

## ***Pensamiento constructivo como medida de inteligencia emocional en patología dual***

Caridad Albalat Alcaraz\*, Encarna Fernández Ros\*\* y Juan José López García\*\*

Universidad de Murcia

\* Unidad Hospitalaria de Conductas adictivas. Hospital de la Caridad. Cartagena

\*\* Facultad de Psicología. Universidad de Murcia

Recibido: 03/04/2014 · Aceptado: 19/12/2014

### ***Resumen***

**Introducción:** El objetivo de este estudio es comparar el pensamiento constructivo, una medida de inteligencia emocional, entre una muestra clínica de pacientes adultos diagnosticados de patología dual y una muestra no clínica.

**Método:** Mediante un diseño de investigación comparativo, una muestra no clínica de 835 sujetos se comparó con una muestra de 180 sujetos diagnosticados de patología dual: 78 con trastornos clínicos o del Eje I y 102 con trastornos de la personalidad o del Eje II, según criterios DSM-IV-TR.

**Resultados:** Los resultados indican un pensamiento constructivo superior en la muestra no clínica, así como un pensamiento destructivo superior en la muestra con patología dual. No se apreciaron diferencias entre trastornos clínicos y de personalidad.

**Conclusiones:** La muestra clínica presenta un patrón destructivo o desadaptativo de afrontamiento en comparación con población no clínica, que en el caso de pacientes con trastornos de personalidad se ve incrementado por ilusiones, supersticiones y pensamientos esotéricos que contribuyen a su afrontamiento deficitario.

### ***Palabras Clave***

Patología dual; inteligencia emocional; trastornos de la personalidad; pensamiento constructivo.

— Correspondencia a: \_\_\_\_\_  
Encarna Fernández Ros  
encarnaf@um.es



### ***Abstract***

**Introduction:** The objective of this study is to compare the constructive thinking, a measure of emotional intelligence, between a clinical sample of adult patients diagnosed with dual diagnosis and a non-clinical sample.

**Method:** By means of a comparative design of investigation, a not clinical sample of 835 subjects was compared with a sample of 180 subjects diagnosed of dual diagnosis: 78 with clinical disorders or of the Axix I and 102 with disorders of the personality or of the Axis II, according to DSM-TR-IV.

**Results:** The results indicate a constructive thinking greater than in the non-clinical sample, as well as a destructive thinking higher in the sample with dual diagnosis. There were no differences between clinical disorders and personality.

**Conclusions:** The clinic sample presents a destructive pattern of coping or no adaptative compared with non-clinical population, which in the case of patients with personality disorders is increased by illusions and superstitions and esoteric thoughts that contribute to their coping deficit.

### ***Key Words***

Dual diagnosis, emotional intelligence, mental disorders, constructive thinking.

## **INTRODUCCIÓN**

Es generalmente aceptado que una elevada inteligencia emocional permite una mejor capacidad de adaptación personal, social y laboral. Diferentes estudios han demostrado la importancia e influencia de la inteligencia emocional para el buen funcionamiento psicológico (Augusto Landa, López-Zafra, Martínez De Antoñana, & Pulido, 2006; Bar-On, 2006; Davies, Stankov, & Roberts, 1998; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006).

La teoría cognitivo-experiencial de Epstein (Epstein, 1994) (CEST) es una teoría estructurada e implícita de la personalidad

que define dos sistemas de procesamiento de la información en el individuo: el Sistema Experiencial y el Sistema Racional. El sistema experiencial, guiado emocionalmente, asocia situaciones que tienen una fuerte carga emocional. Tiene como objetivo la adaptación mediante la búsqueda del placer y la evitación del dolor. El sistema racional estaría relacionado con el cociente intelectual, que se mide a través de las pruebas o test de inteligencia.

El pensamiento constructivo es el término acuñado por Epstein y Meier (Epstein & Meier, 1989) para describir los pensamientos automáticos que emanan del nivel experiencial, que



afectan a las reacciones emocionales y respuestas conductuales a estresores (Ammerman, Lynch, Donovan, Martin, & Maisto, 2001). Según esta teoría, la inteligencia emocional estaría relacionada con el pensamiento constructivo. Los pensamientos automáticos de las personas pueden ser de carácter constructivo o destructivo, e influyen en la interpretación de acontecimientos, sentimientos y conductas (Epstein, 1998).

Epstein ha desarrollado el Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI). Es un instrumento que se emplea para la evaluación y predicción de muchas de las habilidades y reacciones adaptativas claves para el éxito en la vida. La adaptación experiencial también puede ser importante para la manifestación y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos (Ammerman et al., 2001).

Diversos estudios han relacionado el pensamiento constructivo con el bienestar psicológico (Epstein & Katz, 1992; Epstein & Meier, 1989; Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995), por lo que ha sido considerado una variable intermedia, que mediaría en la felicidad personal, el estrés, el desasosiego cotidiano y los síntomas físicos (Feist et al., 1995) y que puede verse influido por las experiencias estresantes de la vida diaria.

La asociación entre la mala capacidad de adaptación y el consumo de sustancias es generalmente aceptada para comprender la etiología de la conducta adictiva (Labouvie, 1986; Newcomb & Harlow, 1986) aunque no todos los estudios han confirmado una fuerte relación (Baer, McLaughlin, Burnside, Pokorny, & Garmez, 1987; Johnson & Pan-

dina, 1993; Mezzich, Tarter, Kirisci, Hsieh, & Grimm, 1995). Aunque existen escasos trabajos que estudien las dimensiones de la personalidad en pacientes con patología dual (Marquez-Arrico & Adan, 2013), cada vez se desarrollan más líneas de investigación que permiten una mejor comprensión y abordaje de este problema, siendo el objetivo último el poder establecer vías adecuadas de tratamiento. Bajo la temática de inteligencia emocional se han desarrollado diversas investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias (Kun & Demetrovics, 2010), aunque son escasas las que abordan el pensamiento constructivo en trastornos adictivos (Fernández-Serrano, Moreno-López, Pérez-García, & Verdejo-García, 2012; Gollnisch, 1991; Park, Moore, Turner, & Adler, 1997) y con frecuencia se centran en población adolescente.

En este trabajo se propone comparar en población adulta el pensamiento constructivo y destructivo entre pacientes con patología dual (PD) y población no clínica. Dividimos la muestra clínica en relación a la patología mental asociada al trastorno adictivo, utilizando el Eje I y Eje II de la evaluación multiaxial del DSM-IV-TR, (APA, 2000). En el Eje I codificamos los trastornos clínicos y en el Eje II los trastornos de la personalidad. En concreto se proponen las siguientes hipótesis: (1) El pensamiento constructivo es superior en población no clínica. (2) El pensamiento destructivo es superior en pacientes con PD. (3) En pacientes con PD, el pensamiento constructivo y destructivo será equivalente entre pacientes con trastornos clínicos y en trastornos de la personalidad.



## MÉTODO

### Participantes

La muestra clínica estudiada está compuesta por 180 sujetos diagnosticados de PD, los cuales han recibido tratamiento de deshabituación y rehabilitación en la Unidad Hospitalaria de Conductas Adictivas (UHCA) del Hospital de la Caridad de Cartagena (Murcia). Esta mues-

tra está compuesta por sujetos que accedieron a la UHCA entre el año 2009 y el año 2013. En la Tabla I se muestran las características de la muestra, donde se incluye la situación laboral, estado civil, perfil de drogodependencia y diagnóstico clínico asociado.

Como muestra no clínica se utilizó la muestra normativa del CTI, formada por 835 sujetos, (el 37% son varones y 63% mujeres).

**Tabla I.** Descripción de la muestra

Tamaño muestral	180
Edad media	35.69 (dt 9.05)
Rango de edad	19-61
Varones	78,9%
<b>Situación laboral</b>	
Trabajo eventual/indefinido/autónomo	18,9% / 1,7% / 7,2%
Desempleado	31.7%
ILP / Pensionista	22.2% / 5%
ILT / Baja laboral	6,1% / 3,3 %
<b>Estado civil</b>	
Soltero	58.9%
Casado-Pareja	18.9%
Separado-divorciado	16.1%
Viudo	6.1%
<b>Perfil de drogodependencia</b>	
Alcohol	28.9%
Cocaína	28.3%
Cannabis	21.7%
Alcohol y cocaína	21.1%
<b>Diagnóstico clínico asociado</b>	
Trastornos clínicos	43.3%
Trastornos de la personalidad	56.7%

Nota:

dt: desviación típica.

ILP: Incapacidad laboral permanente.

ILT: Incapacidad laboral transitoria.



## Instrumentos de evaluación

**Cuestionario Sociodemográfico y de variables clínicas.** Se elaboró por el equipo de la UHCA en el año 2005, de uso interno en el cual se recogen y registran las variables y aspectos relevantes de la historia clínica del paciente (datos personales y sociodemográficos, patrón de consumo, antecedentes clínicos y psiquiátricos, historia personal).

**El Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI)** es un cuestionario elaborado por Seymour Epstein en 1987, adaptado a población española por TEA (Epstein, 2001). Es un test jerárquicamente organizado que ofrece información en tres niveles de generalidad: el nivel más general consiste en una escala global de pensamiento constructivo/destructivo; el siguiente nivel de generalidad lo componen seis escalas principales que miden las formas básicas de pensamiento constructivo y destructivo: Emotividad, Eficacia, Pensamiento supersticioso, Rigidez, Pensamiento esotérico e Ilusión; el nivel más específico consiste en quince subescalas o facetas de las escalas principales: Autoestima, Tolerancia, Impasibilidad, Capacidad de sobreponerse, Pensamiento positivo, Actividad, Responsabilidad, Extremismo, Susplicia, Intolerancia, Creencias paranormales, Creencias irracionales, Euforia, Pensamiento estereotipado e Ingenuidad. El test dispone de dos escalas de validez. La consistencia interna (alfa de Cronbach) en este trabajo fue de 0,742.

## Procedimiento

La UHCA del Hospital de la Caridad de la ciudad de Cartagena es un recurso asistencial

hospitalario especializado de tercer nivel para pacientes drogodependientes con problemática psiquiátrica asociada grave, integrado en la Red Asistencial de Salud Mental y Drogodependencias del Servicio Murciano de Salud.

Los pacientes derivados a esta unidad son entrevistados previamente al ingreso. Una vez confirmado que cumplen con los criterios de admisión al recurso (diagnóstico dual, apoyo familiar, y previamente desintoxicados al ingreso) ingresan y firman un consentimiento informado en el cual se comprometen a aceptar las pautas de tratamiento y dentro del mismo el paciente autoriza el tratamiento de datos en los términos que recoge la Ley orgánica 15/1999, 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (LOPD). Una vez ingresado se inicia un proceso de evaluación psicológica, a partir de un protocolo compuesto por instrumentos estandarizados de psicodiagnóstico (entre los que se encuentra el CTI), con el fin de realizar el diagnóstico y el plan terapéutico individualizado del paciente.

Las áreas analizadas del funcionamiento psicológico son las siguientes: neuropsicológica (funcionamiento intelectual, posibles déficits y deterioro cognitivo), de personalidad (valoración de la estructura de la personalidad, CTI), sintomatológica (amplitud e intensidad de la sintomatología clínica) y del desarrollo social (habilidades sociales e interacción con su entorno social). A partir de esta evaluación diagnóstica, se establece el eje diagnóstico del DSM-IV-TR.

La realización de este estudio fue aprobada por el comité de ética asistencial del área II de salud de Cartagena.



Los pacientes se seleccionaron según los siguientes criterios de inclusión: ser mayor de 18 años, cumplir con los criterios diagnósticos para el trastorno por dependencia según el DSM-IV-TR (APA, 2000), para alcohol, cocaína y cannabis; estar abstinentes o previamente desintoxicados en el momento de la evaluación, con diagnóstico psiquiátrico asociado a la dependencia y sin deterioro cognitivo grave. Se excluyeron todos los casos que no cumplieran con las puntuaciones requeridas en las escalas de Validez del CTI.

### **Análisis estadístico**

Se ha utilizado la prueba t para muestras independientes a fin de comparar los promedios de cada variable entre diferentes muestras. Se ha comprobado la normalidad de las distintas variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (esta prueba no se ha utilizado con la muestra no clínica, constituida por la muestra de baremación del CTI y de la que se dispone sólo de estadísticos básicos). Previamente a la aplicación de la prueba t, se ha contrastado la homogeneidad de varianzas mediante la prueba ji cuadrado de Bartlett, para aplicar, según fuera el caso, un contraste asumiendo varianzas iguales o diferentes. También se ha determinado el tamaño del efecto mediante la d de Cohen para muestras independientes (utilizando la desviación típica combinada entre cada par de muestras). Todas las pruebas estadísticas se han realizado con R (R Core Team, 2013).

## **RESULTADOS**

En la Tabla 2 se muestran las medias y desviaciones típicas de las variables del CTI

en la muestra no clínica, la muestra total de patología dual, la submuestra de patología dual diagnosticada con un trastorno en el Eje I y la submuestra de patología dual diagnosticada con un trastorno en el Eje II.

En la Tabla 3 se muestra, para cada variable del CTI, el contraste sobre la diferencia entre medias de muestras independientes para las comparaciones: Muestra de patología dual versus muestra no clínica, submuestra de patología dual en el Eje I versus muestra no clínica, submuestra de patología dual en el Eje II versus muestra no clínica y submuestra del Eje I versus submuestra del Eje II. Se señalan con un asterisco aquellos casos en los que no se cumplió el supuesto de igualdad de varianzas, por lo que se ajustó la prueba estadística corrigiendo los grados de libertad. Para cada comparación se acompaña la estimación del tamaño del efecto (d de Cohen).

Los resultados obtenidos indican que la muestra no clínica se diferencia significativamente en todos los indicadores de pensamiento constructivo (los 10 primeros de la Tabla 3), mostrando un promedio estadísticamente superior que la muestra de patología dual, la submuestra categorizada en el Eje I y la submuestra categorizada en el Eje II (salvo en pensamiento positivo).

Por otra parte, la muestra no clínica se diferencia significativamente de la muestra PD y la submuestra categorizada en el Eje II en los indicadores de pensamiento destructivo (los 12 últimos de la Tabla 3), mostrando un promedio estadísticamente inferior en todos ellos. No obstante, no se observan diferencias en creencias paranormales e ingenuidad.

**Tabla 2.** Medias y desviaciones típicas de las variables del CTI en las diferentes muestras

Variable	No clínica (n=835)		Dual (n=180)		Eje I (n=78)		Eje II (n=102)	
	Media	d.t.	Media	d.t.	Media	d.t.	Media	d.t.
PEN. CONSTRUCTIVO GLOBAL	108.23	13.66	88.99	15.67	89.56	14.82	88.55	16.352
EMOTIVIDAD	89.8	14.05	71.7	16.925	71.26	15.443	72.04	18.044
Autoestima	26.53	4.15	21.59	5.003	21.5	4.731	21.66	5.223
Tolerancia Frustración	16.03	2.87	12.12	3.852	12.15	3.513	12.1	4.126
Impasibilidad	25.42	5.4	21.83	5.972	21.74	5.69	21.9	6.205
Cap de sobreponerse	21.83	4.32	15.97	5.309	15.82	4.998	16.08	5.557
EFICACIA	55.4	6.56	49.2	7.938	49.24	7.297	49.17	8.43
Pensamiento Positivo	15.15	2.4	14.45	3.001	14.32	2.611	14.55	3.278
Actividad	28.68	4.29	24.14	5.109	24.38	4.86	23.96	5.308
Responsabilidad	15.78	2.45	14.41	3.028	14.31	3.012	14.49	3.053
PENSAM. SUPERSTICIOSO	15.91	4.79	21.09	5.645	20.87	5.565	21.26	5.726
RIGIDEZ	39.02	7.59	49.74	8.59	48.91	8.694	50.37	8.498
Extremismo	14.28	4.16	19.77	4.831	19.47	4.701	20	4.939
Suspiciacia	12.61	3.62	16.76	4.074	16.09	4.178	17.26	3.937
Intolerancia	8.99	2.38	9.71	2.978	9.76	3.037	9.67	2.946
PENSAMIENTO ESOTÉRIRO	29.59	8.63	32.42	8.613	31.06	7.614	33.48	9.199
Creencias Paranormales	13.47	4.57	14.02	5.068	13.54	4.706	14.39	5.322
Creencias Irracionales	16.12	4.79	18.37	4.77	17.45	4.095	19.08	5.135
ILUSIÓN	49.43	7.35	51.37	8.287	50.76	7.811	51.84	8.642
Euforia	15.95	3.34	16.86	4.685	16.46	3.544	17.17	5.395
Pensamiento Estereotipado	9.85	2.19	10.8	2.511	10.41	2.483	11.1	2.504
Ingenuidad	23.62	3.84	23.87	4.114	23.83	4.101	23.9	4.197

Nota, CTI: Inventario de pensamiento constructivo.

Con respecto al pensamiento destructivo en el Eje I, en general, se observa un pensamiento destructivo significativamente superior en la submuestra de trastornos clínicos, aunque no se observan diferencias en pensamiento esotérico, creencias paranormales, ilusión, euforia e ingenuidad.

Por último, la submuestra del Eje I no presenta diferencias estadísticamente significativas con la submuestra del Eje II, esto es, no se observan diferencias en pensamiento constructivo ni des-

tructivo, aunque la submuestra de trastornos de la personalidad presenta un promedio significativamente superior sólo en creencias irracionales.

No obstante, los tamaños del efecto obtenidos son moderados cuando se refieren a comparaciones de pensamiento constructivo, y moderados o bajos cuando se refieren a pensamiento destructivo. Por lo general, los tamaños del efecto más bajos se relacionan con pensamiento esotérico e ilusión.



**Tabla 3.** Comparaciones t para muestras independientes entre las medias de las variables de CTI en distintas muestras

Variable	Dual vs No clínica				Eje I vs No clínica				Eje II vs No clínica				Eje I vs Eje II			
	t	g.i.	P	d	t	g.i.	P	d	t	g.i.	P	d	t	g.i.	P	d
PEN. CONSTRUCTIVO GLOBAL	-15.270	241*	0.000	1.37	-11.458	911	0.000	1.36	-11.668	118*	0.000	1.41	0.427	178	0.671	0.06
EMOTIVIDAD	-13.388	235*	0.000	1.24	-11.048	911	0.000	1.31	-9.592	116*	0.000	1.22	-0.306	178	0.761	0.05
Autoestima	-12.362	234*	0.000	1.15	-10.110	911	0.000	1.2	-9.074	117*	0.000	1.14	-0.212	178	0.832	0.03
Tolerancia Frustración	-12.870	223*	0.000	1.28	-9.464	86*	0.000	1.32	-9.347	113*	0.000	1.3	0.086	178	0.932	0.01
Impasibilidad	-7.935	1013	0.000	0.65	-5.729	911	0.000	0.68	-6.110	935	0.000	0.64	-0.178	178	0.861	0.03
Cap de sobreponerse	-13.853	232*	0.000	1.3	-11.586	911	0.000	1.37	-10.085	116*	0.000	1.29	-0.325	178	0.746	0.05
EFICACIA	-9.783	234*	0.000	0.91	-7.853	911	0.000	0.93	-7.202	116*	0.000	0.92	0.058	178	0.954	0.01
Pensamiento Positivo	-2.934	230*	0.004	0.28	-2.899	911	0.004	0.34	-1.791	114*	0.076	0.24	-0.524	177*	0.602	0.08
Actividad	-11.108	236*	0.000	1.02	-8.366	911	0.000	0.99	-8.643	117*	0.000	1.07	0.545	178	0.586	0.08
Responsabilidad	-5.682	232*	0.000	0.53	-4.183	86*	0.000	0.59	-4.109	117*	0.000	0.51	-0.394	178	0.694	0.06
PENSAM. SUPERSTICIOSO	11.454	237*	0.000	1.05	8.619	911	0.000	1.02	9.057	118*	0.000	1.09	-0.458	178	0.648	0.07
RIGIDEZ	15.490	242*	0.000	1.38	10.863	911	0.000	1.29	14.066	935	0.000	1.48	-1.131	178	0.260	0.17
Extremismo	14.157	239*	0.000	1.28	10.416	911	0.000	1.23	11.220	119*	0.000	1.35	-0.728	178	0.468	0.11
Suspiciosa	12.634	243*	0.000	1.12	8.008	911	0.000	0.95	12.128	935	0.000	1.27	-1.924	178	0.056	0.29
Intolerancia	3.041	230*	0.002	0.29	2.178	86*	0.032	0.32	2.243	117*	0.026	0.28	0.200	178	0.842	0.03
PENSAMIENTO ESOTÉRIO	3.992	1013	0.000	0.33	1.452	911	0.146	0.17	4.266	935	0.000	0.45	-1.882	178	0.062	0.28
Creencias Paranormales	1.436	1013	0.152	0.12	0.129	911	0.898	0.02	1.672	119*	0.099	0.2	-1.116	178	0.266	0.17
Creencias Irracionales	5.720	1013	0.000	0.47	2.372	911	0.018	0.28	5.845	935	0.000	0.61	-2.369	177*	0.018	0.35
ILUSIÓN	2.904	243*	0.004	0.26	1.520	911	0.128	0.18	2.700	119*	0.008	0.32	-0.866	178	0.388	0.13
Euforia	2.474	219*	0.014	0.25	1.283	911	0.200	0.15	2.232	110*	0.028	0.34	-1.063	174*	0.290	0.15
Pensamiento Estereotipado	4.705	241*	0.000	0.42	2.134	911	0.034	0.25	5.354	935	0.000	0.56	-1.839	178	0.068	0.28
Ingenuidad	0.782	1013	0.434	0.06	0.459	911	0.646	0.05	0.688	935	0.452	0.07	-0.112	178	0.910	0.02

\* Varianzas no homogéneas. Ajuste de grados de libertad.

Nota: Contrastes bilaterales. |d|: d de Cohen. g.i.: Grados de libertad. CTI: Inventario de pensamiento constructivo.





## DISCUSIÓN

En base a los resultados obtenidos, la muestra no clínica presenta un pensamiento constructivo global, emotividad y eficacia (características de pensamiento constructivo) superior tanto a la muestra dual en su conjunto como a cada una de las submuestras clínicas por separado. Esto nos permite concluir, que la muestra no clínica piensa de forma flexible, adaptándose bien a diferentes situaciones, afronta las dificultades de forma positiva, sin excesiva sensibilidad ante el fracaso y con buena tolerancia al malestar. Por el contrario, los sujetos con PD de nuestra muestra, reflejan en términos generales, un estilo de pensamiento inflexible que da lugar a una baja capacidad de adaptación, lo que dificulta el afrontamiento eficaz de situaciones difíciles, novedosas o estresantes. En cuanto al afrontamiento emocional (Emotividad) son inhibidos o explosivos, sin punto medio en la expresión de sentimientos, inseguros, hipersensibles y con bajo autoconcepto de sí mismos. En el afrontamiento conductual (Eficacia), se muestran impulsivos o evitativos ante la solución de problemas, desmotivados, inconstantes y con dificultades para demorar la recompensa en la realización de tareas que requieren esfuerzo.

Por otro lado, los resultados indican que la muestra de PD, y las submuestras trastornos clínicos (Eje I) y trastornos de la personalidad (Eje II) presentan características de pensamiento destructivo superiores a la muestra no clínica. Específicamente las muestras de PD y trastornos de la personalidad (Eje II), muestran mayor tendencia que la muestra no clínica a utilizar pensamientos favorables sin fundamento o de tipo mágico, además

de experimentar estados anímicos eufóricos (pensamiento esotérico e ilusión). Se muestran pesimistas, aferrándose a supersticiones privadas (pensamiento supersticioso). Categóricos e inflexibles en el procesamiento de la información (rigidez), suspicaces e intolerantes, con tendencia a pensar de forma estereotipada. Estos resultados siguen la línea de otros estudios realizados con este mismo Inventario de Pensamiento Constructivo en dependientes de drogas (Fernández-Serrano et al., 2012; Gollnisch, 1991; Park & Grant, 2005; Park et al., 1997).

Al comparar la muestra diagnosticada en el Eje I con la muestra no clínica, los resultados siguen la línea del análisis anterior, pero con algunos matices: los sujetos con trastorno clínico y trastorno adictivo de nuestro estudio, presentan un patrón de pensamiento destructivo superior, aunque no se caracterizan por tener un pensamiento esotérico, ni niveles de optimismo e ingenuidad distintos de la muestra no clínica.

Por último, al comparar las dos submuestras entre sí, los resultados indican que no existen diferencias en cuanto a las formas de pensamiento constructivo y destructivo. No obstante, sí se observan diferencias en las creencias irracionales, reflejando que los pacientes con trastornos de la personalidad dependientes de sustancias de nuestra muestra tienden más a creer en supersticiones convencionales, astrología y augurios, siendo un rasgo o características que parece que los diferencian de otras patologías mentales categorizadas en el Eje I.

En comparación con otros estudios realizados sobre pensamiento constructivo en



drogodependientes sin patología psiquiátrica asociada, específicamente consumidores de cocaína (Fernández-Serrano et al., 2012), los pacientes PD también presentan menos pensamiento constructivo que sujetos no consumidores, pero además manifiestan mayor pensamiento destructivo que los sujetos con un solo diagnóstico de trastorno adictivo.

Los resultados obtenidos verifican, pues, las hipótesis planteadas en un principio. En primer lugar, se constatan formas de pensamiento constructivo superiores en la muestra no clínica, apoyando que en nuestros pacientes con PD, existe un marcado déficit tanto de afrontamiento conductual, cognitivo y emocional a la hora de hacer frente a estresores.

Las conclusiones de algunos estudios realizados en consumidores de drogas con el CTI vienen a confirmar nuestros resultados, indicando déficits en las habilidades básicas de afrontamiento que refuerzan el uso continuado de la sustancia (Fernández-Serrano et al., 2012; Gollnisch, 1991; Park & Grant, 2005; Park et al., 1997).

La segunda hipótesis queda confirmada al obtener resultados superiores en las muestras de PD global y los trastornos de la personalidad (Eje II), en las escalas pensamiento supersticioso, rigidez, pensamiento esotérico e ilusión, todas ellas indicadoras de formas de pensamientos automáticos destructivos. Los resultados siguen apoyando un patrón destructivo o desadaptativo de afrontamiento en estos pacientes. Aunque el grupo trastornos clínicos (Eje I) muestra un

patrón destructivo superior, no se diferencia de la muestra no clínica en las variables pensamiento esotérico e ilusión.

Por último comprobamos la tercera hipótesis, observando que no existen diferencias en cuanto al pensamiento constructivo ni destructivo entre las dos submuestras duales, trastornos clínicos (Eje I) y trastornos de la personalidad (Eje II), con excepción de la faceta creencias irracionales. Esto último puede ser indicativo de que se trata de un rasgo propio y distintivo en los trastornos de la personalidad.

Estos resultados no se hallan exentos de limitaciones metodológicas. La selección de la muestra no se realizó de forma aleatoria, sino accidental. Tampoco se establecieron grupos en función del sexo por no estar el grupo de mujeres lo suficientemente representado.

Sería interesante realizar comparaciones con otros grupos de drogodependientes sin patología psiquiátrica asociada, o entre dependientes de diferentes sustancias, así como también de grupos clínicos sin consumo. Todo ello dificulta la generalización de resultados, y dada la dificultad en el tratamiento, las complicaciones clínicas y sociales que normalmente conllevan estos pacientes, y el escaso porcentaje de éxito en la recuperación prolongada (Dickey, Normand, Weiss, Drake & Azeni, 2002; Hunt, Bergen & Bashir, 2002; Soyka, 2000; Szerman, 2009), futuras investigaciones podrían seguir esta línea de investigación con el fin de analizar el papel que juega el pensamiento constructivo o inteligencia emocional en el mantenimiento del consumo de drogas.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Pub.
- Ammerman, R. T., Lynch, K. G., Donovan, J. E., Martin, C. S., & Maisto, S. A. (2001). Constructive thinking in adolescents with substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 15(2), 89–96.
- Augusto Landa, J. M., López-Zafra, E., Martínez De Antoñana, R., & Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18 (Suplemento), 152–157.
- Baer, P. E., McLaughlin, R. J., Burnside, M. A., Pokorny, A. D., & Garmez, L. B. (1987). Stress, family environment, and multiple substance use among seventh graders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 1(2), 92–103. doi:10.1037/h0080443
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Suplemento), 13–25.
- Davies, M., Stankov, L., & Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(4), 989–1015.
- Dickey, B., Normand, S.L.T., Weiss, R.D., Drake, R.E., & Azeni, H. (2002). Medical morbidity, mental illness, and substance use disorders. *Psychiatr Serv*, 53,861–86.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), 709–724. doi:10.1037/0003-066X.49.8.709
- Epstein, S. (1998). *Constructive Thinking: The Key to Emotional Intelligence*. Greenwood Publishing Group.
- Epstein, S. (2001). *Inventario de Pensamiento Constructivo - CTI*. Madrid: TEA Ediciones.
- Epstein, S., & Katz, L. (1992). Coping ability, stress, productive load, and symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 813–825. doi:10.1037/0022-3514.62.5.813
- Epstein, S., & Meier, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(2), 332–350. doi:10.1037/0022-3514.57.2.332
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45–51.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138–150. doi:10.1037/0022-3514.68.1.138
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 27–33. doi:10.1016/S1575-0973(12)70040-5
- Gollnisch, G. (1991). *Drug Use in Methadone Maintenance Clients: A Multidimensional Model of Personality, Coping, and Motivation*. University of Massachusetts at Amherst.



- Hunt, G.E., Bergen, J., & Bashir, M. (2002). Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relapse. *Schizophr Res*, 54, 253-264.
- Johnson, V., & Pandina, R. J. (1993). A Longitudinal Examination of the Relationships Among Stress, Coping Strategies, and Problems Associated with Alcohol Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(3), 696-702. doi:10.1111/j.1530-0277.1993.tb00822.x
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1131-1160. doi:10.3109/10826080903567855
- Labouvie, E. W. (1986). The Coping Function of Adolescent Alcohol and Drug Use. In P. D. R. K. Silbereisen, P. D. K. Eyferth, & P. D. G. Rudinger (Eds.), *Development as Action in Context* (pp. 229-240). Springer Berlin Heidelberg. Retrieved from [http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-02475-1\\_12](http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-662-02475-1_12)
- Marquez-Arrico, J. E., & Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25, 195-202.
- Mezzich, A. C., Tarter, R. E., Kirisci, L., Hsieh, Y.-C., & Grimm, M. (1995). Coping capacity in female adolescent substance abusers. *Addictive Behaviors*, 20(2), 181-187. doi:10.1016/0306-4603(94)00056-5
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(3), 564-577. doi:10.1037/0022-3514.51.3.564
- OMS. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (Meditor.). Madrid.
- Park, C. L., & Grant, C. (2005). Determinants of positive and negative consequences of alcohol consumption in college students: alcohol use, gender, and psychological characteristics. *Addictive Behaviors*, 30(4), 755-765. doi:10.1016/j.addbeh.2004.08.021
- Park, C. L., Moore, P. J., Turner, R. A., & Adler, N. E. (1997). The roles of constructive thinking and optimism in psychological and behavioral adjustment during pregnancy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 584-592. doi:10.1037/0022-3514.73.3.584
- R Core Team (2013). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Retrieved from <http://www.R-project.org>
- Soyka, M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry*, 176, 345-350.
- Szerman, N. (2009). Paciente dual complicado. En: *Socidrogalcohol* (ed.). *Manejo clínico del paciente con patología dual*. (pp 9-24). Valencia, España. Socidrogalcohol.