

Inteligencia emocional, motivación al cambio y estrés en el tratamiento para la adicción al alcohol y otras drogas en el norte de México

Emotional Intelligence, Motivation to Change, and Stress in the Treatment for Alcohol and Other Drug Addiction in Northern Mexico

Julia Lizeth Villarreal-Mata*  <https://orcid.org/0000-0002-8829-0537>

Josefina Saraí Candia-Arredondo**  <https://orcid.org/0000-0002-2058-1338>

Nora Angélica Armendáriz-García***  <https://orcid.org/0000-0001-9033-3244>

Verónica Guzmán-Ramírez****  <https://orcid.org/0000-0003-2088-2138>

Resumen

Objetivo: analizar la relación entre la inteligencia emocional, la motivación para el cambio y el estrés provocado por el consumo de alcohol y drogas de personas que están en tratamiento contra la adicción en una región del norte de México. Metodología: diseño descriptivo correlacional con una muestra de 62 hombres. Resultados: el 35.5% de los entrevistados presentaba consumo problemático de alcohol y el 74.2% consumo perjudicial de drogas. La inteligencia emocional tiene una relación positiva y significativa con la motivación para el cambio ($r_s = 0.290$, $p < 0.001$) y una relación negativa y significativa con el estrés ($r_s = -0.325$, $p < 0.001$), el consumo de alcohol ($r_s = -0.272$, $p < 0.05$) y de drogas ($r_s = -0.383$, $p < 0.01$). Limitaciones: el número reducido de la muestra y el hecho de no incluir mujeres ni factores relacionados con el entorno, como la familia y la influencia de pares. Conclusiones: la inteligencia emocional y la motivación para cambiar se relacionan de forma inversa con el estrés, por lo que deben considerarse en el tratamiento contra la adicción al alcohol y a las drogas. De hecho, pueden coadyuvar a disminuir el estrés y en consecuencia influir en las decisiones para afrontar el problema.

Palabras clave: inteligencia emocional; motivación; estrés; adicciones; alcohol; drogas; modelo transteórico.

■ Cómo citar: Villarreal-Mata, J. L., Candia-Arredondo, J. S., Armendáriz-García, N. A., y Guzmán-Ramírez, V. (2024). Inteligencia emocional, motivación al cambio y estrés en el tratamiento para la adicción al alcohol y otras drogas en el norte de México. *región y sociedad*, 36, e1912. <https://doi.org/10.22198/rys2024/36/1912>

Abstract

Objective: Analyzing the relationship between emotional intelligence, motivation for change, and stress due to alcohol and drug consumption of people in treatment against addiction. Methodology: descriptive correlational design for a 62 men sample. Results: Of those interviewed individuals, 35.5% had problematic alcohol use and 74.2% had harmful drug use. Emotional intelligence has a positive and significant relationship with motivation for change ($r_s = 0.290$, $p < 0.001$) and a negative and significant relationship with stress ($r_s = -0.325$, $p < 0.001$), consumption of alcohol ($r_s = -0.272$, $p < .05$) and drugs ($r_s = -0.383$, $p < 0.01$). Limitations: The sample small number, the lacking of inclusion of women and factors related to the environment, such as family and peer influence. Conclusions: Emotional intelligence and motivation to change are inversely related to stress, which is the reason to be considered for the treatment of alcohol and drug addiction, because they can contribute to the reduction of stress and, consequently, to coping decisions.

Keywords: emotional intelligence; motivation; stress; addiction; alcohol; drugs; transtheoretical model.

*Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Madero y Gonzalitos, s. n., Mitras Norte, C. P. 64460. Monterrey, Nuevo León, México. Correo electrónico: lizethvillarrealmata@gmail.com

**Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Madero y Gonzalitos, s. n., Mitras Norte, C. P. 64460. Monterrey, Nuevo León, México. Correo electrónico: josefina.candiaar@uanl.edu.mx

***Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Madero y Gonzalitos, s. n. Mitras Norte, C. P. 64460. Monterrey, Nuevo León, México. Correo electrónico: nordariz@hotmail.com

****Autora para correspondencia. Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería Nuevo Laredo. Pino Suárez y Aldama s. n. Col Centro, C. P. 88000. Nuevo Laredo, Tamaulipas, México. Correo electrónico: vguzman@docentes.uat.edu.mx

Recibido: 27 de mayo de 2024.
Aceptado: 26 de septiembre de 2024.
Liberado: 7 de noviembre de 2024.



Esta obra está protegida bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-No Comercial
4.0 Internacional.

Introducción

Se sabe que el consumo de alcohol y de drogas aumenta año con año en el mundo. La carga actual de morbilidad atribuible a dicho consumo es de 5.9%, y al consumo de drogas ilícitas, de 1.5% (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Además, cerca de 35 millones de personas padecen trastornos causados por sustancias ilícitas y requieren algún tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC por sus siglas en inglés], 2023).

En cuanto al uso de dichas sustancias, la estimación mundial de personas que se *inyectaron* drogas en 2021 fue de 13.2 millones, y más de 296 millones de individuos las *consumieron* de otra forma en 2021, lo que supone un aumento de 23% con respecto a la década anterior. El número de personas que padece trastornos por consumo de drogas se ha disparado hasta llegar a 39.5 millones, lo cual implica un aumento de 45% en diez años. Tan solo en 2016 la droga ilícita de mayor consumo en el mundo fue la marihuana. Se estima que 192 millones de individuos la han consumido al menos una vez en el último año antes de la encuesta y el número de consumidores de marihuana incrementó en 16% (UNODC, 2023). Otra sustancia que reporta mucho consumo son las metanfetaminas. Los datos informan que 34.2 millones de personas, es decir, 0.7% de la población de entre 15 y 64 años usó anfetaminas en el último año antes de la encuesta a escala mundial (UNODC, 2023).

En México, la ingesta excesiva de alcohol en el último mes antes de la encuesta aumentó de 13.9% en 2011 a 22.1% en 2016. En lo que respecta a la población adulta, 71% ha consumido alcohol alguna vez en la vida; 49.1%, en el último año antes de la encuesta y 35.9%, en el último mes antes de la encuesta. De las personas de entre 12 y 65 años que lo consumen, en el último año 3% ha solicitado tratamiento (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública y Secretaría de Salud, [INPRFM, INSP y SSA], 2017). En relación con el consumo de drogas ilícitas, 10.3% de la población las ha usado alguna vez en la vida; 2.9%, en el último año y 1.5%, en el último mes.

Cabe señalar que 0.6% de la población del país tiene dependencia al consumo de alcohol y a otras drogas, de las cuales 20.3% solicitó tratamiento el año anterior a la encuesta; y de estos, 32.4% recibió tratamiento en centros de rehabilitación, 24.8% lo recibió por drogas y 13.2% recibió atención psiquiátrica u hospitalaria (INPRFM, INSP y SSA, 2017).

En la actualidad, hay gran diversidad de tratamientos para evitar el consumo de alcohol y de otras drogas. Dicha diversidad y forma de tratar a este grupo específico de población son responsabilidad directa de algún equipo de salud. Cada paciente, a su vez, posee características concretas que contribuyen a tomar la decisión sobre su tratamiento. Al final, la respuesta del paciente dependerá del tratamiento de su elección, su aceptación, el mantenimiento, la relación con familia, la red de apoyo, su rehabilitación y la reinserción social (Molina, Mazo y Chacón, 2020; Sanz, 2019).

El tipo de tratamiento depende de las características propias de la persona. Uno de estos rasgos, documentado como factor influyente en el tratamiento contra la adicción al alcohol y las drogas, es la inteligencia emocional, la cual

se define como el conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen en la habilidad propia de tener éxito al afrontar aspectos internos y del medio ambiente. Se considera que la inteligencia emocional funciona como factor protector de conductas de riesgo y actúa como variable mediadora del comportamiento en la persona con problemas de adicción, por lo que puede ser una medida de adherencia al tratamiento (Bar-On, 2000; Garke et al., 2021; Neyra-Elguera, Cano-Dávila y Taype-Huarca, 2021; Villarreal-Mata et al., 2022; Zargar, Bagheri, Tarrahi y Salehi, 2019).

Hay que señalar que la inteligencia emocional puede ser determinante en las personas con problemas de consumo de alcohol y drogas, en gran medida debido a que los componentes de esta derivan de un proceso de afrontamiento ante circunstancias estresantes; es decir, la persona busca un método para afrontarlas y ante el desconocimiento o la falta de gestión emocional puede iniciar el consumo de alcohol y de drogas ilícitas como respuesta externa de autorregulación, con el fin de aminorar sus estados de ánimo negativos o para provocar estados emocionales placenteros (Neyra-Elguera et al., 2021; Ottone-llo, Fiabane, Pistarini, Spigno y Torselli, 2019; Villarreal-Mata et al., 2022; Zargar et al., 2019).

La evidencia científica reporta que cuando una persona tiene bajo nivel de inteligencia emocional, carece de habilidades y de competencias emocionales, lo cual dificulta que detecte sus emociones o estados de ánimo, lo que incrementa a su vez los problemas intrapersonales y de adaptación. Además, sus capacidades de autocontrol, de regulación y de manejo emocional son deficientes, situación que los conduce a tomar decisiones que afectan de manera negativa su comportamiento y, cuando se encuentra en tratamiento, esa carencia de habilidades puede llevarla a abandonarlo y a caer de forma gradual en el bucle consumo/abstinencia/estímulo/consumo (Villarreal-Mata et al., 2022; Zargar et al., 2019).

Tiene igual importancia otro factor que puede influir en el tratamiento del consumo de alcohol y de drogas, sobre todo contra la adherencia a su uso: la motivación para el cambio. Esta es una dinámica interna que refleja el anhelo del paciente de cubrir una necesidad cuya función esencial es la adaptación y cuya finalidad principal es dirigir el comportamiento a una meta específica; es decir, es un proceso de adaptación que no se puede observar de modo directo, sino que se refleja en el comportamiento (DiClemente y Prochaska, 1982; López-Beltrán, Pedroza-Cabrera, Martínez-Martínez y Roca-Chiapas, 2021a; López-Beltrán, Pedroza-Cabrera, Martínez-Martínez, Roca-Chiapas y Carranza-Jasso, 2021b; Prochaska, 1999).

En el ámbito de las adicciones, la motivación para cambiar es un estado dinámico que se modifica todos los días y coloca a la persona en distintas etapas de un proceso de transformación que depende de su estado actual. Por lo tanto, puede entenderse como un flujo permanente de la conducta el cual puede encauzarse de distintas formas. Puede decirse que la motivación es un proceso adaptativo que no se puede observar de manera directa, sino que debe inferirse a partir del comportamiento, en el que, como parte de la motivación, se encuentra el inicio, la activación y la dirección de la conducta (Cabrera, 2000;

DiClemente y Prochaska, 1982; Krebs, Norcross, Nicholson y Prochaska, 2018; Prochaska, 1999).

DiClemente y Prochaska (1982), en su modelo transteórico del tratamiento de las conductas adictivas, señalan que la motivación para el cambio es un estado dinámico que evoluciona a lo largo de diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización, entre las que se incluye la posibilidad de recaer.

En la etapa de precontemplación, el individuo no acepta la necesidad de cambiar su conducta adictiva, ya que percibe más beneficios que problemas. Durante la contemplación surge la conciencia del problema y la persona comienza a considerar con seriedad la posibilidad de cambiar. Después, en la etapa de acción, se observa que el compromiso es firme y que se dirige hacia el cambio conductual. El individuo invierte bastante tiempo y energía en el curso de la abstinencia y de la reevaluación personal. Por último, en la etapa de mantenimiento se utilizan estrategias para consolidar los cambios y prevenir las recaídas. Nunca se considera que el proceso de cambio ha concluido (Abramonte, 2019; Amores y Corella, 2021; DiClemente y Prochaska, 1982; López-Beltrán et al., 2021b; Prochaska, 1999).

Por otro lado, derivados de los estados de la motivación para cambiar por los que pasa una persona, se hallan los procesos de cambio, que se refieren a todas las actividades que inicia o experimenta una persona y que, en consecuencia, la llevan a un cambio o modificación de sus pensamientos, emociones, sentimientos, conocimientos y, por ende, de sus relaciones interpersonales. DiClemente y Prochaska (1982) identifican diez procesos básicos del cambio de las conductas adictivas. Estos se agrupan en *cognitivos* (aumento de la conciencia, autorreevaluación, reevaluación ambiental, alivio dramático y liberación social) y *conductuales* (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

En los procesos cognitivos relacionados con el cambio aumenta la conciencia cuando la persona con adicciones recaba información sobre sí misma y su problema, observa y confronta su información y la interpreta. Después busca información relacionada con el tema. La autoevaluación es un recorrido mediante el cual la persona evalúa sus sentimientos y sus pensamientos sobre la adicción, clarifica valores y revalora sus experiencias emocionales (DiClemente y Prochaska, 1982).

Durante el desarrollo del proceso se evalúa el ambiente; o sea, el individuo analiza y descubre los diversos factores o estímulos negativos que se hallan en su entorno físico. En cuanto al alivio dramático, es una fase que posibilita expresar emociones y sentimientos, y además se da la oportunidad de encontrar soluciones a los problemas subyacentes. Este paso se conecta de forma directa con el proceso de liberación social, que radica en el incremento de alternativas para actuar de manera saludable y constructiva debido a la disminución de conductas problemáticas en la sociedad. Así, el individuo puede observar el abanico de oportunidades de afrontamiento positivo (DiClemente y Prochaska, 1982).

En cuanto a los procesos conductuales que se asocian con el cambio, el proceso de autoliberación consiste en que la persona elige y se compromete

a actuar, creyendo en su propia capacidad de cambio. No solo cree, sino que, además, toma decisiones con la convicción de que él, como individuo, es quien tiene el poder para cambiar. Las relaciones de ayuda se traducen en la apertura de la persona para recibir apoyo no solo de la pareja o familia, sino también del equipo de salud y de los grupos de autoayuda. El proceso de contracondicionamiento se lleva a cabo cuando la persona con problemas de adicción comienza a buscar o a poner en marcha alternativas para sustituir el consumo; por ejemplo, practicando la relajación, realizando alguna tarea que le ayude a desensibilizarse y que le produzca un estado de ánimo que lo lleve a tener una conducta positiva (DiClemente y Prochaska, 1982).

Otro proceso de cambio relacionado con la conducta es el control de los estímulos. La persona comienza a tener control y evita o limita los estímulos que lo inducen a tener problemas de conducta. Así, podrá llegar al siguiente paso: la reestructuración del propio ambiente, mediante la cual el individuo detecta los lugares, las personas o las circunstancias que pueden detonar la necesidad del consumo; entonces elige evitarlas. El último paso de los diez procesos básicos del cambio de las conductas adictivas es el del manejo de contingencias o autogobierno. Es cuando la persona se vigila a sí misma en cada parte del proceso y tiene control de la contingencia, del reforzamiento encubierto¹ y de los registros, entre otras estrategias que haya desarrollado para continuar y mantener la abstinencia (DiClemente y Prochaska, 1982).

La adicción es un fenómeno complejo y la motivación para cambiar desempeña un papel central en este proceso. La inteligencia emocional, por otro lado, influye en la forma en que las personas manejan las emociones y en la manera en que se relacionan con su entorno. En el tratamiento de la adicción, la motivación para cambiar y la inteligencia emocional se consideran dos factores cruciales, debido a que dicha motivación impulsa a una persona a pasar por las diferentes etapas del cambio, mientras que la inteligencia emocional ayuda a lidiar con las emociones difíciles que surgen durante el proceso de recuperación (Amores y Corella, 2021; Bar-On, 2000; DiClemente y Prochaska, 1982; Garke et al., 2021; Neyra-Elguera et al., 2021; Villarreal-Mata et al., 2022; Zargar et al., 2019).

Las personas con altos niveles de inteligencia emocional tienen mayor capacidad para identificar y regular sus propias emociones, así como para comprender las de los demás, lo cual es muy útil en el tratamiento de la adicción porque, a menudo, el abuso de alcohol y otras drogas se asocia con problemas emocionales subyacentes. Si mejora ese tipo de inteligencia, los individuos pueden enfrentar y manejar de manera más efectiva las emociones negativas, lo cual reduce la probabilidad de recaída en el consumo de alcohol o de drogas (Villarreal-Mata et al., 2022).

No obstante, aunque factores como la inteligencia emocional y la motivación para cambiar de la persona adicta al alcohol o a las drogas ilícitas estén presentes, hay estímulos negativos que afectan a la persona en tratamiento.

1 El reforzamiento encubierto, ya sea positivo o negativo, se produce cuando algún estímulo o consecuencia de algo aumenta la probabilidad de que se repita la conducta que se quiere generar o incrementar, pero en imaginación.

Uno de ellos es el estrés, que suele presentarse antes de consumir, durante el tratamiento y después del tratamiento (Garke et al., 2021; Molina et al., 2020; Obeid et al., 2020). No controlar el estrés puede conducir de nuevo al consumo y a abandonar el tratamiento. Aunque todavía en la actualidad se considera que la recaída es un fracaso del tratamiento, la evidencia actual sugiere que en el tratamiento se deben considerar las recaídas (Beverido, Pavón, Salas y Blázquez, 2021; Cabrera, 2000; Krebs et al., 2018; Villarreal et al., 2022). Si bien deben evitarse, cuando suceden, hay que aprovechar la ocasión para reevaluar y descubrir cuál es el fallo de la estrategia o del tratamiento utilizado.

El estrés surge de la evaluación cognitiva que una persona realiza, tomando en cuenta los aspectos internos, así como los factores del ambiente que puede percibir como una amenaza o desafío para sus recursos personales y su capacidad de afrontamiento. Esta situación se considera desbordante respecto a los recursos con los que cuenta la persona y pone en riesgo su bienestar. En otras palabras, el estrés es un producto de la percepción que el individuo tiene de una situación. Esa evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual una persona valora de manera constante lo que ocurre y lo relaciona con su bienestar y con los recursos personales, económicos o la red de apoyo que tiene a su disposición para responder a la situación. Por lo tanto, el agente estresor no es lo que define el estrés, sino la evaluación que realiza el individuo de la situación estresante (Lazarus y Folkman, 1986; Lluberes y Rosa, 2022).

Las respuestas cognitivas y emocionales que experimenta la persona cuando está frente a una situación estresante, están determinadas por estímulos internos y externos, y el estrés, como estimulación nociva, se relaciona de forma estrecha con la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986; Levenstein et al., 1993), por lo tanto, el estrés se ha vinculado al consumo de alcohol y de drogas ilícitas que las personas utilizan para afrontar eventos estresantes que pueden operar como precursores del consumo o como precipitantes de la recaída (Neyra-Elguera et al., 2021; Obeid et al., 2020; Zargar et al., 2019).

Objetivo

Analizar la relación que tienen la inteligencia emocional, la motivación para el cambio y el estrés con el consumo de alcohol y de drogas en personas en tratamiento ambulatorio contra las adicciones en una región del norte de México.

Metodología

El diseño del estudio es descriptivo correlacional con un muestreo no probabilístico e intencional. La población fue de 62 hombres de entre 18 y 55 años de edad en tratamiento ambulatorio no residencial contra la adicción al alcohol o a las drogas, en una región del norte de México. Los participantes acudían algunas veces a la semana a un centro de rehabilitación cristiano para ser parte

de intervenciones o participar en terapias grupales o individuales para reforzar el avance psicológico y evitar las recaídas. Al finalizar sus consultas, se los invitaba de forma personal a integrarse en la investigación. Se excluyeron todas las personas que llevaban tratamiento en conjunto con psiquiatría y las que no desearon colaborar en el estudio.

Previo a la aplicación de los instrumentos de medición, a los participantes se les explicó el objetivo de la investigación. Después, a quienes aceptaron la invitación, se les solicitó firmar el documento de consentimiento informado y se les proporcionaron los instrumentos correspondientes:

Cédula de datos sociodemográficos: se utilizó para recabar información personal, edad, estado civil, número de hijos, religión, nivel de estudios, meses en tratamiento, número de internamientos y recaídas.

Bar-On (2000) desarrolló el *inventario de cociente emocional (EQ-I Short)* para examinar la forma en que los elementos emocionales y sociales afectan el comportamiento, dependiendo de la percepción que tiene el individuo sobre sí mismo. Son 51 preguntas. Cada una se responde en una escala de cinco puntos que oscila entre “totalmente de acuerdo” hasta “totalmente en desacuerdo”. El inventario se divide en cinco factores generales:

El *intrapersonal* evalúa las competencias, como la autoconciencia emocional, la autoestima, la asertividad, la autoactualización y la independencia (preguntas 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 44, 48 y 50).

El *interpersonal* abarca la empatía, las relaciones interpersonales y la responsabilidad social (preguntas 2, 8, 14, 20, 25, 32, 38, 43, 47 y 51).

La *adaptabilidad* comprende las habilidades relacionadas con la solución de problemas, la verificación de la realidad y la flexibilidad (preguntas 5, 11, 17, 23, 29, 35 y 41).

La *gestión del estrés* incluye la tolerancia a este y el control de impulsos (preguntas 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 45).

El *estado de ánimo* contempla aspectos como la felicidad y el optimismo (preguntas 1, 7, 13, 19, 26, 31, 37, 42, 46 y 49).

El instrumento también incluye una escala para detectar las respuestas positivas falsas y un índice de inconsistencia para evaluar su validez. Se encontró una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.70$) y se validó en español: muestra un coeficiente alfa de Cronbach de 0.93 (López-Zafra, Pulido y Berríos, 2014). Todas las preguntas, excepto las de la escala de impresión positiva, se suman para obtener la puntuación total, que oscila entre 45 y 225. Un puntaje alto se relaciona con una mayor inteligencia emocional.

El inventario de procesos de cambio de Tejero y Trujols (1994) es un cuestionario de autorreporte que consta de 40 preguntas, con cuatro preguntas para cada una de las diez escalas correspondientes a los diez procesos de cambio. Se desarrolló siguiendo las directrices de Prochaska (1999).

Las diez subescalas son 1) incremento de la toma de conciencia: mayor comprensión de los problemas relacionados con el consumo y los beneficios del cambio; 2) autoevaluación: valoración emocional y mental del efecto de la adicción en los valores personales y la identidad, reconociendo la mejora al dejarla; 3) evaluación del entorno: evaluación de las relaciones interpersonales

y el reconocimiento de las mejoras potenciales al cesar la adicción; 4) efecto emocional: experimentación y expresión de las emociones relacionadas con los aspectos negativos de la adicción; 5) autonomía: el compromiso personal y la capacidad de decisión basada en la creencia en el cambio y en el desarrollo de habilidades; 6) integración social: la capacidad de decisión aumentada por la conciencia social y el apoyo familiar y social para cambiar la adicción; 7) gestión de contingencias: estrategia para favorecer las conductas asociadas con el cambio mediante el refuerzo propio o externo; 8) apoyo social: uso del apoyo familiar y de amigos para facilitar el cambio; 9) contracondicionamiento: cambio de respuesta a los estímulos asociados con la adicción mediante conductas alternativas; 10) control de situaciones: evitar situaciones de alto riesgo para el consumo.

Se completa el cuestionario utilizando una escala tipo Likert de cuatro puntos para medir la frecuencia con la que se emplean las estrategias cognitivo-conductuales con una puntuación máxima en cada proceso de doce. Se evaluó su estructura factorial, su consistencia interna y la capacidad discriminativa en la validación al español con puntuaciones satisfactorias y una consistencia interna de 0.87 (Santos, González, Fons, Forcada y Zamorano, 2001; Tejero y Trujols, 1994).

La escala de estrés percibido (EEP), que desarrollaron Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983), evalúa el grado de estrés emocional asociado con los eventos de la vida que son estresantes, impredecibles o incontrolables. Consiste en 14 preguntas con una escala tipo Likert de cinco puntos, que van desde “nunca” hasta “muy frecuentemente”, con una puntuación total que oscila entre 14 y 56. Las preguntas 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 se relacionan con la percepción del estrés, mientras que las preguntas 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 abordan las estrategias de afrontamiento del estrés percibido. Las respuestas a estas últimas preguntas se invierten para calcular la puntuación total, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de estrés percibido. González y Landero (2007) validaron la EEP en México y reportaron una consistencia interna aceptable con un alpha de Cronbach de 0.79.

El cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), desarrollado y validado por De la Fuente y Kershenovich (1992), para su uso en la población mexicana. El instrumento evalúa los patrones de consumo de alcohol en los últimos doce meses antes de la encuesta y consta de diez preguntas. Desde la primera hasta la tercera se indaga en la cantidad y la frecuencia de consumo para determinar un patrón considerado sensato (sin riesgo). De la cuarta a la sexta se evalúa el consumo dependiente (de riesgo). De la séptima a la décima se explora el consumo dañino (perjudicial). Los puntajes que se obtienen pueden variar en un rango de cero a cuarenta puntos. La puntuación de uno a tres se considera consumo sensato; de cuatro a siete, dependiente; de ocho o más puntos, dañino y, según las pautas de la Organización Panamericana de la Salud (2001), los puntajes por encima de 19 indican la posible presencia de dependencia al alcohol. Los autores informaron una sensibilidad de 80% y una especificidad de 95% para este instrumento. Los estudios de González et al. (2019) y López y Morales (2017) han aplicado este cuestiona-

rio en la población mexicana, y muestra una consistencia interna aceptable con coeficientes alfa de Cronbach que van de 0.83 a 0.87.

La prueba de detección de abuso de drogas, la Drug Abuse Screening Test (DAST-10), fue desarrollada por Bedregal, Sobell, Sobell y Simco (2006). Es un cuestionario breve compuesto por diez preguntas y se diseñó para detectar el abuso de sustancias ilegales. Su objetivo es identificar la adicción a las drogas y evaluar la necesidad de un tratamiento. Esta prueba se validó para el idioma español y para la cultura mexicana. Su alpha de Cronbach es de 0.89 (Pérez-Gálvez, García-Fernández, Vicente-Manzanaro, Oliveras-Valenzuela y Lahoz-Lafuente, 2010).

La prueba se concentra en el consumo de marihuana, tranquilizantes, benzodiacepinas, cocaína, anfetaminas, opiáceos, heroína, morfina, metadona y alucinógenos, y excluye el alcohol. La puntuación que se obtuvo en el DAST-10 indica la severidad del abuso de drogas y orienta sobre las acciones que hay que realizar: la puntuación de cero indica la ausencia de problemas significativos y no requiere intervención; de 1 a 2 sugiere un nivel bajo de consumo y se aconseja monitorizar y reevaluar el consumo en el futuro. La puntuación de 3 a 5 señala un nivel moderado de consumo, y se recomienda considerar los factores asociados al consumo; de 6 a 8 indica el consumo problemático y se sugiere una evaluación más profunda. Por último, las puntuaciones de 9 y 10 reflejan un consumo severo y se recomienda una evaluación intensiva para determinar el tratamiento adecuado.

Una vez lograda la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del Centro de Rehabilitación en la región norte de México, se explicó a los directivos el propósito de la investigación y se aclaró cualquier duda acerca de la investigación. También se solicitó la autorización por escrito de los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión mediante el consentimiento informado. Se pone el énfasis en las consideraciones éticas acerca del anonimato y la confidencialidad en el momento de aceptar ser parte del estudio.

Después de que los participantes asistieron a sus consultas del tratamiento ambulatorio en el que estaban inscritos, se les invitó a participar en la investigación. Se les explicó con detalle el objetivo y se resolvieron sus dudas. Si aceptaba participar, la persona firmaba el consentimiento informado. Después se le entregó a cada uno un sobre con los instrumentos impresos y se les informó que tenían dos horas para responderlos de forma anónima. Si alguno se sentía agotado, podía hacer una pausa de quince minutos, para luego continuar. Al terminar de responder los instrumentos, cada participante los entregó, se agradeció su participación y se reiteró la confidencialidad y la privacidad de la información vertida.

Este estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), mediante la cual se protegieron el anonimato y la confidencialidad de los participantes. Para cumplir con el objetivo del presente estudio, se empleó la estadística descriptiva y la prueba de correlación de Spearman, debido a que los datos no se ajustaban a una distribución normal.

Resultados

La edad promedio de los participantes fue de 25 años ($DE = 8.93$), solteros (50%), en unión libre (22.6%), con nivel de preparatoria (40.3%) y secundaria (37.1%), cristianos² (77.4%) y con más de tres meses en tratamiento ambulatorio (62.9%). Las principales sustancias por las que solicitaron tratamiento fueron el alcohol (25.8%) y el policonsumo de drogas (41.7%), seguido de la metanfetamina o cristal (21.9%) y la marihuana (10.6%).

En cuanto al consumo de alcohol, más de 59% de ellos comenzaron la ingesta entre los 13 y los 16 años, al igual que el consumo de drogas (66.1%). Respecto a las prevalencias, 35.5% presentó consumo problemático de alcohol y 74.2% consumo perjudicial de drogas.

En cuanto a las variables, los participantes dijeron tener una difícil expresión emocional (45.2%), poco reconocimiento de las emociones de otros (43.6%), sensación de pérdida de control (51.6%), dificultad para expresar ideas (51.7%), falta de confianza en sí mismos (56.1%), pesimismo (48.4%), dificultad para reconocer las emociones propias (43.5%), impulsividad (66.2%) y sentirse incomprendidos (46.8%). El nivel de inteligencia emocional fue bajo ($\bar{X} = 39.2$, $DE = 6.57$), y los componentes más altos de inteligencia emocional fueron el intrapersonal ($\bar{X} = 103.5$, $DE = 17.1$), interpersonal ($\bar{X} = 59.1$, $DE = 9.90$), adaptabilidad ($\bar{X} = 70.4$, $DE = 9.92$). Por otra parte, los factores de inteligencia emocional más bajas fueron el manejo del estrés ($\bar{X} = 49.9$, $DE = 8.75$) y estado de ánimo en general ($\bar{X} = 46.3$, $DE = 9.89$).

En lo que respecta a la motivación para cambiar, los procesos de cambio más altos de los participantes fueron la reevaluación ambiental ($\bar{X} = 9.84$, $DE = 2.34$), el autogobierno ($\bar{X} = 8.39$, $DE = 2.28$), la autoliberación ($\bar{X} = 8.05$, $DE = 2.41$), la autoevaluación ($\bar{X} = 8.00$, $DE = 2.44$), las relaciones de ayuda ($\bar{X} = 8.00$, $DE = 2.82$), el relieve dramático ($\bar{X} = 7.39$, $DE = 2.62$) y la liberación social ($\bar{X} = 6.23$, $DE = 2.43$). Los más bajos fueron el contracondicionamiento ($\bar{X} = 5.53$, $DE = 2.54$), el control de estímulos ($\bar{X} = 5.74$, $DE = 2.75$) y el aumento de la conciencia ($\bar{X} = 56.79$, $DE = 2.52$). En general, la motivación para cambiar tuvo nivel medio ($\bar{X} = 73.9$, $DE = 15.8$).

En términos generales, el estrés fue alto ($\bar{X} = 70.6$, $DE = 11.2$). Los participantes se sentían cansados (87.1%), con cargas o tareas excesivas (74.2%), solos o aislados (74.3%), con sentimientos de no alcanzar sus objetivos (56.4%), con demasiadas decisiones que tomar (53.2%), tensos (40.3%), con muchos problemas pendientes (48.4%), estar bajo presión (27.4%), sentirse juzgados o criticados (54.8%) y con dificultad para relajarse (51.6%).

El consumo de alcohol tuvo nivel alto ($\bar{X} = 17.9$, $DE = 10.5$), y más de la mitad de los participantes lo tomaban entre dos y más de cuatro veces a la semana (53.2%), de 5 a 9 bebidas por episodio de consumo (35.5%), a la semana o a diario (58.1%), no podía parar de beber una vez iniciada la ingesta (48.4%),

2 El centro de rehabilitación profesa la religión cristiana y también recibe pacientes de cualquier ideología. Para este estudio no se consideró esta variable.

sentía culpa (38.7%), hubo pérdida de memoria (46.8%), su familia se preocupaba por su forma de beber (38.7%).

El consumo de drogas también mostró un nivel alto ($\bar{X} = 17.8$, $DE = 1.75$), y más de 82.3% ha utilizado más de una droga a la vez. No puede parar cuando comienza a consumirla (54.8%), perdió el conocimiento o la memoria (75.8%), tiene sentimiento de culpa (95.2%), sus familiares se han quejado respecto a su consumo (91.9%), ha tenido problemas legales (79.1%), ha experimentado síndrome de abstinencia (74.8%) y ha tenido problemas médicos, como convulsiones o hemorragias (61.3%).

La relación de las variables se muestra en la tabla 1. Se encontró que la inteligencia emocional se correlaciona de forma positiva con la motivación para el cambio ($r_s = 0.290$, $p < 0.05$), mientras que el estrés se correlacionó de forma negativa y significativa con la inteligencia emocional ($r_s = -0.325$, $p < 0.05$) y la motivación para el cambio ($r_s = -0.294$, $p < 0.05$). El consumo de alcohol se relacionó de manera negativa y significativa con la inteligencia emocional ($r_s = -0.272$, $p < 0.05$). El consumo de drogas se asoció negativa y significativamente con la inteligencia emocional ($r_s = -0.383$, $p < 0.01$) y con la motivación para cambiar ($r_s = -0.308$, $p < 0.05$).

Tabla 1. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables de estudio

VARIABLES	1	2	3	4	5
1. Inteligencia emocional					
2. Motivación para el cambio	0.290*				
3. Estrés percibido	-0.325*	-0.294*			
4. AUDIT	-0.272*	0.193	0.133		
5. DAST-10	-0.383*	-0.308*	0.218	0.328**	

Nota: $n = 62$, (*) = la correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia con base en el estudio.

Discusión

Se presenta evidencia de la relación entre la inteligencia emocional, la motivación para el cambio y el estrés en las personas en tratamiento ambulatorio por consumo de alcohol y de drogas. Acerca de los datos sociodemográficos, el total de los participantes fueron hombres, con una edad promedio de 25 años. Predominan los solteros. La mayoría tiene estudios de preparatoria, son de religión cristiana y tienen más de tres meses en tratamiento ambulatorio. Estas circunstancias son parcialmente similares en cuanto al género y el estado civil con los estudios de Abramonte (2019) y López-Beltrán et al. (2021b), quienes reportan que la mayoría son hombres solteros, pero difieren con la edad y el

nivel educativo, debido a que los estudios de Abramonte (2019) y López-Beltrán et al. (2021b) reportan una edad promedio de 30 años y un nivel de estudios de secundaria. Por otro lado, Crouch, DiClemente y Pitts (2015), Garke et al. (2021) y Obeid et al. (2020) reportan una mayoría de hombres hispanos, blancos, casados, con empleo, cuya edad promedio es de 40 años, con estudios de preparatoria o universitarios. Pero, además, incluyeron mujeres.

En relación con las sustancias por las que los participantes solicitaron tratamiento, la mayoría dijo ser policonsumidores: alcohol, metanfetamina y marihuana. Estas son condiciones parcialmente similares a las que reporta Abramonte (2019), quien estudió alcohol, marihuana y cocaína. Crouch et al. (2015) y Obeid et al. (2020) reportan solo alcohol; López-Beltrán et al. (2021b) reportan alcohol y drogas en general, y Garke et al. (2021), alcohol y cocaína como las sustancias más usadas. La información descrita puede explicarse debido a que el consumo de alcohol y de drogas sigue extendiéndose; además porque los tratamientos preventivos se concentran sobre todo en jóvenes, y los adultos son quienes tienden al consumo dependiente. Por otra parte, la metanfetamina y las drogas de reciente aparición son adictivas en grado sumo y tienen pocas probabilidades de tratamiento exitoso (UNODC, 2023).

La edad en la que se inicia el consumo de alcohol y de drogas es de entre 13 y 16 años. Al comenzar el tratamiento, la tercera parte de los participantes consumían alcohol de forma problemática y tres cuartas partes, drogas de forma perjudicial. Aunque no todos los autores consignan la edad en la que empieza el consumo, es importante incluirla porque proporciona información sobre el tiempo que la persona lleva intentando abandonar la adicción. También posibilita desarrollar programas para ese grupo específico de edad.

Respecto a la inteligencia emocional de los participantes, esta fue baja, pero algunos de los componentes mostraron puntuaciones altas, como el factor interpersonal, el factor intrapersonal y el factor de adaptabilidad, mientras que el manejo del estrés y el estado de ánimo en general fueron los más bajos, lo cual concuerda con la evidencia científica (Garke et al., 2021; Neyra-Elguera et al., 2021; Obeid et al., 2020). En el presente estudio la difícil regulación de las emociones o la inhabilidad para gestionarlas pueden explicarse debido a que los participantes no tenían más de tres meses de tratamiento y, aunque ya habían pasado el periodo de desintoxicación, realizar procesos cognitivos sin la sustancia les producía a la vez culpa, como consecuencia de su consumo problemático, y esperanza de que querían y podían cambiar, sentimientos encontrados que los llevaban a un probable conflicto emocional.

La motivación para cambiar de los participantes masculinos se encontraba entre la precontemplación y contemplación, fases en las que se ubican los procesos de cambio, como la reevaluación mental, el autogobierno, la autoliberación y las relaciones de ayuda, los cuales resultaron tener un nivel medio alto. Los procesos de cambio relacionados con el relieve dramático, la liberación social y el aumento de conciencia, tuvieron un nivel medio. Los más bajos fueron el contracondicionamiento y el control de estímulos. Ambos corresponden a la etapa de la acción y mantenimiento. Los resultados de esta investigación son diferentes de los que han reportado Crouch et al. (2015) debido a que los

participantes en el estudio de los autores mencionados estaban en la etapa de acción. Además, realizaron una intervención que demostró cambios significativos en aspectos cognitivos y conductuales, que no se mostraron de inmediato, sino entre los 6 y los 12 meses después de la intervención.

López-Beltrán et al. (2021b) realizaron una intervención de motivación en personas con problemas de consumo, y la extendieron a la familia. Reportan que los participantes se encontraban en la etapa de contemplación y, después de la intervención, todos pasaron a la acción. Así, se demuestra que, al aumentar el nivel de motivación para cambiar, aumentan las acciones de una persona para lograrlo.

Por otro lado, Abramonte (2019), así como Amores y Corella (2021), reportan que la mayoría de los pacientes que estudiaron estaban en la fase de contemplación y que las personas que estaban más motivadas a cambiar y habían pasado a la acción, tenían menos probabilidades de recaer o abandonar el tratamiento.

Los participantes de esta investigación reportaron un nivel de estrés alto. Insistieron en sentirse cansados, solos, aislados, presionados, con muchas decisiones por tomar y juzgados, resultado similar a Garke et al. (2021) y a Obeid et al. (2020). Ambos manifiestan que mientras más estresados están los participantes, menos capacidad de regulación emocional tienen y con más facilidad recurren al consumo para evadir esas emociones o estrés. El hecho de que una persona no cuente con herramientas que le permitan afrontar situaciones o experiencias estresantes, la impulsan a tener conductas de riesgo, como el consumo de alcohol y de drogas, que suele comenzar por la necesidad de sentirse mejor y que termina convirtiéndose en una dependencia que la lleva a niveles de estrés aún más altos que se suman a los niveles de estrés que aparecen cuando logra la sobriedad y toma conciencia de las consecuencias del consumo.

En lo que respecta al objetivo del presente estudio, se encontró que hay una relación positiva entre la inteligencia emocional y la motivación para cambiar; es decir, entre más control y regulación emocional manifestaron los participantes, más motivados estaban para realizar un cambio en su vida. En contraposición, mientras más estresados se sentían, menos lograban controlar sus emociones y menos motivados se sentían. Los resultados anteriores se vinculan con lo que Abramonte (2019), Amores y Corella (2021), Crouch et al. (2015) y López-Beltrán et al. (2021b) han propuesto: mientras más motivación tenga una persona, más pronto comenzará a pasar por las diferentes etapas de cambio. Lo que lo llevará de precontemplar el cambio a contemplar y realizar acciones, o lograr pequeños cambios cognitivos y conductuales que lo conducirán de forma gradual a la etapa de mantenimiento de la abstinencia. Aunque hay riesgo de una recaída, el individuo cuenta ya con las herramientas que lo ayudarán a no caer de nuevo en el bucle consumo/abstinencia/estímulo/consumo (Villarreal-Mata et al., 2022).

A medida que se amplía el estudio de los factores que influyen en el consumo de alcohol y de drogas, el aspecto emocional cobra importancia en aras de que la persona logre controlar el estrés y las emociones que este produce; también da oportunidad al individuo de elegir métodos de afrontamiento positivos,

como la actividad física, la atención plena, pertenecer a grupos de apoyo y la capacidad de solicitar de manera voluntaria ayuda profesional médica y psicológica cuando se sienta rebasado por las circunstancias que vive. La variable de motivación para el cambio puede fungir como el objetivo de las intervenciones enfocadas en la etapa del proceso de cambio en el que se encuentre la persona y coadyuvar a la motivación, con el fin de que entre mayor sea su avance en el tratamiento, mayor será el progreso en su proceso de cambio cognitivo y conductual.

Por último, aunque el presente estudio proporciona hallazgos que sirven de base para el desarrollo de futuras intervenciones en el tratamiento de la adicción al alcohol y a las drogas, se recomienda tener presentes sus limitaciones: la muestra no incluye mujeres, porque en el momento del estudio las personas en tratamiento eran solo hombres. Se sugiere continuar estudiándolos para saber qué factores los inducen a que sean ellos quienes más solicitan tratamiento. Otra limitación que hay que señalar es la ausencia de factores ambientales, como la dinámica familiar y la influencia de los compañeros, que podrían proporcionar una mejor comprensión de los determinantes de la motivación para cambiar los patrones de consumo. Por lo tanto, se recomienda incorporar en futuras investigaciones componentes cualitativos y otros diseños de estudio que permitan examinar la evolución de las variables a lo largo del tiempo.

Conclusiones

La inteligencia emocional y la motivación para cambiar tienen una relación positiva y significativa. Esas mismas variables se asocian de forma negativa y significativa con el estrés.

Las variables que se estudiaron deben estar consideradas en el tratamiento ambulatorio contra la adicción al alcohol y a las drogas ilícitas, porque pueden coadyuvar a disminuir el estrés y, en consecuencia, ayudar a tomar decisiones de afrontamiento contra dicha dependencia.

Si bien hay múltiples tratamientos, siempre dependerá de la persona elegir el que mejor se adapte a ella para lograr su propósito de abstinencia. Se sugiere a la comunidad científica continuar estudiando los factores que influyen en el consumo de alcohol y de drogas para enriquecer el tratamiento contra la dependencia de ambos.

Referencias

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma del Perú. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. Recuperada de <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/843>
- Amores, G. A. V., y Corella, S. (2021). *La relación terapéutica en la renuncia al consumo problemático de drogas, vista desde las etapas motivacionales del cambio*. Ecuador: Instituto de Altos Estudios Nacionales, Universidad de Posgrado del Estado. Recuperado de <https://repositorio.iaen.edu.ec/bitstream/handle/24000/6231/TESIS%20FINAL-signed-signed.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. En J. D. A. Parker (ed.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-390). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bedregal, L., Sobell, L., Sobell, M., y Simco, M. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31(9), 309-319. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.012>
- Beverido, S. P., Pavón, P., Salas, B., y Blázquez, S. L. (2021). Resultados de un curso-taller sobre prevención de recaídas en un centro de rehabilitación de adicciones. *Know and Share Psychology*, 2(3), 19-32. doi: <https://doi.org/10.25115/kasp.v2i3.5308>
- Cabrera, G. A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/120/12018210.pdf>
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-96. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1984-24885-001>
- Crouch, T. B., DiClemente, C. C., y Pitts, S. C. (2015). End-of-treatment abstinence self-efficacy, behavioral processes of change, and posttreatment drinking outcomes in Project MATCH. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 706-715. doi: <https://doi.org/10.1037/adb0000086>
- DiClemente, C. C., y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive behaviors*, 7(2), 133-142. doi: [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)
- Fuente, J. R. de la, y Kershenovich, D. (1992). I. El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51. Recuperado de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/view/74093>
- Garke, M. A., Isacson, N. H., Sörman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K. L., Berghoff, C. R., Sinha, R., Tull, M. T., y Jayaram-Lindström, N. (2021). Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Research*, 296(113662). doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113662>
- González M., y Landero R. (2007). Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample of México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. doi: <https://doi.org/10.1017/s1138741600006466>

- González, A. P., Telumbre T. J. Y., López, C. M. A., Camacho, M. J. U., Ulloa, M. J. J., y Salazar, M. J. (2019). Percepción de riesgo y consumo de alcohol y/o tabaco en estudiantes universitarios de ciencias de la salud. *Nure Investigación*, 15(97). Recuperado de <https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1417>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, y Secretaría de Salud (INPRFM, INSP, CNA y SSA). (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Ciudad de México: INPRFM. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1zIPBiYB3625GBGIW-5BX0TT_YQN73eWhR/view
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M., y Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1964-1979. doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., y Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(1), 19-32. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Llubes, N., y Rosa, N. (2022). *Relación entre estrés, depresión y consumo de alcohol en jóvenes adultos* (Tesis doctoral). Santo Domingo, República Dominicana: Universidad Iberoamericana (UNIBE). Recuperado de https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1082/2/18-0897_TF.pdf
- López, V. J. A., y Morales, C. F. C. (2017). Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios de enfermería de una institución pública del estado de Puebla, México. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud UDES*, 5(1), 8-13. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/329806740_Consumo_de_tabaco_y_alcohol_en_estudiantes_universitarios_de_enfermeria_de_una_institucion_publica_del_estado_de_Puebla_Mexico
- López-Beltrán, I., Pedroza-Cabrera, F. J., Martínez-Martínez, K. I., y de la Roca-Chiapas, J. M. (2021a). Abuso de alcohol y funcionamiento familiar en el modelo transteórico y motivacional. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 7. doi: <https://doi.org/10.33064/ippd72739>
- López-Beltrán, I., Pedroza-Cabrera, F. J., Martínez-Martínez, K. I., de la Roca-Chiapas, J. M., y Carranza-Jasso, R. (2021b). Individual and family motivational intervention for treatment of alcohol abuse. *Gaceta Médica de Caracas*, 129(15), S115-S127. Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/22281
- López-Zafra, E., Pulido, M., y Berríos, P. (2014). EQ-I versión corta (EQI-C): adaptación y validación al español del EQ-I en universitarios. *Boletín de Psicología*, 110, 21-36. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4638071>

- Molina, D. Y. P., Mazo, D. P. T., y Chacón, J. V. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis*, 39, 53-74. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139962>
- Neyra-Elguera, R. A., Cano-Dávila, M., y Taype-Huarca, L. A. (2021). Resiliencia e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con trastorno por consumo de sustancias. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(4), 236-242. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i4.3889>
- Obeid, S., Akel, M., Haddad, C., Fares, K., Sacre, H., Salameh, P., y Hallit, S. (2020). Factors associated with alcohol use disorder: The role of depression, anxiety, stress, alexithymia and work fatigue- a population study in Lebanon. *BMC Public Health*, 20(245). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8345-1>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). *Informe mundial sobre las drogas 2023*. Recuperado de https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_Spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Alcohol*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Pautas para su utilización en atención primaria*. World Health Organization. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331321/WHO-MSD-MSB-01.6a-spa.pdf>
- Otonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., y Torselli, E. (2019). Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: Correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2917-2925. doi: <https://doi.org/10.2147/NDT.S214268>
- Pérez-Gálvez, B., García-Fernández, L., Vicente-Manzanaro, M. P., Oliveras-Vallenzuela, M. A., y Lahoz-Lafuente, M. (2010). Validación Española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 Y DAST-10). *Salud y Drogas*, 10(1), 35-50. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83915075002.pdf>
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? En M. A. Hubble, B. L. Duncan y S. D. Miller (eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 227-255). American Psychological Association. doi: <https://doi.org/10.1037/11132-007>
- Santos, P., González, G., Fons, M., Forcada, R., y Zamorano, C. (2001). Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 13(2), 147-152. doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.574>
- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992. Recuperado de <https://www.medicineonline.es/es-trastorno-por-consumo-sustancias-articulo-S0304541219302148>
- Secretaría de Salud (SSA). (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Última reforma publicada (DOF-02-04-2014). México. Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

- Tejero, A., y Trujols, J. (1994). El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J. L. Graña (ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 1-43). Madrid: Debate.
- Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I. P., Alonso Castillo, M. M., Guzmán Facundo, F. R., López García, K. S., y Bresó Esteve, E. (2022). Inteligencia emocional como mediador del craving y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol. *Salud Uninorte*, 38(03), 729-741. doi: <https://doi.org/10.14482/sun.38.3.152.4>
- Zargar, F., Bagheri, N., Tarrahi, M. J., y Salehi, M. (2019). Effectiveness of emotion regulation group therapy on craving, emotion problems, and marital satisfaction in patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(4), 283. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007510/>