionan como una variable moderadora. Esto nos permite confirmar la hipótesis en la que, sin poder establecer la dirección, la conflictividad y el consumo guardan una relación, mediados por el nivel de IE.

Por lo que hace a la relación entre Inteligencia emocional y agresividad se concluye que personas con una menor percepción, uso, comprensión y manejo de las emociones propias y de los demás, presentan una mayor tasa de conductas agresivas (García, 2015). La categoría de la IE, “claridad emocional” ha sido la que ha obtenido resultados más significativos viéndose reforzados por estudios como el de Crick y Dodge (1994) dónde apuntan también como un déficit en la habilidad para percibir emociones, dada una situación social ambigua, puede favorecer la aparición de una atribución hostil en el otro, interpretando de forma errónea la situación y provocando un estado interno de cogniciones hostiles y afecto negativo que facilitan y potencian una posible respuesta agresiva. Asimismo, existe evidencia que apunta a que un entrenamiento en las habilidades emocionales reduce la incidencia de comportamientos agresivos (Castillo et al., 2013).

Finalmente, y como línea de estudios futuros considero que un mejor conocimiento de la implicación de las habilidades emocionales en la agresión facilitará el diseño de programas de prevención e intervención más eficaces, centrados en aquellos aspectos más asociados con la agresión y por ende a la conflictividad, de forma que estos programas permitan desarrollar competencias necesarias para inhibir la conducta agresiva. Siguiendo la línea de pensamiento de Goleman (2001), la IE es una habilidad que unifica las emociones y el razonamiento, facilitando un razonamiento efectivo y un modo de pensar más inteligente, por lo que ésta juega un papel muy importante en el autocontrol emocional y en la capacidad adaptativa del individuo para afrontar situaciones estresantes tales como las laborales ya que las empresas desarrollan programas de prevención enfocados en los riesgos laborales, aunque, a pesar de la importancia que se le da actualmente al concepto de Inteligencia emocional desde el ámbito de la psicología, no existe ninguno enfocado especialmente en este.

LIMITACIONES DEL PROYECTO

La mayor limitación se produce alrededor de la obtención de la muestra. Al estar tratando con personas y más concretamente con datos especialmente sensibles (drogodependencia) los centros de atención a las drogodependencias (CAS) con los que me puse en contacto daban siempre una respuesta negativa para el acceso. En este punto se sopesó la posibilidad de pasar los cuestionarios vía on-line, aunque también fue imposible acceder. Finalmente se pudo acceder a una asociación que estuvieron dispuestos a participar para obtener una muestra que, aunque muy limitada, me permitió llevar a cabo el proyecto.

Por otro lado, la evaluación de los diferentes ítems a estudiar se ha llevado a cabo con pruebas de auto informe con las desventajas que ello supone. Este tipo de medidas pueden resultar imprecisas y su uso conlleva el riesgo de sesgo por deseabilidad social de los participantes o una imprecisa estimación de la persona acerca de lo que se le pregunta.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51.
- Bailey, C. A., & Ostrov, J. M. (2008). Differentiating forms and functions of aggression in emerging adults: Associations with hostile attribution biases and normative beliefs. *Journal of Youth and Adolescence*, nº 37, 713–722
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 80, 125-135
- Bastida, N. (2002). Problemas laborales asociados al consumo de alcohol.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional de Drogas.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, nº 63, 452-459.
- Card, N. A., Stucky, B. D., Sawalani, G. M. & Little, T. D. (2008). Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79(5), 1185-1229.
- Castillo, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Balluerka, N. (2013). Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 36, 883–892.
- CCOO. (2007). Cocainá de ná! Prevención del consumo en el ámbito laboral. CC.OO. de Castilla-La Mancha.

- Colell, E.; Sánchez-Niubò, A. et. al. (2014). Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados.
- Crick N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101.
- Crick, N. & Grotpeter, J. (1995). Relational aggression, gender and social psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710–722.
- Crick, N., & Grotpeter, J. (1996). Relational aggression, overt aggression, and friendship. *Child Development*, 67, 2328-2338.
- Dolores, M^a y Balduque, M. (2007). El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
- Engel, L. G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Extremera, N. y Fernández-Becorral, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: Hallazgos científicos de sus efectos en el aula.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., y Ramos, N. (1999). The influence of emotional intelligence on the emotional adjustment in high school students. *Bulletin of Kharkov State University N439. Personality and Transformational Processes in the Society. Psychological and Pedagogical Problems of the Modern Education*, 1-2, 119-123.
- Fernández, B., Jorge, V. & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: Una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6,1 243-256.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós. Barcelona

- Goleman, D. (2001). La práctica de la inteligencia emocional. Editorial Kairós. Barcelona
- Guadalupe, J. (2012). Las adicciones en el trabajo y su impacto en el bienestar de la empresa.
- Huesmann, L. R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-24.
- Juárez, F.; Galindo, B. y Santos, Y. (2010). Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en los patrones de comportamiento violento. *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 1: 41-53.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107–118.
- Ley 5/2002 de 27 de junio, de Drogodependencias y otros trastornos adictivos (BOCM nº160, 8-jul-2002 y BOE no 176, 24-jul-2002). Comunidad de Madrid. España.
- Moreno, G. (2006). Abordaje del consumo de drogas en el ámbito laboral. XVII Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre.
- Observatorio Español de la droga y las toxicomanías (OEDT). (2014). Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (2015). Encuesta 2013-2014 sobre el consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España. Delegación del Gobierno para el plan nacional sobre drogas.

- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Revistas ISCIII. Medicina y Seguridad del Trabajo* Vol 54, N.º 213.
- OIT. (1996). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (1998a), *Progresos en la lucha contra drogas y alcohol en el trabajo*, Trabajo, 3. Disponible en: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/23/drugs.htm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life.*
- Otero, C. (2011). Drogodependencias en el lugar de trabajo. Pautas generales de intervención desde la medicina del trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*, n.º 57. Suplemento 1: 1-262
- Otero, C.; Huerta, C.; Duro, N. (2008). Drogodependencias en personal sanitario, una visión desde la medicina del trabajo. *Revistas ISCIII. Medicina y Seguridad del Trabajo* Vol LIV, Nº 211
- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Psychosocial Intervention*, Vol. 9, N.º 2, p. 199-215.
- Pedrero, P. (2013). Adicciones y emociones. Salamanca. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 81, 14 – 15
- Pérez, F. (2011). Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia de tratamiento en Proyecto Hombre Burgos.
- Reilly MC, Zbrozek AS, Dukes EM. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*. 4(5):353-65.

- Saarni, C. (1999). The development of emotional competence. New York: Guilford.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. Baywood Publishing Co.,Inc.185-211.
- Siliceo, A.; Angulo, B.; Siliceo, F. (2001). Liderazgo: el don del servicio. México: Mc Graw Hill.
- Sternberg, R.J. (1990). Más allá del cociente intelectual. Una teoría triárquica de la inteligencia humana". Biblioteca de Psicología, Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Trentacosta, C. J., & Fine, S. F. (2010). Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Social Development*, 19 (1), 1-29

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario pasado a los participantes

Pág. 1 – 8

HOJA DE INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTUDIO AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Inteligencia emocional y consumo de alcohol y estupefacientes. La conflictividad en el ámbito laboral

PROMOTOR DEL ESTUDIO

Nombre: Marta Buendía Poyo

Centro: Universidad Autónoma de Barcelona / Grado en Criminología

Tutor: Yolanda Pardo Cladellas

Le invito a participar en una investigación sobre la relación que existe entre la inteligencia emocional y el consumo abusivo de drogas aplicado en el ámbito laboral. El estudio forma parte del trabajo de final de grado de Criminología de la Universidad Autónoma de Barcelona de la alumna Marta Buendía.

Antes de decidir si desea participar en este estudio, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación y cómo se va a utilizar su información. Por favor, tómese el tiempo necesario para leer atentamente la información proporcionada a continuación.

MOTIVO DEL ESTUDIO

Estoy realizando este estudio para optar al graduado en Criminología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Escogí este tema ya que considero que hoy en día existe un grave problema de consumo de estupefacientes y alcohol de forma generalizada en nuestro país. El consumo se ve asociado frecuentemente a conductas evitativas al afrontamiento de conflictos o situaciones de elevado estrés y es por ello que considero que el ámbito laboral es un punto muy importante a tener en cuenta ya que es en este escenario donde se pueden producir este tipo de situaciones. Creo que es fundamental desarrollar habilidades para afrontar esta realidad, – hoy en día más acentuada como consecuencia de la crisis económica en la cual las empresas presionan a los trabajadores para que sean más productivos – para así evitar caer en adicciones.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA DEL ESTUDIO

Su participación en este estudio será totalmente voluntaria sin ningún compromiso a terminar el estudio pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento.

EN QUE CONSISTE ESTE ESTUDIO

El estudio tiene el objetivo de observar si existe una relación entre la capacidad de afrontar situaciones de conflictividad en el ámbito laboral y el consumo de alcohol o estupefacientes por lo que se hará un pase de un total de 7 cuestionarios pudiendo ser realizados todos ellos en un total de 35' aproximadamente. El resultado de este estudio pretende ser una propuesta de plan de prevención tanto para las empresas como para los mismos trabajadores para evitar caer en adicciones como consecuencia de verse en la imposibilidad de resolver ciertos problemas o situaciones.

ACCESO A MIS DATOS PERSONALES Y COMO SE PROTEGEN

Este estudio tiene en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, que asume la Protección de Datos de Carácter Personal por lo que antes de empezar se firmará un consentimiento de participación en el cual quedará reflejado que sus datos personales no se verán reflejados en el estudio en ningún momento.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación, una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____ . La meta de este estudio es _____

_____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una serie de encuestas. Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____ . He sido informado(a) de que la meta de este estudio es _____
_____.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier

momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Cuestionario escala rasgo de meta-conocimiento emocional (TMMS-24)

INSTRUCCIONES. A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

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

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

Drug abuse screening test - 20 (DAST-20)

Direcciones. Las siguientes preguntas hacen referencia a su involucración con los estupefacientes. El abuso de drogas hace referencia (1) al uso de medicamentos recetados o "de venta libre" que exceden las indicaciones y (2) cualquier uso no médico de drogas. Teniendo en cuenta los últimos 12 meses, lea cuidadosamente cada pregunta. Luego, decida si su respuesta es SÍ o NO y verifique el espacio apropiado. Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas.

1. ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?

SI NO

2. ¿Ha abusado de los medicamentos?

SI NO

3. ¿Ha consumido más de una droga al mismo tiempo?

SI NO

4. ¿Puede pasar la semana sin consumir drogas?

SI NO

5. ¿Siempre que quiere es capaz de parar de consumir drogas?

SI NO

6. ¿Ha tenido pérdidas de memoria o le han aparecido "imágenes del pasado" como consecuencia de su consumo de drogas?

SI NO

7. ¿Se ha sentido mal consigo mismo o culpable por su consumo de drogas?

SI NO

8. ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?

SI NO

9. ¿El consumo de drogas le ha creado problemas de pareja o con sus padres?

SI NO

10. ¿Ha perdido amigos por su consumo de drogas?

SI NO

11. ¿Ha desatendido a su familia a consecuencia de su consumo de drogas?

SI NO

12. ¿Ha tenido problemas en el trabajo debido a su consumo de drogas?

SI NO

13. ¿Ha perdido su trabajo por el consumo de drogas?

SI NO

14. ¿Se ha peleado con alguien mientras estaba bajo el efecto de alguna droga?

SI NO

15. ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?

SI NO

16. ¿Ha sido detenido por posesión de drogas ilegales?

SI NO

17. ¿Ha notado síntomas de abstinencia cuando deja de consumir drogas?

SI NO

18. ¿Ha tenido problemas de salud como consecuencia del consumo de drogas? (Por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragias, etc.)

SI NO

19. ¿Ha solicitado ayuda a alguien por un problema con las drogas?

SI NO

20. ¿Ha recibido algún tratamiento por un problema de drogas?

SI NO

Escala de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas – ESCON

Las cuestiones que te presentamos a continuación, se refieren al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, si es tu caso. Este cuestionario es anónimo, por favor, si decides rellenarlo contesta con total SINCERIDAD. Céntrese en los últimos 12 meses de su vida.

1. Basándote en la cantidad de tabaco, alcohol y otras drogas que consumías, dónde te situarías en una escala de 0 al 10 (0 ausencia de consumo y 10 consumo máximo):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. ¿Fumas?

- Si
 Muy rara vez
 No

3. En caso de que fumes, ¿qué cantidad de tabaco consumes a diario?

_____ (N.º de cigarrillos diarios)

4. ¿Bebes alcohol?

- Si
 Muy rara vez
 No

5. En caso de consumir bebidas alcohólicas, indica:

- No bebo
 Muy rara vez
 Sólo en las comidas
 Sólo fines de semana
 Sólo en celebraciones: fiestas y reuniones
 Todos los días

6. ¿Qué cantidad de vino bebes semanalmente? (Especifica número de vasos)

_____ (1L = 5 vasos).

7. ¿Qué cantidad de cerveza bebes semanalmente?(Especifica número de botellines o cañas)

_____ (1L = 5 cañas).

8. ¿Qué cantidad de otras bebidas alcohólicas, solas o combinadas, bebes semanalmente? (güisqui, ginebra, licor, coñac, ron, etc.)

_____ (número de copas, se entiende una copa bien sola o combinada de refresco de cola, etc.).

9. ¿Cuántas veces, aproximadamente, te has emborrachado?
- Nunca
 - Una vez
 - Entre dos y seis veces
 - Más de seis veces
 - Son tantas, que he perdido la cuenta
10. ¿Tomas estimulantes?
- Si
 - Muy rara vez
 - No
11. En el caso de que tomes estimulantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?
- _____ (N.º de dosis)
12. ¿Tomas tranquilizantes?
- Si
 - Muy rara vez
 - No
13. En el caso de que tomes tranquilizantes, ¿qué cantidad consumes semanalmente?
- _____ (N.º de dosis)
14. ¿Tomas analgésicos?
- Si
 - Muy rara vez
 - No
15. En el caso de que tomes analgésicos, ¿qué cantidad consumes semanalmente?
- _____ (N.º de dosis)
16. ¿Tomas marihuana?
- Si
 - Muy rara vez
 - No
17. En el caso de que tomes marihuana, ¿qué cantidad consumes semanalmente?
- _____ (N.º de porros)
18. ¿Tomas cocaína?
- Si
 - Muy rara vez
 - No

19. En el caso de que tomes cocaína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?

_____ (N.º de gramos)

20. ¿Tomas heroína?

Si

Muy rara vez

No

21. En el caso de que tomes heroína, ¿qué cantidad consumes semanalmente?

_____ (N.º de dosis)

22. ¿Tomas drogas sintéticas?

Si

Muy rara vez

No

23. En el caso de que tomes drogas sintéticas, ¿qué cantidad consumes semanalmente?

_____ (N.º de dosis)

24. Indica con una "X", la casilla que corresponda a tu consumo:

	Nunca	Muy rara vez	Mensualmente	Semanalmente	A diario
Tabaco					
Alcohol					
Estimulantes					
Tranquilizantes					
Analgésicos					
Marihuana					
Cocaína					
Heroína					
Drogas sintéticas					
Otras (especificar)					

Cuestionario sobre productividad laboral y deterioro de las actividades: Estado general de salud V2.1 (WPAI:GH)

Las siguientes preguntas se ocupan del efecto que sus problemas de salud tienen sobre su capacidad para trabajar y realizar actividades cotidianas. Por problemas de salud entendemos cualquier problema o síntoma físico o emocional. Tenga a bien completar los espacios en blanco o encerrar un número en un círculo, según corresponda.

1. ¿Está actualmente empleado (trabaja a sueldo)?

Sí

No

Si la respuesta es NO, marque “No” y pase a la pregunta 6.

Las siguientes preguntas se refieren a los últimos 12 meses.

2. ¿Cuántas horas de trabajo perdió debido a problemas de salud? Incluya las horas que perdió por días de enfermedad, las veces que llegó tarde o se fue temprano, etc., por problemas de salud. No incluya el tiempo que perdió por participar en este estudio.

_____ horas.

3. ¿Cuántas horas de trabajo perdió debido a cualquier otra causa, tal como vacaciones, un día de fiesta o tiempo que se tomó para participar en este estudio?

_____ horas.

4. ¿Cuántas horas realmente trabajó?

_____ horas (Si la respuesta es “0”, pase a la pregunta 6).

5. ¿Cuánto afectaron los problemas de salud a su productividad mientras estaba trabajando?

Piense en los días en que estuvo limitado en cuanto a la cantidad o el tipo de trabajo que pudo realizar, los días que hizo menos de lo que hubiera querido o los días en los que no pudo realizar su trabajo con la dedicación habitual. Si los problemas de salud afectaron poco a su trabajo, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los problemas de salud afectaron mucho a su trabajo.

Tenga en cuenta únicamente cuánto afectaron los problemas de salud
a su productividad mientras estaba trabajando.

Los problemas de
salud no afectaron a
mi trabajo

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Los problemas de salud
me impidieron
completamente trabajar

ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO

6. Durante los últimos siete días, ¿cuánto afectaron los problemas de salud a su capacidad para realizar las actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo a sueldo?

Por actividades habituales, nos referimos a las actividades cotidianas que realiza, tales como tareas hogareñas, compras, cuidado de los niños, deportes, estudios, etc. Piense en las veces en que estuvo limitado en la cantidad o la clase de actividad que pudo realizar y en las veces en las que hizo menos de lo que hubiera querido. Si los problemas de salud afectaron poco a sus actividades, escoja un número bajo. Escoja un número alto si los problemas de salud afectaron mucho a sus actividades.

Tenga en cuenta únicamente cuánto afectaron los problemas de salud a su capacidad de hacer sus actividades diarias habituales, excluyendo las de su trabajo.

Los problemas de salud no afectaron a mis actividades habituales

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Los problemas de salud me impidieron completamente hacer mis actividades habituales

ENCIERRE EL NÚMERO EN UN CÍRCULO

Cuestionario de agresividad (AQ)

Seguidamente va a leer algunas afirmaciones. Valore en qué medida cada afirmación representa su forma de ser a lo largo del periodo de tiempo en que consumía.

1	2	3	4	5
Completamente FALSO	Bastante FALSO	Ni VERDAERO ni FALSO	Bastante VERDADERO	Completamente VERDADERO

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. De vez en cuando no puedo controlar e impulso de golpear a otra persona (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos (V) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Me enfado rápidaente, pero se me pasa en seguida (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. A veces soy bastante envidioso (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente (V) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándolo también (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos (V) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos (V) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Soy una persona apacible (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Si tengo que recurrir a la violecia para proteger mis derechos, lo hago (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Mis amigos dicen que discuto mucho (V) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Sé que mis “amigos” me critican a mis espaldas (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Hay gente que meincita a tal punto que llegamos a pegarnos (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. No encuentro ninguna buena razón para pegarle a una persona (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Tengo dificultades para controlar mi genio (I) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. He amenazado a gente que conozco (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto que querrán (H) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. He llegado a estar tan furioso que he roto cosas (F) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |