

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA**

**INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNO POR  
CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PERSONAS EN REMISIÓN.**

**AUTORA:**

**MARÍA LAURA RÍOS MATUTE**

**DIRECTORA:**

**MG. MARÍA CECILIA SALAZAR ICAZA**

**CUENCA – ECUADOR**

**2019**

## **DEDICATORIA**

*El presente trabajo lo dedico primeramente a Dios, por haberme dado la vida y por permitirme haber llegado a esta hermosa etapa de mi vida profesional.*

*A mi madre, que aunque por circunstancias de la vida, no ha estado totalmente presente en este proceso, pese a ello, ha sido el pilar fundamental y la razón por la que hoy estoy aquí, por haberme brindado su apoyo incondicional, su amor y su cariño. A mi hermano, quien ha sabido guiarme cuando me he equivocado, por haberme enseñado que ante todo la humildad, la educación y el respeto es lo que más importa en esta vida.*

*Asimismo, quiero dedicar este trabajo a cada una de las personas que luchan contra sus miedos y guerras personales, quienes día a día ponen un granito de arena para salir adelante.*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradezco a Dios por haberme brindado salud y fuerza para culminar con este proceso que a su vez conllevó lágrimas y sacrificios. Sin duda alguna este proyecto de investigación no hubiese sido posible sin la ayuda de todas las personas que se cruzaron en mi vida estudiantil, por saber guiarme en los momentos más oscuros.*

*A mi madre y hermano, que gracias a su apoyo desinteresado he logrado todo lo que me he propuesto, por ser mis mentores y por haberme enseñado que jamás hay que rendirse.*

*Quiero agradecer a mi tutora de tesis, que con su paciencia y sabiduría ha sabido guiarme de la mejor manera.*

*Por otra parte, agradezco infinitamente a CETAD y al grupo “Camino de paz”, prestigiosas instituciones del cantón Gualaceo, personas carismáticas y bondadosas, quienes me permitieron realizar este trabajo investigativo dentro de sus instalaciones.*

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión del cantón Gualaceo, mediante el Inventario de Inteligencia Emocional Bar-On. Al analizar los resultados, se observó que las personas en remisión presentaron mayores niveles de inteligencia emocional; predominando el componente de ánimo general, intrapersonal y el componente de manejo de estrés. Es menester indicar que esta investigación fue realizada con el propósito de dar paso a futuras investigaciones relacionadas al tema y de ser posibles tratamientos que aborden la inteligencia emocional.

**Palabras clave:** Consumo de sustancias, Inteligencia Emocional, Tratamientos, Drogodependencias.

## ABSTRACT

This research aimed at comparing the emotional intelligence levels of people with substance use disorders and people in remission in Gualaceo. The study used The Bar-On Emotional Quotient Inventory. When the results were analyzed, it was found that people in remission had higher levels of emotional intelligence. The predominant components were general mood, intrapersonal and stress management. It is necessary to indicate that this research was carried out with the purpose of marking paths to future research related to the subject and if possible, treatments to address emotional intelligence.

**Key words:** Substance use, Emotional Intelligence, Treatments, Drug dependencies.

Translate by

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Hlapeli Aitega".A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Laura Rios Matute".

Maria Laura Rios Matute

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>Capítulo 1</b> .....	2
<b>1. Drogodependencia</b> .....	2
<b>1.1 ¿Qué es la drogodependencia?</b> .....	2
<b>1.2 La drogodependencia en el Ecuador</b> .....	5
<b>1.3 Teorías que hablan sobre dependencia de sustancias</b> .....	7
<b>1.4 Tratamientos enfocados a la drogodependencia</b> .....	11
<b>1.5 Alcohólicos y Narcóticos anónimos</b> .....	12
<b>1.6 Repercusiones y consecuencias de las drogodependencias</b> .....	14
<b>1.7 Investigaciones sobre dependencia de sustancias y su relación con las emociones</b> .....	16
<b>Capítulo 2</b> .....	18
<b>2. Inteligencia emocional</b> .....	18
<b>2.1 ¿Qué es la inteligencia emocional?</b> .....	18
<b>2.2 Orígenes de la inteligencia emocional</b> .....	20
<b>2.3 Modelos fundamentales enfocados a la inteligencia emocional</b> .....	22
<b>2.4 Elementos de la inteligencia emocional</b> .....	23
<b>2.5 Estudios realizados sobre inteligencia emocional y drogodependencias</b> .....	24
<b>Capítulo 3</b> .....	26
<b>3. Diseño metodológico</b> .....	26
<b>3.1 Objetivos</b> .....	26
<b>3.2 Participantes</b> .....	27
<b>3.3 Instrumentos</b> .....	28
<b>3.4 Procedimiento</b> .....	30
<b>Capítulo 4</b> .....	31

<b>4. Procesamiento de los resultados</b> .....	31
<b>4.1 Análisis de los resultados</b> .....	31
<b>4.2 Discusión</b> .....	43
<b>5. CONCLUSIONES</b> .....	46
<b>6. RECOMENDACIONES</b> .....	47
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	48
<b>8. ANEXOS</b> .....	56
<b>ANEXO 1: Consentimiento informado</b> .....	56
<b>ANEXO 2: Ficha sociodemográfica</b> .....	60
<b>ANEXO 3: Inventario de inteligencia emocional de Bar-On</b> .....	68
<b>ANEXO 4: Prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (Assist)</b> .....	73
<b>ANEXO 5: Minimental</b> .....	78
<b>ANEXO 6: Socialización de resultados</b> .....	79

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Característica de los participantes .....	32
Tabla 2: Característica de consumo e internamiento .....	33
Tabla 3: Inteligencia emocional según centro .....	34
Tabla 4: Inteligencia emocional según estado civil .....	37
Tabla 5: Inteligencia emocional según características de convivencia .....	38
Tabla 6: Inteligencia emocional según estado de pareja .....	38
Tabla 7: Inteligencia emocional según estilo de vida .....	39
Tabla 8: Estado civil según características de consumo .....	40
Tabla 9: Inteligencia emocional según tiempo de consumo.....	40
Tabla 10: Correlaciones entre inteligencia emocional y características de los participantes.....	41

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Niveles de inteligencia emocional en pacientes con trastorno de consumo .....	35
Ilustración 2: Niveles de inteligencia emocional en pacientes en remisión .....	35
Ilustración 3: Análisis de los niveles de inteligencia emocional .....	36

## INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, actualmente se ha convertido en una situación crítica y preocupante, puesto que los índices de consumo cada vez son más altos, no obstante, al referirme a las drogodependencias como un problema crítico, aludo al hecho de que además de las serias consecuencias producidas a nivel biológico; el abuso y dependencia afectan a las relaciones familiares, sociales, laborales, y sobre todo perjudican a la parte emocional de la persona consumidora.

Así pues, la iniciativa de este estudio investigativo emerge al evidenciar que el uso indiscriminado de drogas surge como un intento de huida a las tensiones emocionales, convirtiendo al sujeto en un títere, a tal punto de realizar conductas inapropiadas con el fin de seguir consumiendo.

Además de ello, las tasas de recaídas son considerablemente elevadas, convirtiéndose así en un grupo vulnerable, de manera que, esta problemática se ha venido estudiando a lo largo de varios años, concluyendo la presencia de varios factores inmiscuidos en este fenómeno, sin embargo el estudio de la inteligencia emocional en este apartado es considerado relativamente nuevo, por ende se ha pretendido realizar un análisis de este factor con la finalidad de establecer posibles soluciones y nuevos tratamientos al comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión, mediante el Inventario de Inteligencia Emocional de Bar-On.

En los siguientes párrafos se hablará de forma general sobre el consumo de drogas, la influencia de la inteligencia emocional en este campo, así como también los resultados de la aplicación del inventario mencionado anteriormente

## Capítulo 1

### 1. Drogodependencia

Es común, a la hora de encontrarnos frente a un caso de trastorno por consumo de sustancias, escuchar ciertas frases que los consumidores expresan en su diario vivir: “no puedo dejar de consumir”, “siento que necesito la droga para sentirme completo”, “lo he perdido todo, sin embargo, el deseo de consumir sigue siendo fuerte”.

Ahora bien, nos preguntamos ¿por qué una persona es más vulnerable que otra? O ¿por qué existen recaídas? Entonces, para poder responder a estas preguntas, se debe realizar una extensa revisión de la literatura; es necesario indicar que a lo largo de este primer capítulo se abordarán conceptos generales sobre las drogodependencias, así como también sus principales teorías y tratamientos, se describirán las posibles consecuencias del consumo de alcohol y otras drogas, al igual que datos estadísticos de dicho consumo en nuestro país, pues la intención es generar en el lector un mapa general sobre esta problemática que día a día va fomentando preocupación en la sociedad.

#### 1.1 ¿Qué es la drogodependencia?

Gran parte de la población mundial ha querido ver en el consumo de drogas, una salida a la serie de situaciones que se presentan en la vida cotidiana, sin percibir las consecuencias devastadoras que acarrea dicha actividad, no obstante, es importante mencionar que el uso de algunas drogas no es nada novedoso en la historia (Berruecos, 2010), pues estas están relacionadas con la historia del hombre: fumar cigarrillos, beber alcohol, mascar hojas de coca, esnifar preparados psicoactivos, fumar marihuana, utilizar el opio para el dolor, etc. (Becoña & Cortés, 2010).

Para entender el complejo fenómeno de dependencia a sustancias, es necesario citar varios conceptos; por una parte se debe hablar de la palabra droga, conceptualizándose como *toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas* (Roa, 2019).

Después de lo cual, es menester diferenciar entre uso, abuso y dependencia de sustancias. En primera instancia, el uso de una droga hace referencia a *aquella relación con las drogas en la que su escasa cantidad, la baja frecuencia y por la propia situación física, psíquica, y social del sujeto, no se produce consecuencias negativas sobre el consumidor ni sobre su entorno* (Madrid Salud , 2016).

De igual forma, existe un abuso de drogas, determinado por aquel patrón de uso de sustancias, el mismo que lleva a problemas graves o angustiantes para la persona que las consume, esto es, el individuo expone su salud ante situaciones peligrosas (accidentes automovilísticos), además deja de hacer lo que comúnmente realizaba (ausencias escolares o laborales), así como también problemas legales relacionados con las drogas o el uso continuo de una sustancia que interfiere con las relaciones interpersonales (Stanford Children´s Health, 2019).

Por otro lado, la dependencia, alude al hecho de colocar a la sustancia como un objeto principal en la vida del consumidor, existiendo así pérdida de valores y un desinterés total por situaciones que generan placer; por consiguiente la droga genera serios conflictos en áreas importantes del desarrollo del individuo (personal, familiar, social, laboral y espiritual); además de originar consecuencias orgánicas y neurobiológicas de gravedad (De Brito, 2018). Hay que resaltar que dentro del proceso de dependencia, la cantidad y la frecuencia de la sustancia o sustancias consumidas van aumentando, a este fenómeno se lo conoce como tolerancia, así pues al aumentar la dosis, el consumidor obtendrá los mismos efectos que cuando consumía por primera vez.

En consecuencia, cuando una persona cesa de manera abrupta el consumo de alcohol u otras drogas, se desarrolla un síndrome de abstinencia, dicho de otro modo, se genera en el individuo una serie de síntomas somáticos y psicológicos característicos de la droga (GreenFacts, 2019), uno de ellos es el craving: conocido como un fuerte deseo, compulsión o ansia por consumir determinada sustancia (Cárdenas, 2016).

Otros síntomas que acarrea el síndrome de abstinencia, pueden ser los dolores físicos, a lo que se conoce como dependencia física, es decir, es aquella necesidad fisiológica originada por la sustancia. De manera análoga, el individuo tiende a desarrollar una

dependencia psicológica, al convertirse las drogas en una parte importante de la vida de este, considerando a estas como una forma de aliviar sentimientos negativos (Alonso, 2015).

Entonces, conociendo de forma sintetizada la literatura de este fenómeno, es conveniente citar los criterios diagnósticos de la dependencia del consumo de sustancias expuestos en la CIE – 10 (Vázquez J. , 2014).

Para el diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias, es menester que durante los 12 meses anteriores hayan estado presentes en algún momento tres o más de los siguientes criterios:

1. Deseo compulsivo de consumir la sustancias
2. Problemas para controlar el consumo de la sustancia, ya sea con relación a su inicio, finalización o magnitud.
3. Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la droga.
4. Presencia de tolerancia.
5. Abandono progresivo de actividades que generan placer a causa del consumo de la sustancia y aumento del tiempo para obtener, tomar la sustancia o recuperarse de los efectos de la misma.
6. Consumo continuado de la sustancia, pese a las consecuencias negativas y perjudiciales que esta provoca en la vida del consumidor.

Es importante enfatizar lo que Becoña y Cortés (2010) mencionan en sus escritos, pues recalcan que una adicción nunca va sola, pues suelen estar presentes varias al mismo tiempo en una misma persona, a este hecho se lo conoce como fenómeno de la poli toxicomanía, poli dependencia o poli adicción (Becoña & Cortés, 2010).

Entonces, deduciendo todo lo redactado anteriormente y citando lo que la OMS manifiesta, a la drogodependencia se comprende como un *“Estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2) Tendencia a incrementar la dosis. 3) Dependencia*

*física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) Efectos nocivos para el individuo y la sociedad” (Cárdenas, 2016).*

## **1.2 La drogodependencia en el Ecuador**

El problema del consumo de sustancias psicoactivas no es nada novedoso, mucho menos para los países de América Latina, incluido el Ecuador. Tanto en el siglo XX como en el XXI, la mayor parte de los países latinoamericanos se han visto afectados por el uso masivo de drogas ilegales, las mismas que se concentran en la población adolescente, convirtiéndose así en una amenaza para el presente y el futuro de las naciones (Patiño & Placencia, 2017). A nivel mundial, aproximadamente 31 millones de personas que consumen drogas, presentan trastornos derivados de dicha actividad, es decir, que el consumo de sustancias ha llegado a afectar a la sociedad hasta tal punto de necesitar tratamientos especializados (UNODC, 2018).

De hecho, el fenómeno del consumo de drogas es considerado como una amenaza para el adecuado desarrollo personal de cada individuo, así pues, es interesante revisar cómo el uso de las drogas ha afectado y sigue afectando a la población ecuatoriana.

Es primordial tener en cuenta que en cada ciudad del país el consumo es diferente, sin embargo, Fernando Balarezo, presidente de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría, manifiesta que la droga predilecta del ecuatoriano es el alcohol, seguido por la marihuana y los derivados del opio (Endara, Consumo de drogas en Ecuador , 2019); de manera similar, los informes del Consejo Nacional de Control de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes (CONSEP) indican que, el consumo de tabaco y alcohol, consideradas como drogas lícitas tienen mayor prevalencia sobre el consumo de drogas ilícitas como la marihuana, cocaína, éxtasis, etc. (Loor, Hidalgo, Macías, & Scrich, 2018).

De acuerdo a un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ecuador se encuentra en el noveno lugar, en América Latina, con mayor consumo de bebidas alcohólicas, además, la población ecuatoriana ingiere 7.2 litros de alcohol por habitante al año. En consecuencia, según registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el abuso de esta sustancia ha provocado la muerte de 6.042 personas en 10 años, comprendidos desde el 2003 hasta el 2013 (Braganza, 2017).

No obstante, para un estudio más exhaustivo sobre el consumo de alcohol, se ha tomado en cuenta la distribución geográfica del mismo, existiendo mayor concentración en las provincias de Pastaza (37.5%), Pichincha (33.6%) y Azuay (33%), en personas con un rango de edad entre 10 y 19 años. Sin embargo, en las provincias de Zamora Chinchipe (45.8%), Manabí (44.9%) y Sto. Domingo (44%) se percibe una mayor prevalencia de consumo de alcohol en individuos entre 20 y 59 años de edad. Asimismo, a nivel territorial, se observa un alto consumo de marihuana en las provincias de Morona Santiago (15.3%), Manta (13.3%) y Loja (12.8%) (Loor, Hidalgo, Macías, & Scrich, 2018).

Por otra parte, con relación al consumo de otras drogas, un análisis realizado por la Secretaría Técnica de Prevención de Drogas en estudiantes de enseñanza media en el año 2016, indica que la edad promedio del primer consumo de drogas es de 14 años, asimismo la heroína o “H” tiene mayor prevalencia en los rangos más bajos de edad, al igual que la cocaína y marihuana (Guadalupe, 2017).

De acuerdo a una investigación realizada en el Hospital “Vicente Corral Moscoso”, durante todo el año 2017, se dice que de los 310 adolescentes atendidos en esta casa de salud tanto en consulta externa de psiquiatría infanto-juvenil como hospitalización, 102 (33%) fueron consumidores de sustancias psicoactivas; también esta investigación indica que el mayor porcentaje de consumo recayó en el sexo masculino (55,5%), recalcando que los individuos que viven en zonas rurales presentaron mayor consumo (58,1%); por último, con respecto al nivel educativo se destacó que los adolescentes que cursan la secundaria conforman el 80,3% de individuos que consumieron algún tipo de droga (Chacón, 2019).

Otro aspecto que es importante tomar en cuenta es el micro tráfico; de acuerdo a una entrevista realizada al teniente coronel Patricio Yáñez, quien manifestó que, se decomisaron 14 toneladas en el año 2017, siendo estas incautadas en diferentes unidades zonales, sub zonales y distritales, hay que añadir también que la cantidad de dosis decomisadas “supera inclusive por ocho veces el número de habitantes que tenemos en el país”, acotó Yáñez (PúblicaFM, 2018).

Finalizando este tema, conviene señalar que el consumo de drogas, junto con los trastornos que provoca y las afecciones sanitarias son importantes problemas de salud pública, es por ello que, el programa de colaboración de la OMS con la UNODC con respecto a tratamientos y atención de las drogodependencias ha proporcionado apoyo a aproximadamente a 20 países en el desarrollo de servicios (OMS, 2016). En Ecuador, actualmente el Ministerio de Salud posee 12 CETAD, donde se encuentran internos (modalidad residencial) 334 personas; mencionando a la provincia del Azuay, esta posee más centros con licenciamiento (Endara, Consumidores y Centros especializados en Ecuador, 2019). En nuestros días, en el cantón Gualaceo, se encuentran internos 24 usuarios, así lo indicó María José Rojas, Coordinadora Técnica (Rojas M. J., 2019).

### **1.3 Teorías que hablan sobre dependencia de sustancias**

El estudio científico de las drogodependencias puede situarse en diferentes perspectivas, demostrando cada una de ellas cierta utilidad para entender y explicar varios aspectos de este fenómeno. No obstante, la evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de sustancias no dependen únicamente de un factor aislado, al contrario, están relacionadas con diversos aspectos (Moreno, 2014).

Entonces, estudiar la conducta adictiva exige un análisis funcional de las relaciones que existen entre los diferentes factores y la conducta; debido a ello, el aspecto psicológico se ha convertido en la perspectiva dominante en el campo de las adicciones (Gómez R. , 2017). A continuación se detallarán las teorías, perspectivas o modelos más conocidos con relación al consumo de sustancias:

#### *- Modelo Moral de la adicción*

Por varios años, en nuestra sociedad ha dominado el modelo moral, mismo que conceptualiza a las conductas adictivas como un problema que se encuentra dentro del individuo, es decir, se responsabiliza al sujeto en su re adaptación al destacar el uso de la “fuerza de voluntad” como tratamiento (Brasó, 2019).

Este modelo está basado en la moralidad cristiana, la misma que considera al consumidor como incapaz de resistir la tentación por su debilidad o defectos de carácter. Otra particularidad del modelo moral alude a que no se acepta la existencia de una base

biológica para la dependencia. Actualmente es considerado un modelo reduccionista aunque sigue siendo empleado en ciertas comunidades: Alcohólicos Anónimos/Narcóticos Anónimos (Alvarado & Lobato, 2011).

- *Teoría de la automedicación*

Un interesante estudio realizado en 1974 en la Universidad de Harvard por parte del psiquiatra y psicoanalista Edward Khantzian, quien observó y expresó que existían patrones que se repetían en los distintos adictos, comprobando que los heroínómanos presentaban dificultades en el manejo de la agresividad, los alcohólicos problemas afectivos y de relación social, mientras que los cocainómanos presentaban síntomas depresivos antes de su adicción. En consecuencia, este hallazgo llevó al psiquiatra a formular la llamada “teoría de la automedicación”, donde en función del trastorno psiquiátrico latente, iría probando diversas drogas hasta descubrir aquella que aliviara de manera eficaz su sintomatología previa, es decir, un profesor depresivo podría cambiar su existencia consumiendo cocaína o una mujer víctima de maltratos con dificultad para manejar sus impulsos puede ayudarse de la heroína para moderar aquellos rasgos (Oliveros, 2019).

Así también, es preciso citar a Dodes, quien afirma que “cada acto adictivo es precedido por un sentimiento de indefensión e impotencia. El comportamiento adictivo funciona para reparar este sentimiento subyacente de la indefensión”, por ende, en la hipótesis de automedicación la preferencia por una droga supone “algún grado de especificidad psicofarmacológica”. Al mismo tiempo, este autor manifiesta que a la adicción se le debe ver como una acción eficaz que sirve para reestablecer un sentimiento de poder. (Gutiérrez, Blanco, & Márquez, 2016).

- *Teorías del aprendizaje*

Sin lugar a dudas, esta teoría es aquella que se encarga de entender el proceso donde los individuos generan nuevas conductas como resultado de su experiencia. Durante todo el siglo XX, la teoría del aprendizaje ha experimentado un gran desarrollo, naciendo así diversos modelos de aprendizaje, aunque hay que destacar que todos estos tienen en común los siguientes aspectos (Acuña, 2017):

- la conducta del ser humano es adquirida durante la vida y poco definida por factores genéticos;

- la conducta humana está determinada en base a su entorno (factores ambientales);
- los procesos de aprendizaje que dan lugar a una conducta problema son usados para modificarla;
- tanto los pensamientos como los afectos son consideradas como conductas encubiertas, es por ello que pueden cambiar por medio de los principios de aprendizaje.

En efecto, al hablar de aprendizaje, se debe mencionar al condicionamiento clásico, recordando a Iván Pavlov, quien concluye que cualquier reacción del organismo ante el mundo exterior es un reflejo, es decir, el origen de cualquier acto es la estimulación sensorial exterior. (González, 2019). Pero ¿Qué relación tienen las teorías conductistas con el consumo problemático de sustancias psicoactivas?

Entonces, para entender esta singular relación hago mención a Siegel, quien basándose en el condicionamiento clásico, menciona que la adicción es un proceso que se da a través de la interacción del individuo con el ambiente y la droga. De igual forma, explica que el efecto causado por la sustancia en el organismo (estímulo incondicionado) genera una respuesta compensatoria del Sistema Nervioso, contraria al efecto de la sustancia, con la finalidad de contrarrestar su acción y reestablecer la homeostasis (respuesta incondicionada). Por consiguiente, al llevarse a cabo el consumo de manera repetida en un determinado contexto, existen claves ambientales (estímulos condicionados) asociadas al efecto de la droga, consiguiendo así la propiedad de predecir su ingestión y efecto; de esta manera al aparecer un estímulo condicionado, el organismo produce respuestas compensatorias anticipadas al efecto del fármaco. Así pues, cuando el sujeto presenta un consumo reiterado, la respuesta incondicionada comenzará a disminuir debido a la acción anticipada de las respuestas compensatorias condicionadas, por ende, el individuo deberá aumentar la dosis de la droga para sentir los efectos iniciales, proceso conocido como tolerancia. Análogamente cuando el sujeto cesa el consumo, el estímulo condicionado evocará las respuestas compensatorias, produciendo así el síndrome de abstinencia, debido a la ausencia del efecto de la sustancia (Cordero, López, & Bonfante, 2014).

- *Teoría del aprendizaje social*

El principal exponente de esta teoría recae en Bandura, quien dio paso a la teoría cognitiva social. Este autor hace hincapié en la importancia que adquiere la dimensión social en la

conducta del ser humano y por ende en el proceso de aprendizaje. De igual forma, Bandura refiere que la conducta de una persona puede ser modificada a través de la observación de un modelo y las consecuencias originadas, luego de llevar a cabo dicha conducta, por ende, si las consecuencias son positivas (reforzamiento) aumentan la posibilidad de imitar dicha conducta. Sin embargo, para que este proceso suceda, el individuo debe atravesar por una serie de factores: atención, retención, reproducción y motivación o reforzamiento (Peña, 2015). Por consiguiente, una persona que consume por primera vez marihuana por influencia de grupo de pares, presenta en esta ocasión efectos desagradables causados por la sustancia, existe una alta posibilidad de no repetir esta conducta; por el contrario si los efectos de la marihuana fueron totalmente agradables, es muy probable que la persona realice nuevamente esta actividad.

Por otro lado, Becoña señala la importancia del aprendizaje, cognición social, comunicación e influencia social a la hora de hablar de drogodependencias, puesto que estos elementos ayudan a la comprensión, explicación, prevención y tratamiento las mismas (González, Espada, Guillén, & Orgilés, 2014).

- *Modelo Bio-psico-social*

Este modelo ha sido considerado como uno de los más importantes dentro del ámbito de las drogodependencias, al plantear que tanto los factores biológicos, psicológicos como los sociales presentan un papel importante en el contexto de una enfermedad. Además, en el modelo biopsicosocial, existen factores generales que influyen en la salud y en el desarrollo del ser humano, incluyendo a los factores sociales. Por ende, al hablar directamente de un trastorno por consumo de sustancias, estamos hablando de una causalidad multifactorial. De esta manera, el componente biológico, trata de entender cómo el origen de una adicción se deriva del funcionamiento del organismo; el componente psicológico busca causas psicológicas (falta de autocontrol, pensamientos negativos, etc.); mientras que el aspecto social indaga sobre la influencia de determinados elementos sociales en las conductas adictivas (pobreza, cultura, religión, etc.) (Granero, y otros, 2015).

#### **1.4 Tratamientos enfocados a la drogodependencia**

Se sabe que las drogas además de provocar ciertos efectos físicos en las personas que las consumen y en su sistema nervioso central; cumplen una función psicológica importante, puesto que, su valor y característica, detección correcta e intervención adecuada, determina el verdadero impacto de un tratamiento. Por consiguiente, lo primordial recae en comprender que una intervención ha de identificar la función que está cumpliendo la droga en la vida y funcionamiento del sujeto que la consume, ya que dicha sustancia no es el problema real, sino tan solo un mecanismo ante una incomodidad física o psicológica (Rojas C. , 2015).

Entonces, al hablar de tratamientos dirigidos a las adicciones, este apartado se centrará específicamente en aquellos utilizados en nuestro país; en efecto, es preciso señalar que La Constitución de la República del Ecuador 2008, en su artículo 364 declara que *“las adicciones son un problema de salud pública. Al estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, promoción, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización, ni se vulnerarán sus derechos constitucionales”* (MSP, 2015). Así pues, la dependencia a sustancias, a más de ser considerada una preocupación social, debe ser tratada como un asunto de salud pública, tal como los tratamientos dirigidos a otras enfermedades crónicas (Vázquez J. , 2014).

Por añadidura, el Modelo de atención de salud mental del país, cuyo objetivo es fortalecer los servicios de salud, garantizando así una adecuada atención a toda la comunidad; presenta tres niveles de atención: en el primer nivel están los centros médicos y centros de atención psicosocial; el segundo está formado por los centros ambulatorios para el tratamiento a personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (no requiere internamiento), y unidades de salud mental hospitalaria; por último, el tercer nivel comprende los hospitales especializados, centros especializados en tratamiento a consumo problemático de sustancias (CETAD) y los hospitales psiquiátricos (Gómez J. , 2018).

En el ámbito de las adicciones, el Ministerio de Salud Pública plantea el *Modelo de atención integral residencial para el consumo problemático de alcohol y otras drogas*, este es una propuesta basada en la Comunidad Terapéutica, sin embargo, lo novedoso es que se agrega un enfoque Integrativo, pues se trabaja dentro de un contexto de contención y evitación de situaciones de riesgo, en el cual los usuarios juntamente con el Equipo Técnico, se adhieren a la normativa, desarrollando así autocontrol y responsabilidad. Definitivamente, este modelo pretende cambiar los patrones de pensamiento, actitudes así como también aquellos comportamientos negativos por medio de terapias individuales, grupales, familiares, psicofarmacológicas, actividades de integración y expresión artística y factores de riesgo para el consumo; además de ello, este modelo utiliza varios enfoques: cognitivo conductual, humanista y el sistémico (MSP, 2015).

### **1.5 Alcohólicos y Narcóticos anónimos**

La necesidad de luchar contra el consumo problemático ha llevado a las personas a construir métodos que sean favorables a más de los ya existentes tratamientos residenciales. Así pues, Alcohólicos y Narcóticos Anónimos han sido creados tras el alarmante escenario que se vive día a día, por ende es primordial revisar la literatura de estos espacios terapéuticos, la misma que será detallada a continuación.

De hecho, El grupo Alcohólicos Anónimos (AA) surge para resolver un problema común: ayudar a recuperarse del alcoholismo y alcanzar la sobriedad. AA es un movimiento internacional fundado el 10 de junio de 1935 por William Griffith (Bill W) y Bob Smith en Akron, en los Estados Unidos. Básicamente está constituido por comunidades de hombres y mujeres, quienes comparten una experiencia mutua, fortaleza y esperanza. Sin embargo, la comunidad tomó el nombre de Alcohólicos Anónimos cuando Bill publicó el libro, donde se encontraba la filosofía y los métodos (Pelegriño, Pérez, Castellanos, Martínez, & Ramírez, 2015).

El Programa tiene como objetivo ayudar al alcohólico a poner en orden aquellos pensamientos confusos y a deshacerse de la negatividad de sus sentimientos; además señala que al seguir el programa cuidadosamente es raro que el sujeto fracase, sucede esto cuando la persona no puede o no quiere entregarse completamente al programa (Alcohólicos-Anónimos, 2019).

En efecto, el método terapéutico empleado en el grupo de Alcohólicos Anónimos está diseñado especialmente para la rehabilitación del alcoholismo, sin embargo, este programa no está basado en el campo de la medicina, sino en la religiosidad. Así pues, varias investigaciones han contribuido al análisis de las comunidades terapéuticas y los grupos de autoayuda; uno de los estudios con más relevancia es el realizado por Denzin, al proponer una “teoría popular”, donde enfatiza la recuperación del alcohólico por medio de la articulación de sus propias experiencias (Gutiérrez Á. , 2014).

Por otro lado, Brandes, manifiesta que dentro de este grupo, existe un llamado apoyo moral, donde se van construyendo estrategias para afrontar dicha problemática. Por último, en la comunidad de AA, los doce pasos, las doce tradiciones y los doce conceptos son conocidos como los tres legados (recuperación, unidad y servicio), cada uno de ellos forman parte de la guía para recobrar los valores espirituales (Gutiérrez Á. , 2014).

De manera similar, en el año 1953, la comunidad de Narcóticos Anónimos (NA), celebró su primera reunión en Carolina, Estados Unidos; extendiéndose rápidamente por todo el país, y años más tarde por el resto del mundo. Posterior a ello, NA publica el llamado “Libro Blanco”, el mismo que ayudó a tener un referente normativo. Entonces ¿cómo funciona el grupo de Narcóticos Anónimos? Definitivamente, NA es una asociación voluntaria, donde la percepción de compartir un problema, el sentirse identificado con los demás integrantes y el buscar objetivos similares hacen que el individuo permanezca o abandone de manera definitiva dicho programa. En cuanto a la estructura de NA, según propias publicaciones de la asociación, son *lugares donde pueden reunirse regularmente para ayudarse a permanecer limpios (...) sin que importe su edad, raza, identidad sexual, credo, religión ni falta de esta última* (Fernández D. , 2019).

Conviene señalar que NA es una confraternidad internacional sin fines de lucro, donde su principal objetivo es mantener en alejadas las personas fuera del consumo de ninguna sustancia que altere el comportamiento. Asimismo, el único requisito para ser miembro de NA es que debe existir el deseo de dejar de consumir drogas y además de una participación activa. En consecuencia, como sucede en la comunidad de Alcohólicos Anónimos, el programa de NA está basado también en el cumplimiento de los doce pasos y doce tradiciones (Saltos, 2016).

En fin, se ha observado el gran auge de este tipo de grupos a nivel mundial, especialmente en nuestro país Ecuador, pues fue en 1966, el año en el que el primer grupo de autoayuda se creó en la ciudad de Cuenca, con el nombre de “Alianza Amiga”. Asimismo, dos años después, el 29 de abril de 1968 se abrió el primer grupo en la ciudad de Guayaquil. Las investigaciones afirman que actualmente existen 300 grupos a nivel nacional (Beltrán, 2019). En el cantón Gualaceo existen aproximadamente 5 grupos, así lo afirma Vázquez, uno de los integrantes de “Camino de paz”, quien además de expresar que este tipo de encuentros son favorables para todas aquellas personas que pasan por esta problemática, pues al sentirse identificados y al tener apoyo logran mantenerse en abstinencia por muchos años (Vázquez D. , 2019).

### **1.6 Repercusiones y consecuencias de las drogodependencias**

Sin lugar a dudas, el uso de drogas inicialmente origina ciertos efectos positivos (bienestar y felicidad), los mismos hacen que la persona consuma de manera reiterada, no obstante, los efectos a largo plazo pueden provocar alteraciones graves.

De esta manera, en este aparatado se ha visto la necesidad de hacer énfasis en las consecuencias de las sustancias que, con respecto a las investigaciones realizadas en nuestro país Ecuador, tienen mayor índice de consumo, las mismas que serán expuestas en las siguientes líneas:

#### *- Alcohol*

Según investigaciones, las posibles consecuencias del consumo excesivo de alcohol recaen en daños en el hígado, este puede sufrir efectos permanentes, ocasionando esteatosis hepática, cirrosis o inflamación del hígado. Además de estas consecuencias, el alcohol produce daños en el cerebro, debido a que se destruyen millones de células cerebrales, derivando a problemas de memoria, concentración y capacidad de discernimiento; así como también un deterioro cognitivo leve o demencia. Por otro lado, el alcoholismo produce inflamación del páncreas o del estómago y cáncer de esófago. En efecto, al hablar de un consumo problemático alcohol, se debe mencionar que este modifica la estructura de la personalidad del consumidor, volviéndolos agresivos, irritables y depresivos (Rodelgo, 2016).

- *Cocaína*

Con respecto a los efectos producidos en el Sistema Nervioso, investigaciones destacan que existe una disfunción de los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos, los mismos que están relacionados con la inhibición conductual, por ende reducen la capacidad del control de los impulsos y de la percepción de los fenómenos de recompensa, incrementando así la aparición de trastornos por consumo de cocaína. De manera análoga, se han percibido otras repercusiones en el resto del organismo, entre ellos: vasoconstricción, hipertemia, taquicardia e hipertensión; así como también afecciones vasculares cerebrales, convulsiones, anorexia y desnutrición. Por otra parte, los efectos ocasionados por el consumo de cocaína dependen de la vía de administración, de esta manera, la vía intranasal produce perforación del tabique, disfonía y disfunción en la deglución. Mientras que la vía oral puede originar isquemia intestinal y la inyectada: alergias, VIH y hepatitis (Del Bosque, y otros, 2014).

- *Marihuana*

Actualmente se sabe que el cannabis produce dependencia física y psicológica debido a cambios neuronales en el cerebro. Asimismo, la marihuana, origina las mismas enfermedades en el aparato respiratorio que el tabaco, entre ellas: bronquitis, enfisema y cáncer pulmonar. Investigaciones revelan que esta sustancia provoca déficit cognitivo a nivel de la memoria, atención y capacidad de aprendizaje. Del mismo modo, estudios demuestran que existe una gran relación entre trastornos emocionales y conductuales con el consumo de marihuana, además de comorbilidad con otros trastornos por consumo de sustancias (Rosales & Góngora, 2017).

- *Heroína*

La heroína actualmente es considerada como una de las drogas más perjudiciales para el ser humano, debido a que modifica la estructura física y la fisiología del cerebro. Varias investigaciones destacan un deterioro de la materia blanca del cerebro debido al consumo de heroína, así pues, este deterioro afecta la habilidad para tomar decisiones, la capacidad para regular el comportamiento y las respuestas originadas antes situaciones de estrés (NIH, 2018).

Es conveniente mencionar que tanto los dolores como las molestias causadas por la abstinencia tienen una duración de tres días, cuando la persona ha dejado de consumir 12

horas, aparecen las náuseas, diarrea, vómito y problemas de respiración. A las 24 horas, la persona podría tener dolor en los huesos, problemas pulmonares, fiebre, irritación o depresión (Prera, 2018).

Además de todas las consecuencias mencionadas anteriormente, producto de un consumo desenfrenado, es menester indicar que la persona drogodependiente se convierte en un títere, a menudo deja de lado a su familia, su trabajo o intereses personales, esto es, la dependencia a cualquier tipo de sustancia, produce un gran deterioro en áreas importantes del desarrollo (personal, social, familiar, laboral y espiritual).

### **1.7 Investigaciones sobre dependencia de sustancias y su relación con las emociones**

Por muchos años, el objetivo de varios tratamientos de rehabilitación se ha limitado únicamente a conseguir la abstinencia de la sustancia principal, mediante fármacos agonistas y antagonistas; y mediante ciertas sesiones de psicoterapia, sin embargo se ha percibido soluciones a corto plazo. No obstante, investigaciones recientes señalan los efectos de las drogas en la planificación de comportamientos y decisiones, en el análisis y expresión emocional. Entonces para que una persona logre una reestructuración de su estilo de vida, requiere más que medicación (Molina, 2013).

Del mismo modo, el catedrático de la Universidad de Barcelona, Rafael Bisquerra, afirmaba en uno de sus trabajos “algunas personas sienten la tentación de consumir drogas con el objetivo de cambiar sus estados emocionales”. Así, los problemas, las preocupaciones y, en general, las emociones negativas como la tristeza favorecen las conductas de riesgo. Cuanto menor es la formación y la educación en el gobierno de las emociones, resulta más sencillo buscar refugio en elementos externos, como las drogas (Educación-Emocional, 2019).

## **Conclusiones del capítulo**

Ahora bien, al leer cada uno de los apartados de este capítulo, se ha podido observar la magnitud del fenómeno de las drogodependencias causada en la población mundial, especialmente en la sociedad ecuatoriana. A su vez, al analizar tanto el concepto como aquellas teorías que sustentan el origen de una conducta dependiente, nos damos cuenta de la existencia de varios factores que interactúan entre sí, deteriorando cada una de las capacidades del individuo.

Asimismo estas teorías han dado paso a la creación de varios tratamientos o espacios terapéuticos con el fin de ayudar a mantener al sujeto en abstinencia absoluta, destacando el modelo de atención integral utilizado por parte del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. No obstante, ya sea por iniciativa propia se han creado espacios de autoayuda, los mismos que han tenido gran acogida no solo a nivel local, sino a nivel mundial, sobresaliendo la palabra y la religiosidad como características principales de estas comunidades.

Por otro lado, al analizar los efectos causados por el uso inadecuado de las drogas, se perciben grandes deterioros no solo a nivel biológico, sino también a nivel físico y psicológico, construyendo así una persona totalmente dependiente incapaz de tomar decisiones o de afrontar situaciones adversas de la vida cotidiana, causándose daño así mismo y a su familia, pilar fundamental de la sociedad. Al mismo tiempo, conviene señalar la importancia del estudio de las emociones dentro del ámbito de las drogodependencias, pues investigaciones subrayan una relación directa entre consumo de sustancias y las mismas.

## Capítulo 2

### 2. Inteligencia emocional

Al analizar ciertas situaciones de nuestra vida cotidiana podríamos darnos cuenta de que las emociones influyen en mayor o menor grado en nuestras decisiones; es necesario subrayar, que existen personas que presentan un dominio de su faceta emocional mucho más desarrollado que otras (Regader, Cognición e Inteligencia , 2019).

Siendo así, en este apartado se abarcará conceptos fundamentales de la Inteligencia Emocional (IE), con la finalidad de entregar al lector una visión clara sobre este tema, pues este durante varios años de vida científica ha tomado diferentes tintes, pasando de ser una definición de moda a convertirse en un productivo campo de investigación, sobre todo en el de las drogodependencias (Velásquez, Suárez, Serrano, & Yance, 2016).

#### 2.1 ¿Qué es la inteligencia emocional?

Como concepto general, la Inteligencia Emocional es aquella capacidad que tienen las personas para reconocer, entender y manejar sus propias emociones, así como las de las personas a su alrededor, facilitando así las relaciones interpersonales, además de ello, el poseer esta capacidad, nos ayuda a manejar adecuadamente el estrés y los problemas que se suscitan en la vida cotidiana (Muñoz, 2019).

Sin embargo, la evolución del concepto de inteligencia emocional se ha dividido en varias fases, una de ellas es la *concepción de inteligencia y emoción como conceptos separados*, iniciando en 1900 y culminando en la época de los setenta (Fragoso, 2015), dichos conceptos serán detallados a continuación:

##### - *Concepto de Inteligencia*

Para hablar de inteligencia resulta útil realizar un viaje a lo largo de la historia, puesto que ciertas características que se asocian al concepto de esta han sido estudiadas desde los griegos hasta la actualidad. Los primeros intentos formales de medir la inteligencia recaen en Alfred Binet, quien diseñó una serie de problemas que poseían dificultad gradual creciente, clasificando así las que podían ser resueltas por niños de diversas

edades, de esta manera aparece el primer test de inteligencia (Binet – Simon) presentado en 1905, dichas pruebas fueron aplicadas a diversos contextos educativos (Ardila, 2010).

No obstante, a inicios del siglo XX, Spearman formula su teoría del factor g, en dicha perspectiva, la inteligencia es considerada una capacidad individual, cuya manifestación se da en diversas situaciones y problemas, poniendo en juego habilidades lógicas y abstractas para su resolución (Rigo & Donolo, 2012).

No es hasta finales del siglo XX donde Howard Gardner desarrolla el concepto de inteligencias múltiples, al indicar que las capacidades de la mente humana no forman parte de una única habilidad llamada inteligencia, pues al contrario, existen varias habilidades que trabajan en paralelo. Gardner rechazaba la idea de que existiese una inteligencia que puede ser medida solamente a través de pruebas de lápiz y papel. Entre estas inteligencias se destacan: lingüística, lógico – matemática, espacial, corporal, musical, inter e intrapersonal y por último la inteligencia naturalista (Regader, 2019).

En otra instancia, es primordial citar a Robert Sternberg, quien define a la inteligencia como *la actividad mental dirigida hacia la adaptación intencional, selección o transformación de entornos del mundo real relevantes en la propia vida*; quien además elabora una teoría conocida como la teoría triárquica de la inteligencia, destacando de esta manera tres tipos de inteligencia (analítica, creativa y práctica). En consecuencia, cada una de estas inteligencias son consideradas como factores principales que ayudan a generar y desarrollar habilidades emocionales y cognitivas (Carrero, 2019).

En efecto, el concepto de inteligencia ha ido evolucionando a lo largo de los años, pasando de ser una habilidad medida psicométricamente a ser percibida como conjunto de habilidades.

#### - *Concepto de Emoción*

Desde la antigüedad la emoción ha sido considerada como un tema de reflexión, así pues, Sócrates propugnaba “Conócete a ti mismo”, aludiendo al conocimiento del mundo interior del ser humano, sus sentimientos y emociones. Asimismo, Platón en su escrito “República” menciona al miedo y al placer; Aristóteles por su parte, fue el primer pensador en hablar sobre la cólera en el comportamiento humano; más tarde Charles

Darwin plantea su teoría “El origen de las emociones en los hombres y animales”. Pese a la variedad de interpretaciones, el estudio de las emociones ha trascendido varias épocas, por ende, para tener un claro concepto de emoción, es menester citar a varios autores (De Souza, 2011).

Desde un enfoque psicofisiológico, William James y Carl G. Lange proponen la “teoría de la sensación” donde se concibe a la emoción como resultado de una percepción y la causa de la expresión física, esto significa que, un individuo al percibir un objeto o evento, despertaba en él un estado emocional, generando manifestaciones por medio de cambios corporales (Melamed, 2016).

Por otro lado, en el enfoque conductista, Watson indica que en el ser humano existen tres emociones básicas heredadas: el miedo, la ira y el amor, sin embargo este autor refiere que estas emociones son simplemente pautas de movimiento mas no sentimientos conscientes (Malena, 2012).

Por último, Arnold, Frijda, Lazarus, Solomon y Nussbaum intentan explicar las emociones desde un enfoque cognitivo, afirmando que el cambio físico no es suficiente para entender la expresión emocional humana; dichos autores sugieren que entre la activación fisiológica y la emoción debe existir un proceso de evaluación cognitiva, para que de esta manera surja o no una emoción, esto es, la activación de una respuesta emocional debe estar vinculada directamente a procesos de valoración (Pinedo & Yáñez, 2017).

## **2.2 Orígenes de la inteligencia emocional**

Para entender el término Inteligencia Emocional más a fondo, es necesario revisar sus orígenes, así como también su evolución a lo largo de la historia. De hecho, varias investigaciones mencionan que Charles Darwin fue el primero en utilizar el concepto de IE, al señalar en sus trabajos la importancia de la expresión emocional para la supervivencia y la adaptación. De manera análoga, Thorndike emplea el término “inteligencia social” para describir la habilidad de comprender y motivar a otras personas. Por otro lado, Wechsler hace hincapié en la influencia de factores no intelectivos sobre el

comportamiento inteligente, además de resaltar la importancia de la IE para la comunicación en sus diferentes expresiones (Estrella, 2019).

Del mismo modo, el psicólogo Martin Seligman, al observar que existía un alto índice de personas con depresión, percibió la necesidad de indagar el tipo de inteligencia medida en este grupo de personas, relacionando así el Cociente Intelectual (CI) y depresión, lo que llevó a muchos autores y científicos a plantear la existencia de otro tipo de inteligencia (Tobaruela, 2016).

Conviene mencionar que en la década de 1950, Abraham Maslow, escribió en una de sus obras, sobre cómo las personas podrían mejorar sus fortalezas emocionales, físicas, espirituales y mentales; de esta manera, ya en los años 70 y 80 dichos escritos llevaron al desarrollo de diversas ciencias enfocadas en la capacidad humana. En efecto, Peter Salovey, fue uno de los investigadores, quien expresó que los estudios sobre emociones e inteligencia han cambiado, pues esta última era pensada únicamente en términos de perfección (Freedman, 2017).

Asimismo, en líneas anteriores se habló de la teoría de las inteligencias múltiples (Howard Gardner), misma que está relacionada con el origen del concepto de inteligencia emocional, ya que dentro de sus habilidades se encuentra la inteligencia intrapersonal y la interpersonal.

Para el año 1990, Salovey y Mayer definen la inteligencia emocional como aquella habilidad para manejar los sentimientos y emociones, discriminarlos y usar estos conocimientos para controlar los propios pensamientos y acciones. En 1995 el término se popularizó gracias a su libro denominado “Inteligencia Emocional”, donde enfatiza que la diferencia entre el éxito o fracaso entre dos personas que presentan un mismo CI es particularmente la inteligencia emocional (Hernández, 2018). Actualmente este término es estudiado por varios psicólogos, puesto que han observado la gran funcionalidad que este tiene en las personas a la hora de enfrentar adversidades de la vida cotidiana.

### 2.3 Modelos fundamentales enfocados a la inteligencia emocional

Desde la rápida evolución del concepto de inteligencia emocional, varios autores han propuesto un gran número de modelos, cuyo contenido se ha basado en tres perspectivas: las habilidades o competencias, los comportamientos y la inteligencia. Cabe recalcar, que cada enfoque tiene diferencias en las habilidades que debería poseer la persona emocionalmente inteligente (Mejía, 2012). A continuación se expondrán los modelos más importantes:

#### - *Modelos mixtos:*

Entre los principales autores destacan Daniel Goleman y Bar – On. Los modelos incluyen rasgos de personalidad como el control de impulso, motivación, tolerancia a la frustración, manejo del estrés y ansiedad, asertividad, entre otros (García & Giménez, 2010).

#### - *Modelo de Goleman*

Daniel Goleman define a la inteligencia emocional como “una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social” (Costa, 2014).

De igual manera, refiere que la inteligencia emocional es una forma de entender los procesos cognitivos más allá del pensamiento lógico y racional. Asimismo, Goleman afirma que el Coeficiente intelectual predice del 10 al 20% del éxito en la vida, por ende, lo que verdaderamente define a una persona exitosa son sus aptitudes personales (Pradas, 2018). Entonces, según este autor, la inteligencia emocional gira entorno a cinco capacidades: 1) conocimiento de las propias emociones, 2) manejo de las emociones, 3) motivación hacia sí mismo, 4) reconocimiento de las emociones de los demás y 5) desarrollo de relaciones (Chairez, 2016).

#### - *Modelo de Bar-On*

Reuven Bar-On describe a la inteligencia emocional como “un conjunto de competencias, herramientas y comportamientos emocionales y sociales, que determinan cómo de bien percibimos, entendemos y controlamos nuestras emociones. Y todas esas competencias, herramientas y comportamientos nos ayudan a entender cómo se sienten los demás y cómo relacionarnos con ellos, además de hacer frente a obligaciones, desafíos y presión diarias” (Bar-On, 2014).

Bar-On considera que tanto los conceptos de inteligencia social e inteligencia emocional están directamente relacionados, llegando a representar componentes interrelacionados de un mismo constructo. Además refiere que esta “inteligencia emocional – social” está determinada por competencias intrapersonales e interpersonales; habilidades y facilitadores que en conjunto rigen la conducta humana (Adserá, 2009).

Conviene hacer hincapié en este modelo ya que la recolección de datos de esta investigación se ha basado en el inventario de inteligencia emocional propuesta por este autor, puesto que al analizar dichos conceptos se ha considerado que este modelo se adapta de mejor manera a la población estudiada.

#### **2.4 Elementos de la inteligencia emocional**

A lo largo de la revisión de la literatura, se ha visto que cada modelo posee sus propios elementos, sin embargo, en este apartado se hablará de manera sintetizada sobre los componentes propuestos por Bar-On (Epstein, 2012).

1. CIA (componentes intrapersonales): conformada por conocimiento de sí mismo, asertividad, autoconcepto, autorrealización e independencia. En esta escala se aprecia la capacidad de la persona para reconocer sus sentimientos
2. CIE (componentes interpersonales): involucra la empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social. Esta área se relaciona con las habilidades sociales, interacción y comprensión de los vínculos sociales
3. CAD (componentes de adaptabilidad) compuesta por solución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad; evalúa la capacidad para identificar problemas y generar una acción resolutoria y eficaz

4. CME (componentes del manejo de estrés) esta escala está conformada por la tolerancia al estrés y el control de los impulsos
5. CAG (componentes de ánimo general) incluye a la felicidad y el optimismo, dichas variables informan sobre los niveles de satisfacción general de las personas.

## **2.5 Estudios realizados sobre inteligencia emocional y drogodependencias**

Haciendo mención a Becoña (2011), quien manifiesta que las habilidades emocionales nos permiten resolver los conflictos interpersonales de manera positiva e incluyen el autoconocimiento, la identificación, la expresión, y el manejo de los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, el manejo del estrés y la ansiedad; al no cumplir con dicha función, se convierten en factores que se relacionan con el comportamiento de consumo de algunas sustancias (Mendoza & Vargas, 2017).

Un estudio realizado por Fernández, Moreno y Verdejo (2012) en pacientes dependientes de cocaína (PDC) concluye que estos individuos presentan déficits en IE y en la habilidad específica de reconocimiento de expresiones faciales emocionales, dichas carencias están relacionadas con una estructura de pensamiento inflexible, falta de decisión sobre la conducta ante situaciones percibidas como descontrolables y, como consecuencia, dificultades en el establecimiento de relaciones personales y sociales gratificantes, además se menciona que estos déficits podrían poner en peligro la continuidad y el éxito de los programas de rehabilitación (Fernández, Moreno, & Verdejo, 2012)

Otros estudios refuerzan la importancia de la inteligencia emocional; Kun y Demetrovics (2010) evaluaron la relación existente entre el consumo de sustancias y la IE, donde defienden que los bajos niveles de inteligencia emocional están asociados con un consumo mayor y más problemático de alcohol y otras drogas. Por ende es de gran importancia estudiar la inteligencia emocional, pues este es un factor influyente a la hora de desarrollar una adicción, a pesar de la juventud del concepto, la inteligencia emocional ha demostrado su potencial en relación a la prevención del consumo de drogas (Buendia, 2018).

## **Conclusiones del capítulo**

A partir de la divulgación científica, el concepto de Inteligencia Emocional fue evolucionando hasta convertirse en un foco de estudio importante en el ámbito psicológico, con lo cual ha ido desarrollando gran influencia en el comportamiento de las personas en su diario vivir, es por ello que a lo largo del capítulo se analizó a profundidad el concepto y los orígenes de la Inteligencia Emocional, asimismo se estudiaron determinadas teorías, las mismas que han presentado aportaciones importantes.

Por otro lado, investigaciones realizadas sobre consumo de sustancias e inteligencia emocional, solventan la relación existente entre estos dos factores, siendo así se podría dar paso a innovadores tratamientos para personas con consumo problemático, mejorando así su calidad de vida.

## Capítulo 3

### 3. Diseño metodológico

Se ha realizado un estudio descriptivo/comparativo, pues se ha descrito la relación existente entre las variables a analizar y, de corte transversal ya que la obtención de información y acercamiento a la población se dio en un único momento temporal; este estudio presenta un enfoque metodológico cuantitativo, debido a que la información obtenida se tradujo a valores numéricos que fueron procesados mediante el programa SPSS – 25.

#### 3.1 Objetivos

Para la realización del trabajo de investigación se han planteado los siguientes objetivos:

*Objetivo general:*

Comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión.

*Objetivos específicos:*

- Determinar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias.
- Determinar los niveles de inteligencia emocional en personas en remisión.
- Comparar y analizar los niveles de inteligencia tanto en personas con consumo y en personas en remisión.
- Determinar datos sociodemográficos y relacionar la inteligencia emocional con los mismos.
- Socializar los resultados tanto en el CETAD – Gualaceo como en el grupo “Camino de paz”.

### **3.2 Participantes**

Se trabajó con 20 usuarios del CETAD – Gualaceo y 20 individuos del grupo “Camino de paz” del mismo cantón, es decir, el estudio se realizó con un total de 40 personas de sexo masculino, de edades comprendidas entre 18 y 50 años.

Asimismo, se han analizado y establecido determinados criterios de inclusión y exclusión, los mismos que serán detallados a continuación:

#### *CETAD – Gualaceo*

##### *Criterios de inclusión*

- Permanecer internado en el CETAD por mínimo de un mes y más de cinco meses.
- Tener un diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias (F10-F19).
- Adulto entre 18 y 50 años.
- Voluntariedad para participar en el estudio.

##### *Criterios de exclusión*

- Presentar deterioro cognitivo grave, el mismo que fue evaluado mediante la escala Minimental.

#### *Grupo “Camino de paz” - Gualaceo*

##### *Criterios de inclusión*

- Haber presentado un consumo problemático de alcohol y otras drogas; este criterio fue evaluado mediante el inventario psicológico Assist.
- Adulto entre 18 y 50 años.
- Voluntariedad para participar en el estudio.
- Presentar abstinencia en un rango de tiempo mínimo de un año.

### *Criterios de exclusión*

- Presentar deterioro cognitivo grave, el mismo que fue evaluado mediante la escala Minimental.

### **3.3 Instrumentos**

Tras el análisis de la población y objetivos planteados, se ha optado por la aplicación de:

- *Ficha sociodemográfica*: la misma que ha ayudado a precisar datos con respecto al nivel de inteligencia. (Anexo 2)
- *Inventario de inteligencia emocional de Bar – on*: Su nombre original es: EQ – BarOn Emotional Quotient Inventory, su autor es Reuven Bar – On, este instrumento ha sido adaptado en la versión castellano. Se debe mencionar que el tipo de administración es individual o colectiva, para individuos de 15 años en adelante. Este reactivo está formado por 133 preguntas, bajo un formato de respuesta de escala tipo Likert de auto respuestas con cinco opciones: 1 (rara vez, nunca es mi caso), 2 (pocas veces es mi caso), 3 (a veces es mi caso), 4 (muchas veces es mi caso), 5 (con mucha frecuencia o siempre es mi caso) (Epstein, 2012).

El inventario evalúa la inteligencia emocional a través de 15 subescalas, que se agrupan en 5 áreas destacadas, detalladas a continuación:

- CIA (componentes intrapersonales)
- CIE (componentes interpersonales)
- CAD (componentes de adaptabilidad)
- CME (componentes del manejo de estrés)
- CAG (componente de ánimo general)

Con respecto a la confiabilidad de consistencia interna del Bar – On, la misma que se refiere al nivel en el cual todos los ítems de una escala en particular miden la misma construcción; los coeficientes promedios del Alfa de Cronbach son altos para todas las subescalas, el coeficiente de consistencia interna promedio total es de 0,76 (Chirio, 2015). (Anexo 3)

- *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Assist):* el Assist es una prueba válida y confiable, relevante a nivel transcultural que identifica el nivel de riesgo para diferentes sustancias, esta prueba puede ser utilizada en ambientes no especializados, su tiempo de aplicación varía entre 5 a 15 minutos (Alfonzo, 2013). Consta de 8 preguntas, las mismas que explorar 6 áreas importantes:
  - Uso de sustancias a lo largo de la vida
  - Uso de sustancias durante los últimos tres meses
  - Problemas relacionados con el consumo
  - Riesgo actual de presentar problemas en el futuro
  - Posibilidad de dependencia
  - Uso de drogas por vía intravenosa

Asimismo, es importante analizar la confiabilidad de la prueba; estudios demuestran que el coeficiente alfa de Cronbach es de 0,779 para los seis elementos de la escala, por ende se concluye que la consistencia interna del ASSIST es adecuada (Pérez, Calzada, Rovira, & Torrico, 2012). (Anexo 4)

- *Minimal:* es un test de screening desarrollado por Folstein en 1975 que evalúa deterioro cognitivo, el mismo que consta de 30 ítems dividido en cinco áreas: orientación temporal y espacial; capacidad de atención, fijación y cálculo; memoria; nominación, repetición y comprensión; lectura, escritura y dibujo. Se puede administrar al paciente en 5 – 15 minutos, pues consta de una serie de preguntas simples y cortas (Velher, 2013). Por otro lado, con relación a la confiabilidad de consistencia interna el Alfa de Cronbach es de 0,80 (Ramírez, Moncada, & Baptista, 2011). (Anexo 5)

### **3.4 Procedimiento**

*Fase 1:* Obtención de permisos del CETAD – Gualaceo y del grupo “Camino de paz” para trabajar con sus usuarios - Establecimiento de cronograma de actividades.

*Fase 2:* Entrega del consentimiento informado, ficha sociodemográfica y reactivos psicológicos: inventario de inteligencia emocional de Bar-On, prueba de detección de alcohol, tabaco y sustancias (Assist) y minimalista tanto al CETAD como al grupo “Camino de paz”.

*Fase 3:* Procesamiento de la información: Una vez culminado la evaluación mediante inventarios psicológicos, se realizó el análisis pertinente de los resultados mediante el programa SPSS - 25, de esta manera se generó tablas dinámicas y sus correspondientes gráficos que permitan una mejor organización y análisis de la información, respondiendo cuantitativamente a la hipótesis planteada.

*Fase 4:* Redacción de resultados, conclusiones y discusión.

*Fase 5:* Socialización de los resultados tanto en el CETAD como en el grupo “Camino de paz”

## Capítulo 4

### 4. Procesamiento de los resultados

En este capítulo se hablará acerca de los resultados obtenidos de la batería psicométrica aplicada con anterioridad, además de responder a la hipótesis de esta investigación. En consecuencia, dichos resultados se muestran mediante medidas de tendencia central y dispersión; los niveles y caracterización de los participantes se muestran mediante medidas de frecuencia absoluta debido al tamaño del grupo de estudio; el procesamiento de la información fue realizado en el programa estadístico SPSS 25, el comportamiento de datos resultó normal según la prueba Shapiro Wilk ( $p > 0.05$ ) por lo que se empleó la prueba T-Student para la comparación de medias entre dos grupos y el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson para relacionar con las variables ordinales.

#### 4.1 Análisis de los resultados

##### - *Participantes.*

El estudio fue realizado con un total de 40 personas, 20 de CETAD y 20 de un grupo de autoayuda, todos pacientes varones con edades comprendidas entre 18 y 50 años ( $M = 30.9$ ;  $DE=8.7$ ), quienes es su mayoría habían culminado bachillerato, el estado civil de la mitad de las personas era soltero, seguido por casado y divorciados.

Además, más de la mitad de participantes vivía con sus padres (57.5%;  $n=23$ ) y vivían solos el 12.5% ( $n=5$ ), la relación con la familia del 60% ( $n=24$ ) era bueno, la relación con las amistades de las dos terceras partes de los participantes resultó buena y aproximadamente la mitad de participantes tenía una relación de pareja y la relación con ella era buena, a pesar de que se registraron cuatro casos con malas relaciones; así también aproximadamente la mitad de participantes tenían vivienda propia y el 57.5% ( $n=23$ ) eran laboralmente activos. Ver tabla 1

*Tabla 1: Característica de los participantes*

Características	n	%	
Grupo	CETAD	20	50.0
	Grupo de autoayuda	20	50.0
Años de Estudio	Educación básica incompleta	2	5.0
	Educación básica completa	2	5.0
	Educación básica hasta décimo año	12	30.0
	Bachillerato	15	37.5
	Nivel superior	9	22.5
Estado civil	Soltero	20	50.0
	Casado	12	30.0
	Divorciado	7	17.5
	Viudo	1	2.5
Personas con quien vive	Padres	23	57.5
	Pareja	6	15.0
	Familiares	6	15.0
	Solo	5	12.5
Relación con la familia	Excelente	10	25.0
	Buena	24	60.0
	Mala	6	15.0
Relación con amistades	Excelente	3	7.5
	Buena	27	67.5
	Mala	10	25.0
Posee relación de pareja	Si	21	52.5
	No	19	47.5
Relación con la pareja	Excelente	5	23.8
	Buena	12	57.1
	Mala	4	19.1
Vivienda propia	Si	18	45.0
	No	22	55.0

Actividad que desarrolla actualmente	Laboralmente activo	23	57.5
	Sin actividad laboral	17	42.5

*Fuente: Elaboración propia.*

- *Características de consumo.*

Con respecto a las características de consumo e internamiento se encontró que 60% (n=24) tenían un tratamiento, además las tres cuartas partes eran poli consumidores, el tiempo de consumo reveló que aproximadamente el 80% de los participantes tenían más de 6 años de consumo y el tiempo de internamiento de las tres cuartas partes era de uno a dos meses. Ver tabla 2.

*Tabla 2: Característica de consumo e internamiento*

Características		n	%
	Un tratamiento	24	60.0
Número de tratamientos	Dos tratamientos	8	20.0
	Tres tratamientos	3	7.5
	Más de cuatro tratamientos	5	12.5
Tipo de sustancia consumida	Alcohol	5	12.5
	Cocaína	4	10.0
	Poli consumo	31	77.5
Tiempo de consumo	De 1-5 años	9	22.5
	De 6-10 años	14	35.0
	Más de 11 años	17	42.5
Tiempo en tratamiento	De 1-2 meses	30	75.0
	De 3-4 meses	4	10.0
	Más de 5 meses	6	15.0

*Fuente: Elaboración propia.*

- *Resultados.*

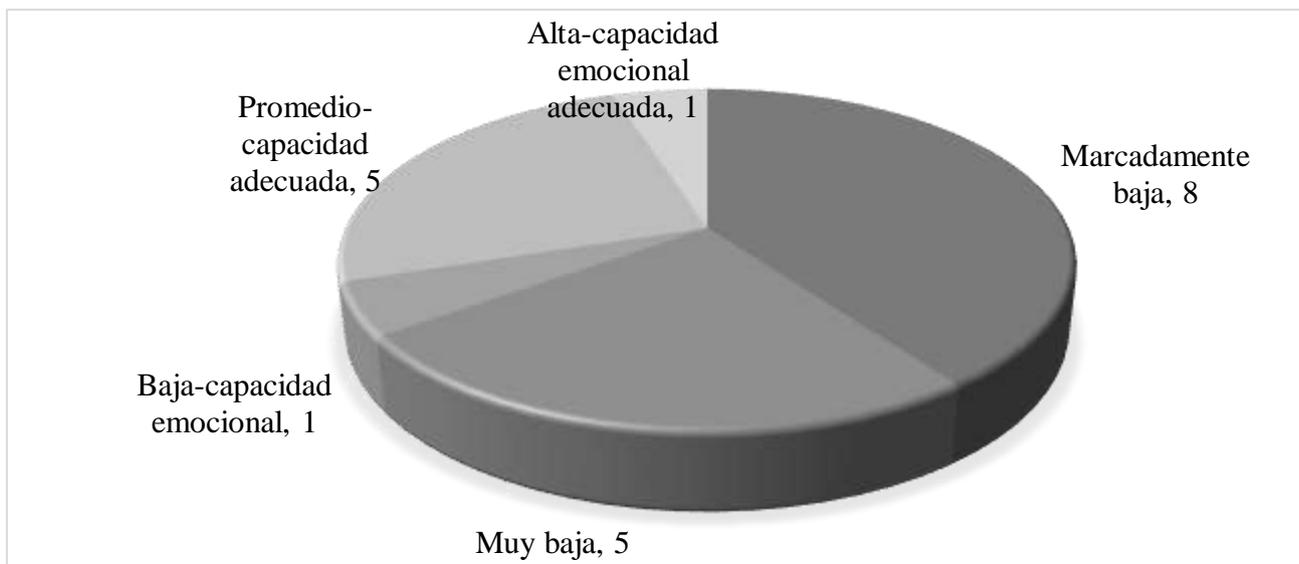
Respondiendo al objetivo general: comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión, se ha encontrado diferencias significativas en cada uno de los componentes, especialmente en el cociente emocional general, componente intrapersonal y en los componentes de estrés, es decir, aquellas personas que asisten a grupos de autoayuda presentaron niveles más elevados ( $p < 0.05$ ). Tabla 3.

*Tabla 3: Inteligencia emocional según centro*

Cociente/componente	CETAD		Grupo de autoayuda		p
	M	DE	M	DE	
Cociente emocional general	<b>77.40</b>	16.55	<b>89.65</b>	16.09	0.023*
Componente intrapersonal	<b>85.20</b>	17.00	<b>98.05</b>	16.02	0.019*
Componente interpersonal	75.20	16.00	82.00	21.58	0.265
Componente de adaptabilidad	<b>81.70</b>	14.98	86.35	11.88	0.284
Componente de manejo de estrés	<b>78.70</b>	18.17	<b>89.00</b>	12.83	0.045*
Componente de ánimo general	79.25	18.53	94.75	17.07	0.009*

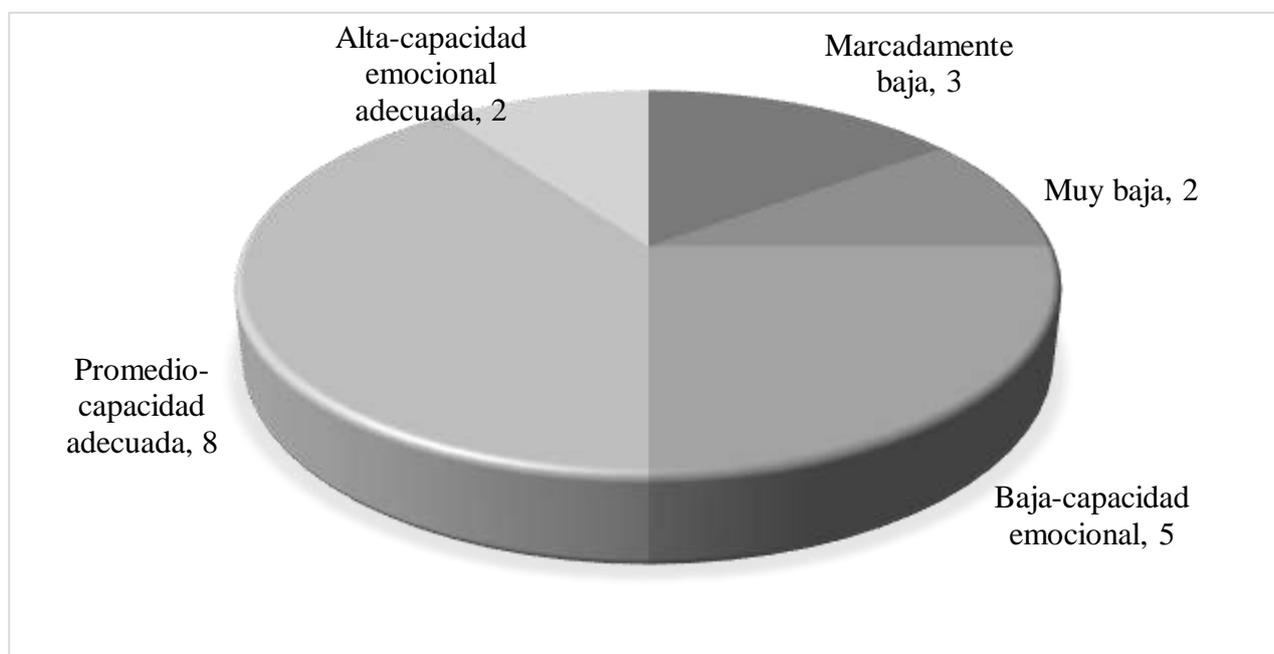
*Fuente: Elaboración propia.*

Con relación al primer objetivo específico: determinar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias, se encontró que 14 tenían una tendencia hacia una baja capacidad emocional, 8 de ellas con una inteligencia emocional marcadamente baja, además una sola persona presentó una alta capacidad emocional adecuada; la media registrada fue de 79.25; DE = 18.53. Ver detalles en la ilustración 1.



*Ilustración 1: Niveles de inteligencia emocional en pacientes con trastorno de consumo.*

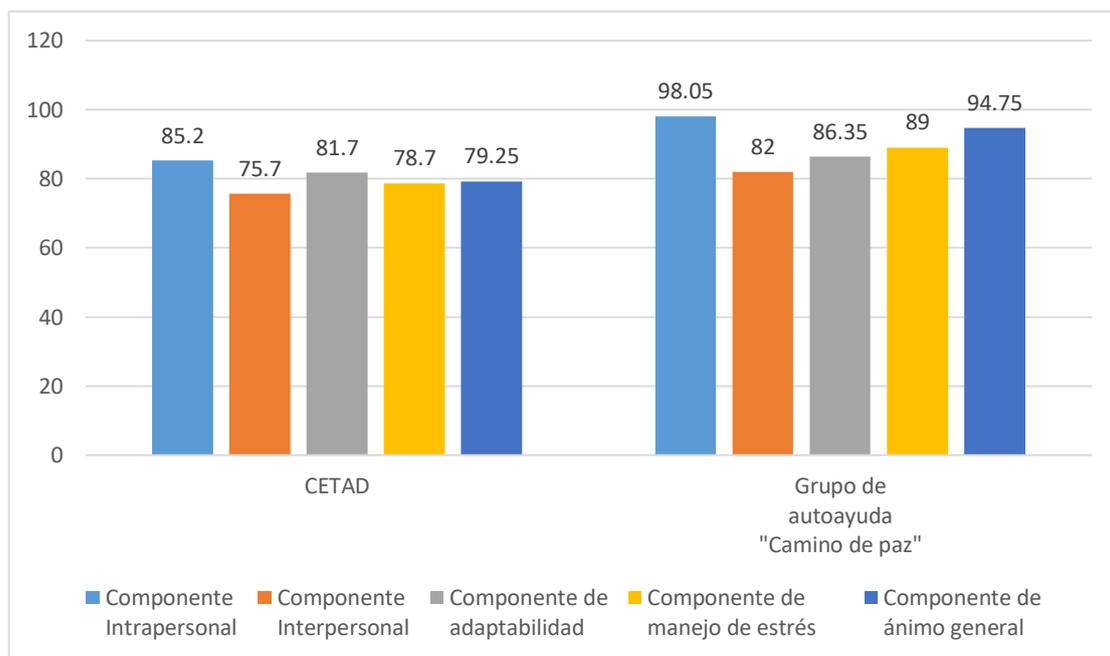
Con respecto al segundo objetivo específico: determinar los niveles de inteligencia emocional en personas en remisión, los resultados arrojaron que del total de personas en etapa de remisión 8 tenían una inteligencia emocional promedio con una capacidad adecuada y 10 personas (la mitad de participantes) con una tendencia una baja inteligencia emocional, la media registrada fue de 94.75; DE = 17.07. Ilustración 2.



*Ilustración 2: Niveles de inteligencia emocional en pacientes en remisión.*

Mencionando al tercer objetivo específico: comparar y analizar los niveles de inteligencia emocional tanto en personas con trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión, se obtuvo lo siguiente:

- Para profundizar más a fondo dicho análisis se han tomado en cuenta los componentes de la inteligencia emocional, de manera que, se puede observar que el grupo de autoayuda presenta mayores puntajes en cada uno de los componentes (intrapersonal, interpersonal, manejo de estrés, adaptabilidad y ánimo general).
- Sin embargo, con respecto al CETAD, se determinó que los componentes con mayor predominancia eran: el intrapersonal y el de adaptabilidad.
- Aquellas personas del grupo de autoayuda revelaron niveles elevados en los componentes intrapersonal y el comportamiento de ánimo general.
- Es interesante observar que en ambos grupos el componente interpersonal es el más bajo.



*Ilustración 3: Análisis de los niveles de inteligencia emocional.*

De acuerdo con el cuarto objetivo específico: determinar datos sociodemográficos y relacionar la inteligencia emocional con los mismos, se ha obtenido lo siguiente:

Según el estado civil, los resultados de la tabla 4 revelaron que eran los divorciados quienes tenían puntuaciones de inteligencia emocional superiores al resto de grupos, en la comparación realizada entre los solteros y los casados debido a la similitud de tamaño de este grupo, no reveló diferencias significativas, implicando que en todos los casos la inteligencia emocional los resultados eran similares. Tabla 4.

*Tabla 4: Inteligencia emocional según estado civil*

	Soltero		Casado		Divorciado		p
	M	DE	M	DE	M	DE	
CE	80.2	16.5	86.4	18.9	86.0	18.1	0.380
Intrapersonal	<b>87.6</b>	18.3	<b>96.9</b>	15.8	<b>91.3</b>	17.4	0.235
Interpersonal	76.2	16.4	77.9	25.8	83.4	12.9	0.697
Adaptabilidad	80.4	12.6	86.5	14.2	89.7	15.0	0.243
Manejo de estrés	82.5	17.5	85.3	18.0	85.7	13.0	0.892
Ánimo general	86.7	16.2	86.5	24.3	86.6	21.3	0.984

*Fuente: Elaboración propia.*

De acuerdo a las características de convivencia, aquellas personas que vivían solos reportaron mayores niveles de inteligencia emocional seguida por quienes viven con los familiares, con respecto a la relación con la familia se determinó que quienes reportaban una excelente relación eran quienes tenían mayores niveles de inteligencia emocional. Ver tabla 5.

Tabla 5: Inteligencia emocional según características de convivencia

	Personas con quien vive								Relación con la familia					
	Padres		Pareja		Familiares		Solo		Excelente		Buena		Mala	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
CE	80.2	17.5	84.3	16.5	89.8	17.3	90.4	17.9	94.1	20.4	79.6	15.3	81.7	14.4
Intrapersonal	<b>87.7</b>	18.4	<b>96.0</b>	<b>15.7</b>	<b>97.8</b>	<b>17.1</b>	<b>97.0</b>	<b>16.2</b>	<b>101.1</b>	18.7	88.3	17.3	89.3	12.9
Interpersonal	76.7	21.8	79.7	21.4	80.0	10.6	84.6	12.1	86.8	20.9	75.0	19.3	79.2	11.6
Adaptabilidad	81.7	11.9	83.0	12.9	89.2	16.1	90.0	19.1	91.3	14.0	81.0	12.0	83.8	16.4
Manejo de estrés	80.7	18.1	79.7	10.8	92.7	13.6	92.6	11.8	93.3	16.4	80.6	16.3	81.0	12.3
Ánimo general	85.2	19.1	85.7	21.6	93.7	21.0	89.0	19.2	97.2	25.4	83.4	17.1	84.3	10.3

Fuente: Elaboración propia.

Según el estado de pareja no se encontraron diferencias significativas; a pesar de que quienes poseían pareja tenían una puntuación ligeramente mayor a quienes no en el componente intrapersonal y quienes no tenían pareja en el ánimo general. Así mismo se encontró quienes mencionaban que su relación era excelente tenían mejor inteligencia emocional. Tabla 6.

Tabla 6: Inteligencia emocional según estado de pareja

	Posee relación de pareja				Relación con la pareja						P
	Si		No		Excelente		Buena		Mala		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
CE	83.6	17.4	83.4	17.6	94.8	18.0	83.2	17.2	71.0	8.7	0.968
Intrapersonal	<b>93.4</b>	18.2	89.6	17.1	104.6	16.5	91.1	18.3	86.5	17.9	0.533
Interpersonal	76.8	21.1	80.6	16.9	80.4	27.5	81.4	16.8	58.3	18.8	0.473
Adaptabilidad	84.0	12.7	84.1	14.8	93.0	14.7	83.8	11.5	73.5	3.5	0.989
Manejo de estrés	83.5	17.3	84.3	15.8	95.6	12.8	85.2	15.5	63.3	9.2	0.776
Ánimo general	85.5	20.8	<b>88.7</b>	17.8	94.8	28.2	81.1	20.6	87.0	6.8	0.626

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al estilo de vida se encontró que aquellas personas que tenían una vivienda propia, mostraban una puntuación de adaptabilidad significativamente menor de aquellas personas que no contaban con una vivienda propia ( $p < .05$ ), así también se encontraron diferencia significativa en el cociente general emocional, en el componente intrapersonal y en el ánimo general según las actividades que desarrollaban actualmente, pues aquellas personas que tienen un labor activo presentaban puntuaciones significativamente mayores de estas características ( $p < .05$ ).

*Tabla 7: Inteligencia emocional según estilo de vida*

	Vivienda propia				p	Actividad que desarrolla actualmente				p
	Si		No			Laboralmente activo		Sin actividad laboral		
	M	DE	M	DE		M	DE	M	DE	
CE	79.7	15.1	86.6	18.6	.206	<b>90.0</b>	<b>15.3</b>	74.7	16.2	.005*
Intrapersonal	90.1	14.7	92.9	19.9	.454	<b>98.5</b>	<b>15.2</b>	82.4	16.6	.004*
Interpersonal	74.2	17.6	82.2	19.8	.196	83.2	18.7	72.4	18.2	.109
Adaptabilidad	79.4	12.7	<b>87.8</b>	<b>13.3</b>	<b>.034*</b>	87.3	11.3	79.6	15.4	.054
Manejo de estrés	81.3	17.6	86.0	15.4	.496	88.4	13.8	77.7	17.9	.055
Ánimo general	82.4	16.3	90.8	21.0	.142	<b>94.0</b>	<b>17.7</b>	77.6	17.6	.005*

*Fuente: Elaboración propia.*

Según las características de consumo de los participantes se reveló que aquellas personas con más de tres tratamientos mostraban puntuaciones un tanto más altas en cada uno de los componentes de la inteligencia emocional, y según el tipo de sustancia aquellas personas que consumían cocaína eran quienes presentaban mayores puntuaciones. Detalles en la tabla 8.

Tabla 8: Estado civil según características de consumo

	Número de tratamientos								Tipo de sustancia consumida					
	Uno		Dos		Tres		Más de tres		Alcohol		Cocaína		Poli consumo	
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE
CE	86.6	15.9	74.1	17.7	79.3	32.7	86.4	10.5	83.4	11.1	86.3	22.3	83.2	17.9
Intrapersonal	96.1	14.9	80.9	19.6	80.7	31.7	94.0	9.9	92.8	12.3	91.0	22.2	91.5	18.2
Interpersonal	77.0	19.2	80.1	17.2	81.3	38.8	82.4	10.2	73.6	11.5	83.3	12.3	78.8	20.8
Adaptabilidad	86.0	13.4	76.4	10.3	81.7	20.7	88.0	13.9	83.4	14.1	88.5	18.8	83.5	13.2
Manejo de estrés	88.2	15.1	72.1	13.6	83.7	30.5	82.0	11.0	85.2	10.5	91.5	14.5	82.6	17.4
Ánimo general	88.7	18.8	78.9	22.5	87.7	29.5	91.6	9.3	92.2	16.7	84.0	29.1	86.5	18.8

Fuente: Elaboración propia.

Considerando el tiempo de consumo de los participantes se encontró que aquellas personas con un consumo oscilante entre 6 y 10 años tenían cada uno de los componentes de la inteligencia emocional y su cociente con puntuaciones ligeramente más elevados que el resto de los grupos. Ver tabla 9.

Tabla 9: Inteligencia emocional según tiempo de consumo

	De 1-5 años		De 6-10 años		Más de 11 años	
	M	DE	M	DE	M	DE
	CE	86.1	16.5	89.4	18.3	77.3
Intrapersonal	92.9	20.3	95.8	17.4	87.5	16.3
Interpersonal	80.4	18.8	83.5	18.9	73.6	19.2
Adaptabilidad	86.3	11.4	88.1	14.1	79.5	13.5
Manejo de estrés	82.1	18.2	91.6	15.0	78.4	14.8
Ánimo general	95.7	15.4	90.2	21.3	79.8	17.6

Fuente: Elaboración propia.

## *Correlaciones*

En la tabla 10 se encuentran las relaciones existentes entre cada uno de los componentes de la inteligencia emocional y su cociente general con: los años de estudio, número de tratamiento, tiempo de consumo, tiempo de internamiento, relación con la familia y relación con la pareja.

En ellas se puede determinar que existían relaciones positivas entre los años de estudio y los componentes intrapersonal, adaptabilidad, manejo de estrés, ánimo en general y el cociente emocional, lo que implica que a mayor sea el nivel en años de estudio, mayor es la inteligencia emocional de los participantes.

Así mismo, el tiempo de internamiento se encontró moderadamente relacionada con la adaptabilidad, decir que, a mayor tiempo de internamiento, mejor adaptabilidad. Con respecto a la relación de pareja se encontró que la adaptabilidad, manejo el estrés y el cociente emocional general, se relacionaban fuertemente y en sentido inverso con la relación de pareja, es decir entre mejor sea la relación de la pareja mayor es la inteligencia emocional.

*Tabla 10: Correlaciones entre inteligencia emocional y características de los participantes*

		CE	Intrapersonal	Interpersonal	Adaptabilidad	Manejo de estrés	Ánimo general
Años de Estudio	r	<b>,458**</b>	<b>,413**</b>	0.272	<b>,328*</b>	<b>,401*</b>	<b>,486**</b>
	p	0.003	0.008	0.090	0.039	0.010	0.001
Número de tratamientos	r	0.080	0.160	0.108	0.028	0.181	0.010
	p	0.624	0.325	0.505	0.864	0.264	0.951
Tiempo de consumo	r	0.243	0.150	0.173	0.235	0.152	<b>-,338*</b>
	p	0.132	0.357	0.285	0.145	0.349	<b>0.033</b>
Tiempo de tratamiento	r	0.115	0.133	0.115	<b>,332*</b>	0.182	0.082
	p	0.480	0.412	0.480	<b>0.036</b>	0.262	0.614

Relación con la familia	r	0.274	0.251	0.167	0.221	0.276	0.248
	p	0.087	0.119	0.303	0.170	0.084	0.122
Relación con la pareja	r	<b>0,457*</b>	0.343	0.327	<b>0,513*</b>	<b>,612**</b>	0.145
	p	<b>0.037</b>	0.127	0.148	<b>0.017</b>	0.003	0.529

*Fuente: Elaboración propia.*

Cumpliendo con el último objetivo, el día lunes 27 de enero de 2020 se ha realizado una reunión con representantes tanto del CETAD como del grupo “camino de paz” del mismo cantón, en dicha reunión se socializaron los resultados arrojados por la investigación, donde además, se han propuesto varias alternativas para mejor la atención a esta problemática mundial.

## 4.2 Discusión

Partiendo del objetivo principal de esta investigación, el mismo que consiste en comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con Trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión, se han encontrado ciertas diferencias, principalmente en el cociente general emocional, dando como resultado que quienes asistían a un grupo de autoayuda obtuvieron mayores niveles de inteligencia emocional que las personas que asistían al CETAD; análogamente, un alto porcentaje de personas que acuden a grupos de autoayuda tienen una adecuada adaptación en el factor emocional, considerándose como personas que pueden controlar sus impulsos y emociones, es importante recalcar que generalmente los adultos son quienes a través de la experiencia y maduración logran obtener una mejor adaptación emocional, así lo expone Ovalle (2012) en su estudio investigativo (Ovalle, 2012).

Por otro lado, haciendo hincapié en el primer objetivo específico: determinar los niveles de inteligencia emocional en personas con trastorno por consumo de sustancias, quienes más de la mitad resultaron poseer bajos niveles de IE; dichos resultados concuerdan con una investigación realizada por Buendía (2018), quien al citar a los autores Fernández, Jorge y Bejar, explica que a menor inteligencia emocional, existe mayor posibilidad de adquirir una dependencia a sustancias psicoactivas. (Buendia, 2018). De manera similar, Epstein al realizar un estudio comparativo con personas que presentaban trastorno por consumo de sustancias, fueron estos quienes resultaron tener bajos niveles de inteligencia emocional (Epstein, 2012).

Ahora bien, de acuerdo con el segundo objetivo específico: determinar los niveles de inteligencia emocional en personas en remisión, al analizar los resultados, se observan que del total de estos individuos, 8 tenían una inteligencia emocional promedio con una capacidad adecuada, y 10 personas poseían una tendencia a una baja inteligencia emocional; varios autores han hallado la existencia de valores bajos en la escala de estrés, debido a la etapa de recuperación en la que se encuentran, permitiendo así reducir su percepción de estrés a medida que se fortalece la abstinencia. Otros estudios demuestran la presencia de niveles bajos de impulsividad, siendo este proporcional al tiempo que

asisten al grupo de autoayuda, adquiriendo nuevas y diferentes conductas para la toma de decisiones (Useche, Escalona, López, & Ortíz, 2017).

Asimismo, resaltando el tercer objetivo de la investigación: comparar y analizar los niveles de inteligencia emocional tanto en el CETAD como en el grupo de autoayuda, se puede observar que con respecto al CETAD, se determinó que los componentes con mayor predominancia eran el intrapersonal y el de adaptabilidad, coincidiendo con análisis realizados por Stifp y Quispe (2019), los mismos observaron que el 73.9% de los participantes drogodependientes alcanzaron niveles moderados en la escala intrapersonal, presentando así habilidades adecuadas para percibir sus emociones (Stifp & Quispe, 2019).

Mientras que aquellas personas del grupo de autoayuda revelaron niveles elevados en los componentes intrapersonal y en el comportamiento de ánimo general; dicho análisis se corrobora con un artículo publicado por Useche, López, Escalona y Ortiz (2017), donde mencionan que los participantes de un grupo de autoayuda mostraron niveles de autoeficacia (componente intrapersonal) superiores a la norma, lo que puede deberse al largo período de abstinencia de la muestra, además del uso de nuevas herramientas que ayudan a afrontar diversas situaciones de riesgo. (Useche, Escalona, López, & Ortíz, 2017).

Es interesante observar que en ambos grupos el componente interpersonal es el más bajo. en consecuencia, el consumo de sustancias parece estar bastante asociado al fenómeno de grupo, resultando así ser variables críticas para el análisis de esta problemática, debido a la relación entre el consumidor y los grupos a los que pertenece (Mendoza & Vargas, 2017).

Para finalizar este apartado, conviene mencionar al cuarto objetivo específico: determinar datos sociodemográficos y relacionar la inteligencia emocional con los mismos, entonces, al realizar la respectiva correlación se ha encontrado la presencia de relaciones positivas entre los años de estudio y los factores intrapersonal, adaptabilidad, manejo de estrés y

ánimo general, deduciendo así, que a mayor años de estudio, mayores serán los niveles de inteligencia emocional en los participantes; esta información se puede corroborar con estudios realizados por Saucedo – Chincay y otros (2011), quienes evidenciaron que en el último curso académico las personas obtienen mayores puntuaciones en inteligencia emocional. Del mismo modo, Pérez y Sánchez (2014) señalaron que la inteligencia emocional es un aspecto de autorregulación emocional que favorece la atención, además del establecimiento y mantenimiento de buenas relaciones interpersonales, facilitando así el aprendizaje y el éxito académico (Suárez, 2017). De igual forma, se encontró una relación entre el tiempo de internamiento y adaptabilidad, es decir, a mayor internamiento mayor adaptabilidad, no obstante, es esencial señalar que no se han encontrado estudios relacionados con este tipo de variables.

Por otra parte, haciendo referencia a la relación de pareja, en este estudio se ha descubierto una fuerte afinidad entre el cociente emocional general, adaptabilidad y manejo de estrés, concordando con indagaciones realizadas por Alarcón, Aznar y Fernández, quienes demostraron la existencia de una correlación positiva entre satisfacción en pareja y niveles de inteligencia emocional, afirmando que al haber mayor satisfacción habrá mejores niveles de IE (Alarcón, Aznar, & Fernández, 2017).

Conviene señalar que, mediante la revisión de la literatura y de los resultados expuestos anteriormente, se ha cumplido con la hipótesis de esta investigación: las personas en remisión que tienen un mayor tiempo de abstinencia presentan altos niveles de inteligencia emocional. Sin embargo, no se ha encontrado información suficiente sobre la relación entre la inteligencia emocional y los grupos de autoayuda, por ello es primordial hacer hincapié en la necesidad de seguir realizando estudios como este, con la finalidad de expandir nuestro conocimiento como profesionales de la salud mental; y de esta manera prestar nuestra ayuda sin esperar algún beneficio propio.

## 5. CONCLUSIONES

A modo de cierre de este estudio investigativo, conviene mencionar que:

- Tanto el grupo CETAD como el grupo de autoayuda obtuvieron puntajes bajos en el componente interpersonal, esto debido al grupo de pares con los que se relacionan.
- Ambos grupos dieron como resultado un mayor puntaje en el componente intrapersonal, dicho de otro modo, son personas que pueden llegar a reconocer sus emociones con mayor facilidad.
- De acuerdo con el análisis de resultados, la inteligencia emocional es proporcional al nivel en años de estudio, es decir, a mayor nivel en esta variable, mayor será la inteligencia emocional.
- El tiempo de internamiento y la relación de pareja parecen tener gran influencia a la hora de hablar de inteligencia emocional.
- El apoyo terapéutico es imprescindible para ascender los niveles de inteligencia emocional en poblaciones vulnerables como la estudiada en esta investigación.

## 6. RECOMENDACIONES

Al haber culminado con la investigación enfocada a comparar los niveles de inteligencia emocional en personas con trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión, se sugiere:

- Seguir indagando sobre el campo de las adicciones con relación a la inteligencia emocional, puesto que en nuestro país Ecuador, los estudios sobre estos temas siguen siendo escasos, sería de gran ayuda obtener mayor información sobre estos grupos vulnerables, especialmente en los grupos de autoayuda (A.A y N.A), para de esta manera solventar bases para un mejor tratamiento en cada uno de los grupos estudiados.
- Fomentar en los profesionales de la salud mental, el estudio de la inteligencia emocional, como una herramienta imprescindible ante las circunstancias y adversidades presentadas en la vida cotidiana de aquellas personas que presentan problemas con el consumo de sustancias, de esta manera se estaría contribuyendo a reducir los índices de recaídas.
- Establecer estrategias para mejorar el tratamiento en personas consumidoras de sustancias, potencializando y fortaleciendo cada uno de los componentes estudiados en esta investigación, las mismas pueden ser aplicadas en terapias grupales o individuales.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, G. (2017). *Comprendiendo las adicciones: la teoría del aprendizaje y su prevención en recaídas*. Santiago, Chile. Obtenido de Academia: [https://www.academia.edu/25918380/COMPRENDIENDO\\_LAS\\_ADICCIONES\\_LA\\_TEORIA\\_DEL\\_APRENDIZAJE\\_Y\\_SU\\_APLICACION\\_EN\\_PREVENCIÓN\\_DE\\_RECAIDAS](https://www.academia.edu/25918380/COMPRENDIENDO_LAS_ADICCIONES_LA_TEORIA_DEL_APRENDIZAJE_Y_SU_APLICACION_EN_PREVENCIÓN_DE_RECAIDAS)
- Adserá, A. (01 de julio de 2009). *Blog de Psicología Positiva*. Obtenido de Blog de Psicología Positiva: <http://www.blogpsicopositiva.com/?itemid=369>
- Alarcón, M. D., Aznar, L., & Fernández, G. (15 de marzo de 2017). I Congreso Virtual Internacional de Psicología. *Relación entre Inteligencia Emocional y relación en pareja en adultos*. España.
- Alcohólicos-Anónimos. (2019). *alcoholicosanonimos.org*. Obtenido de alcoholicosanonimos.org: [http://www.alcoholicosanonimos.org/v\\_portal/apartados/apartado.asp?te=189&fbclid=IwAR0G6eulvpgzyDo5aox9WwC8WHSu-2Gxh\\_gfJt37GX0I0Fhu29L\\_eVeXqpM](http://www.alcoholicosanonimos.org/v_portal/apartados/apartado.asp?te=189&fbclid=IwAR0G6eulvpgzyDo5aox9WwC8WHSu-2Gxh_gfJt37GX0I0Fhu29L_eVeXqpM)
- Alfonzo, L. (4 de junio de 2013). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud : [http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Prueba\\_ASSIST\\_Alfonzo\\_OPS.pdf](http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2013/Prueba_ASSIST_Alfonzo_OPS.pdf)
- Alonso, A. (10 de julio de 2015). *Psyciencia*. Obtenido de Psyciencia: <https://www.psyciencia.com/definicion-de-la-semana-dependencia-fisica-y-dependencia-psicologica-de-las-drogas/>
- Alvarado, J., & Lobato, M. (16 de septiembre de 2011). *Slideshare*. Obtenido de Slideshare: [https://es.slideshare.net/j\\_mejia/modelos-explicativos-endrogodependencias](https://es.slideshare.net/j_mejia/modelos-explicativos-endrogodependencias)
- Ardila, R. (2010). Inteligencia. ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar? *Revista Aacademia Colombia*, 98.
- Bar-On, R. (17 de febrero de 2014). Entrevista al Dr. Reuven Bar-On experto en Inteligencia emocional. (L. Molina, Entrevistador)
- Becoña, E., & Cortés, M. (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación. En E. Becoña, & M. Cortés, *Manual de*

- adicciones para psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación* (págs. 15 - 26). Argentina : Socidrogalcohol.
- Beltrán, J. (10 de junio de 2019). En 300 grupos se comparte lucha contra el alcoholismo. *El Universo*.
- Berruecos, L. (2010). Drogradicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Scielo*.
- Braganza, E. (01 de octubre de 2017). *udla.edu.ec*. Obtenido de *udla.edu.ec*: <https://www.udla.edu.ec/2017/10/01/el-alcoholismo-un-gran-problema-en-ecuador/>
- Brasó, Á. (2019). *Psicología a la carta* . Obtenido de *Psicología a la carta* : <https://psicologialacarta.wordpress.com/2013/11/17/creencias-sobre-las-adicciones-del-modelo-moral-al-biopsicosocial/>
- Buendía, M. (25 de mayo de 2018). Inteligencia emocional y drogodependencias: Factores de riesgo psicosociales (Tesis de grado). Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.
- Cárdenas, M. Á. (Julio de 2016). Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico Tratamiento de las drogodependencias desde un enfoque sistémico. (TESIS DE GRADO). Universidad de Chile. Santiago, Chile.
- Carrero, M. (29 de marzo de 2019). *lamenteesmaravillosa.com*. Obtenido de *amenteesmaravillosa.com*: <https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-triarquica-de-la-inteligencia-de-sternberg/>
- Chacón, F. (2019). Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años en consulta externa de psiquiatría infanto - juvenil del Hospital Vicente Corral Moscoso 2017. (Tesis de Maestría). Universidad de Cuenca. Cuenca, Azuay, Ecuador. Obtenido de *Ucuenca.edu.ec*: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31953/1/TESIS.pdf>
- Chairez, I. (6 de mayo de 2016). *prezi.com*. Obtenido de *prezi.com*: <https://prezi.com/jvou3whkmkmj/analisis-del-modelo-de-inteligencia-emocional-de-daniel-goleman/>
- Chirio, D. (6 de Septiembre de 2015). *SlideShare*. Obtenido de *SlideShare*: <https://es.slideshare.net/DiegoChirioAldazabal/baron-ice>
- Cordero, J., López, V., & Bonfante, R. (2014). Efecto de la extinción en múltiples contextos sobre la renovación de las respuestas compensatorias condicionadas al etanol. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 1623 - 1624.

- Costa, L. (18 de febrero de 2014). *sobretodolavida*. Obtenido de sobretodolavida: <https://sobretodolavida.wordpress.com/2013/07/03/la-inteligencia-emocional-segun-goleman/>
- De Brito, A. (4 de diciembre de 2018). *agustindebrito.com*. Obtenido de agustindebrito.com: <https://agustindebrito.com/uso-abuso-y-dependencia/>
- De Souza, L. (diciembre de 2011). *eumed.net*. Obtenido de eumed.net: <http://www.eumed.net/rev/cccss/16/lsb.html>
- Del Bosque, J., Fuentes, A., Bruno, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Scielo*.
- Educación, M. d. (2018). *educación.gob.ec*. Obtenido de educación.gob.ec: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2019/02/Ruta-y-protocolo-CETAD.pdf>
- Educación-Emocional. (11 de junio de 2019). *educacionemocionalbehappy.com*. Obtenido de educacionemocionalbehappy.com: <https://www.educacionemocionalbehappy.com/educacion-emocional-en-la-prevencion-del-consumo-de-drogas/>
- Endara, V. (03 de febrero de 2019). Consumidores y Centros especializados en Ecuador. *El Telégrafo*.
- Endara, V. (3 de febrero de 2019). Consumo de drogas en Ecuador . *El Telégrafo*.
- Epstein, M. (6 de noviembre de 2012). *DOCPLAYER*. Obtenido de DOCPLAYER: <https://docplayer.es/54663064-La-inteligencia-emocional-en-pacientes-adictos-tutor-dra-gongora-vanesa-autor-epstein-m-e-fecha-de-entrega.html>
- Estrella, B. (2019). Inteligencia Emocional y Fidelidad en parejas en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Educación, Humanas y Tecnologías de la Universidad Nacional de Chimborazo. Periodo octubre 2018 - marzo 2019. (Tesis de Licenciatura). Universidad de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.
- Fernández, D. (2019). Narcóticos Anónimos y Centros de Atención al Drogodependiente: un análisis antropológico de dos recursos asistenciales. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Fernández, M., Moreno, L., & Verdejo, A. (Enero de 2012). *Elsevier*. Obtenido de Elsevier: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097312700405>
- Fragoso, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de educación superior*.

- Freedman, J. (2017 de septiembre de 2017). *sixseconds*. Obtenido de sixseconds: <https://esp.6seconds.org/2017/09/01/inteligencia-que-origen-definicion-y-historia-de-inteligencia-emocional/>
- García, M., & Giménez, S. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador . *Revista digital del Centro del Profesorado Cuevas - Olula*, 46.
- Gómez, J. (Mayo de 2018). Centro de rehabilitación de adicciones para niñas y adolescentes en la ciudad de Guayaquil. (Tesis de Titulación). Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Guayaquil , Ecuador .
- Gómez, R. (2017). Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones . En R. Gómez, *Psicología de las Drogodependencias y las Adicciones* (págs. 117 - 130). Córdoba: brujas.
- González, B. (26 de julio de 2019). *NeuroClass*. Obtenido de NeuroClass: <https://neuro-class.com/teorias-del-aprendizaje-como-aprendemos/>
- Gonzálvez, M., Espada, J., Guillén, A., & Orgilés, M. (2014). ¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales? *Revista española de Drogodependencias* , 15.
- Granero, Y., Heras, R., Padilla, V., Pedrero, P., Sainero, F., Santos, J., & Verdugo, R. (2015). *projecthome.cat*. Obtenido de projecthome.cat: <https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>
- GreenFacts*. (17 de diciembre de 2019). Obtenido de GreenFacts: <https://www.greenfacts.org/es/glosario/pqrs/sindrome-de-abstinencia.htm>
- Guadalupe, C. (13 de septiembre de 2017). Consumo de drogas, cifras que todo padre debe saber. *El Universo*.
- Gutiérrez, Á. (2014). La religiosidad de Alcohólicos Anónimos. *Revista Científica de Investigaciones Regionales* , 75 - 78.
- Gutiérrez, M., Blanco, L., & Márquez, C. (2016). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Scielo*, 209 - 210.
- Hernández, J. (25 de julio de 2018). *reeditor*. Obtenido de reeditor: <https://www.reeditor.com/columna/19612/24/psicologia/la/importancia/origen/la/inteligencia/emocional>
- Loor, W., Hidalgo, H., Macías, J., & Scrich, J. (2018). Causa de las adicciones en adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Archivo Médico de Camaguey* .

- Madrid Salud* . (27 de enero de 2016). Obtenido de Madrid Salud :  
<http://www.madridsalud.es/serviciopad/wiki/uso-abuso-y-dependencia/>
- Malena. (26 de septiembre de 2012). *LaGuía*. Obtenido de LaGuía:  
<https://psicologia.laguia2000.com/psicologia-cognitiva/watson-y-el-conductismo>
- Mejía, J. (2012). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Revista U Distrital*, 11.
- Melamed, A. (2016). Las teorías de las emociones y su relación con la cognición: un análisis desde la filosofía de la mente. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, 15 - 16.
- Mendoza, Y., & Vargas, K. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción de sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de psicología Iztacala*.
- Molina, A. (2013). Personas, emociones y adicciones: Más allá del cerebro . *Revista de adicción y ciencia*, 1 - 2.
- Moreno, G. d. (2014). Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España. Obtenido de eprints.ucm.es:  
<https://eprints.ucm.es/24522/1/T35211.pdf>
- MSP. (octubre de 2015). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública:  
[https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller\\_quito/Taller%202022-10-2015/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20Residencial%2007\\_10\\_2015%20ok-1.pdf](https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/taller_quito/Taller%202022-10-2015/Modelo%20de%20Atenci%C3%B3n%20Integral%20Residencial%2007_10_2015%20ok-1.pdf)
- Muñoz, A. (1 de noviembre de 2019). *About Español*. Obtenido de About Español:  
<https://www.aboutespanol.com/que-es-la-inteligencia-emocional-2396388>
- NIH. (marzo de 2018). *National Institute on Drug Abuse*. Obtenido de National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/la-heroina/cuales-son-los-efectos-largo-plazo-del-consumo-de-heroina>
- Oliveros, S. (2019). *grupodoctoroliveros.com*. Obtenido de grupodoctoroliveros.com:  
<https://www.grupodoctoroliveros.com/la-teoria-de-la-automedicacion-en-las-adicciones>
- OMS. (2016). *La dimensión de la salud pública del problema mundial de las drogas* .

- Ovalle, K. (febrero de 2012). Adaptación social del Narcótico: Estudio realizado en Narcóticos Anónimos de la Zona 1 de Quetzaltenango. (Tesis de grado). Universidad Rafael Landívar. Quetzaltenango, Guatemala.
- Patiño, T., & Placencia, A. (2017). *ucuenca.edu.ec*. Obtenido de *ucuenca.edu.ec*: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27066/1/PROYECTO%20D E%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Pelegrino, G., Pérez, G., Castellanos, D., Martínez, M., & Ramírez, G. (2015). Conocimientos generales sobre el Grupo Alcohólicos Anónimos. *Scielo*.
- Peña, M. C. (noviembre de 2015). Programa de prevención para consumo de sustancias psicoactivas. (Tesis de Maestría). Universidad Internacional de la Rioja. Bogotá, Colombia. Obtenido de *reunir.unir.net*: <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/4836/PE%C3%91A%20DIA Z%2C%20MARIA%20CRISTINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pérez, P., Calzada, N., Rovira, J., & Torrico, E. (abril de 2012). Estructura factorial del test ASSIST, aplicación del análisis factorial exploratorio y confirmatorio. *ELSEVIER*. Obtenido de ELSEVIER: <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-estructura-factorial-del-test-assist-X1575097312484107>
- Pinedo, I., & Yáñez, J. (2017). La dimensión cognitiva de las emociones en la vida moral: los aportes de Martha Nussbaum al estado actual de la discusión. *Cuestiones de Filosofía*, 111- 112.
- Pradas, C. (19 de junio de 2018). *Psicología - online*. Obtenido de *Psicología - online* : <https://www.psicologia-online.com/teoria-de-la-inteligencia-emocional-de-daniel-goleman-resumen-y-test-3905.html>
- Prera, M. (2018). *Psicología y Mente*. Obtenido de *Psicología Y Mente*: <https://psicologiaymente.com/drogas/heroina>
- PúblicaFM. (19 de septiembre de 2018). Microtráfico de drogas alcanza altos índices en Ecuador. *Pública FM*.
- Ramírez, C., Moncada, C., & Baptista, T. (2011). Validez y confiabilidad del Minimental state examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 20*. Obtenido de <https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjv46ujpJrjAhUMzlkKHd07DMMQFjABegQIB>

- BAC&url=http%3A%2F%2Frevistas.saber.ula.ve%2Findex.php%2Fmedula%2Farticle%2Fdownload%2F5852%2F5652&usg=AOvVaw3EJcArz4xX1uyp6id
- Regader, B. (5 de diciembre de 2019). Obtenido de [https://www.cuerpamente.com/psicologia/educacion/teoria-inteligencias-multiples-howard-gardner\\_1012](https://www.cuerpamente.com/psicologia/educacion/teoria-inteligencias-multiples-howard-gardner_1012)
- Regader, B. (2019). *Cognición e Inteligencia* . Obtenido de Psicología y Mente: <https://psicologiaymente.com/inteligencia/inteligencia-emocional>
- Rigo, D., & Donolo, D. (2012). Tres enfoques sobre inteligencia: un estudio con trabajadores manuales. *Scielo*, 40.
- Riofrio, E. (9 de noviembre de 2018). *utpl.edu.ec*. Obtenido de [utpl.edu.ec: https://noticias.utpl.edu.ec/utpl-instaura-el-primer-observatorio-de-consumo-de-drogas-del-ecuador](https://noticias.utpl.edu.ec/utpl-instaura-el-primer-observatorio-de-consumo-de-drogas-del-ecuador)
- Roa, M. (2019). *Manual para el alumno o alumna: cómo afectan las conductas adictivas en el entorno familiar y cómo prevenirlas* . Madrir : CEAPA.
- Rodelgo, T. (12 de agosto de 2016). *onmeda.es*. Obtenido de [onmeda.es: https://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo-consecuencias-10019-5.html](https://www.onmeda.es/adicciones/alcoholismo-consecuencias-10019-5.html)
- Rojas, C. (01 de agosto de 2015). Tratamiento para el uso problemático de drogas: conceptos y pilares fundamentales de una intervención terapéutica. Chile.
- Rojas, M. J. (20 de Septiembre de 2019). Proyecto de investigación de inteligencia emocional en drogodependientes. (M. L. Ríos, Entrevistador)
- Rosales, Y., & Góngora, M. D. (2017). La marihuana y los efectos que provocan en los seres humanos . *Scielo* .
- Saltos, F. (3 de junio de 2016). La Función Paterna y los Grupos de Narcóticos Anónimos N.A. (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. Obtenido de Universidad Católica de Santiago de Guayaquil: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/6093/1/T-UCSG-POS-PSCO-46.pdf>
- Sánchez, T., & Latorre, J. (2012). Psicología conductual. Vol. 20. *Inteligencia emocional y clima familiar*. Universidad de Catilla. La Mancha, España.
- Stanford Children's Health*. (2019). Obtenido de [Stanford Children's Health: https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=abusodesustanciasyladependenciasustanciasquimicas-90-P04746](https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=abusodesustanciasyladependenciasustanciasquimicas-90-P04746)

- Stifp, R., & Quispe, D. (2019). Rasgos de personalidad e inteligencia emocional en pacientes drogodependientes internos de dos centros de rehabilitación de Lima Este. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* , 61 - 70.
- Suárez, V. (2017). *Inteligencia emocional y relaciones amorosas en la adolescencia. (Tesis Doctoral). Universidad de Vigo. España.*
- Tobaruela, N. (4 de agosto de 2016). *escuela con cerebro*. Obtenido de escuela con cerebro: <https://escuelaconcerebro.wordpress.com/2016/08/04/precursores-y-origen-cientifico-del-constructo-de-inteligencia-emocional/>
- UNODC. (2018). *UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito*. Obtenido de UNODC: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito: [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Useche, F., Escalona, M., López, V., & Ortíz, G. (2017). Factores Psicosociales en la recaída de la dependencia de alcohol: un análisis de ruta. *Dialnet*.
- Vázquez, D. (15 de agosto de 2019). Grupos de autoayuda en el cantón Gualaceo. (L. Ríos, Entrevistador)
- Vázquez, J. (julio de 2014). *CICAD*. Obtenido de CICAD: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:h7McOPIOuLcJ:cicad.oas.org/apps/Document.aspx%3FId%3D2850+&cd=12&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>
- Velásquez, V., Suárez, P., Serrano, H., & Yance, C. (2016). Inteligencia emocional y su influencia en la gestión personal y productiva de los microemoresarios . *Revista Ciencia UNEMI*, 82 - 84.
- Velher, L. (20 de julio de 2013). *SlideShare*. Obtenido de SlideShare : [https://es.slideshare.net/LoVe18/mini-mental-test-24462234?next\\_slideshow=1](https://es.slideshare.net/LoVe18/mini-mental-test-24462234?next_slideshow=1)

## 8. ANEXOS

### ANEXO 1: Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON USUARIOS DEL CENTRO ESPECIALIZADO EN TRATAMIENTO PARA PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CETAD) – GUALACEO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PERSONAS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y PERSONAS EN REMISIÓN.**

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión para participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

**Objetivo de la investigación**

Usted ha sido invitado para participar en una investigación. El propósito de esta es *analizar los niveles de inteligencia emocional en personas con trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión*

**Procedimiento de la investigación**

Si usted acepta participar en esta investigación, a usted se le aplicarán varios test: una ficha sociodemográfica, un test de inteligencia emocional (inventario de inteligencia emocional de bar – on), un test que evalúa deterioro cognitivo (minimental). Estas pruebas le tomarán un tiempo máximo de 2 horas y serán aplicadas por la investigadora. La persona responsable de estas evaluaciones es María Laura Ríos Matute.

**Beneficios**

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del CETAD, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

**Riesgos**

Esta investigación no tiene riesgos para usted.

**Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

**Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria, así mismo podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere. Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación de su persona en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor dirijase a Maria Laura Rios, al correo electrónico rioslau1997@gmail.com o al celular 0995380183.

#### DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: D.R.B.A

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha: 11-10-2017

Maria Laura Rios  
Investigadora responsable

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO CON PERSONAS DEL  
GRUPO DE AUTO AYUDA - GUALACEO**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN  
PERSONAS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y  
PERSONAS EN REMISIÓN.**

El propósito de la información que usted leerá a continuación es ayudarlo a tomar la decisión para participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

**Objetivo de la investigación**

Usted ha sido invitado para participar en una investigación. El propósito de esta es *analizar los niveles de inteligencia emocional en personas con trastorno por consumo de sustancias y personas en remisión*

**Procedimiento de la investigación**

Si usted acepta participar en esta investigación, a usted se le aplicarán varios test: un test de inteligencia emocional (inventario de inteligencia emocional de bar-on), un test que detecta un consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (assist) y un test que evalúa deterioro cognitivo (minimental) y una ficha sociodemográfica.

Estas pruebas le tomarán un tiempo máximo de 3 horas y serán aplicadas por la investigadora. La persona responsable de estas evaluaciones es Maria Laura Rios Matute.

**Beneficios**

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los coordinadores del grupo "Camino de paz", para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

**Riesgos**

Esta investigación no tiene riesgos para usted.

**Confidencialidad de la información personal y médica**

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

**Voluntariedad de la participación**

La participación en esta investigación es completamente voluntaria, así mismo podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación de su persona en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

En caso de que usted no esté conforme o tenga alguna duda, comentario con respecto a las evaluaciones favor dirijase a María Laura Ríos, al correo electrónico rioslau1997@gmail.com o al celular 0995380183.

**DECLARACION DE CONSENTIMIENTO**

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre participante: M. M.

Firma: [Firma manuscrita]

Fecha: 27-07-2019

✓ **María Laura Ríos**  
Investigadora responsable

## ANEXO 2: Ficha sociodemográfica

### Ficha sociodemográfica (CETAD - GUALACEO)

#### INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

**Edad:** \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### Años de estudio

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación básica incompleta       | <input type="checkbox"/> Nivel tecnológico |
| <input type="checkbox"/> Educación básica completa         | <input type="checkbox"/> Nivel superior    |
| <input type="checkbox"/> Educación básica hasta décimo año | <input type="checkbox"/> Nivel postgrado   |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato completo             |  |

#### Estado civil actual:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soltero        | <input type="checkbox"/> Separado (de hecho)                                     |
| <input type="checkbox"/> Unión de hecho | <input type="checkbox"/> Divorciado (legalmente) especifique cuanto tiempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Casado/        | <input type="checkbox"/> Viudo   |

#### Tiempo de internamiento.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 a 2 meses    |
| <input type="checkbox"/> 3 a 5 meses    |
| <input type="checkbox"/> Más de 5 meses |

**Número de tratamientos, por favor especifique el tiempo que duró en cada uno de ellos.**

<input type="checkbox"/> 1 _____
<input type="checkbox"/> 2 _____
<input type="checkbox"/> 3 _____
<input type="checkbox"/> Más de 4 _____

**Tipo de sustancia que consume**

<input type="checkbox"/> Alcohol
<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Cocaína
<input type="checkbox"/> Base de cocaína
<input type="checkbox"/> Anfetaminas
<input type="checkbox"/> Inhalantes
<input type="checkbox"/> Policonsumo
<input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____

**Tiempo de consumo**

<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses
<input type="checkbox"/> 1 a 2 años
<input type="checkbox"/> 3 a 4 años
<input type="checkbox"/> Más de 5 años

**¿Qué actividad desarrolla actualmente?**

<input type="checkbox"/> Laboralmente activo (jornada completa)	<input type="checkbox"/> en formación
<input type="checkbox"/> Laboralmente activo (media jornada)	<input type="checkbox"/> cambio de actividad, especifique _____
<input type="checkbox"/> Laboralmente activo (ocasionalmente)	<input type="checkbox"/> servicio militar
<input type="checkbox"/> Sin actividad laboral	<input type="checkbox"/> cesante
<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> jubilado/a
	<input type="checkbox"/> otro: _____

**¿Posee usted vivienda propia?**

Sí

No

**¿Quiénes viven con usted?**

- Vive con ambos padres y hermanos
- Vive con su esposo (a) pareja
- Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
- Vive sólo con el padre o la madre
- Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos
- Vive solo
- Vive con amigos (as)
- Otros (indicar con quienes).....

**¿Cómo describe la relación con los miembros de su familia?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**¿Cómo describe la relación con sus amistades?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**¿Usted mantiene una relación de pareja?**

Sí

No

**¿Cómo es la relación con su pareja actual?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

## Ficha sociodemográfica (Grupo camino de paz)

### INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

**Edad:** \_\_\_\_\_ años cumplidos

#### Años de estudio

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación básica incompleta       | <input type="checkbox"/> Nivel tecnológico |
| <input type="checkbox"/> Educación básica incompleta       | <input type="checkbox"/> Nivel superior    |
| <input type="checkbox"/> Educación básica hasta décimo año | <input type="checkbox"/> Nivel postgrado   |
| <input type="checkbox"/> Bachillerato completo             |  |

#### Estado civil actual:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Soltero        | <input type="checkbox"/> Separado (de hecho)                                     |
| <input type="checkbox"/> Unión de hecho | <input type="checkbox"/> Divorciado (legalmente) especifique cuanto tiempo _____ |
| <input type="checkbox"/> Casado         | <input type="checkbox"/> Viudo   |

**Número de tratamientos, por favor especifique el tiempo que duró en cada uno de ellos.**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 1 _____        |
| <input type="checkbox"/> 2 _____        |
| <input type="checkbox"/> 3 _____        |
| <input type="checkbox"/> Más de 4 _____ |

**Tipo de sustancia que consume**

- Alcohol
- Cannabis
- Cocaína
- Base de cocaína
- Anfetaminas
- Inhalantes
- Poli consumo
- Otros (especifique)\_\_\_\_\_

**Tiempo de consumo**

- Menos de 6 meses
- 1 a 2 años
- 3 a 4 años
- Más de 5 años

**Tiempo de asistencia al grupo de auto ayuda.**

- 3 meses
- 6 meses
- 8 meses
- 1 año
- Más de un año

**¿Qué actividad desarrolla actualmente?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (jornada completa) | <input type="checkbox"/> en formación                          |
| <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (media jornada)    | <input type="checkbox"/> cambio de actividad, especifique_____ |
| <input type="checkbox"/> Laboralmente activo (ocasionalmente)   | <input type="checkbox"/> servicio militar                      |
| <input type="checkbox"/> Sin actividad laboral                  | <input type="checkbox"/> cesante                               |
| <input type="checkbox"/> Estudiante                             | <input type="checkbox"/> jubilado/a                            |
|   | <input type="checkbox"/> otro:_____                            |

**¿Posee usted vivienda propia?**

Sí

No

**¿Quiénes viven con usted?**

- Vive con ambos padres y hermanos
- Vive con su esposo (a) pareja
- Vive con ambos padres, hermanos y otros familiares (abuelos o tíos, etc.)
- Vive sólo con el padre o la madre
- Vive con su madre o padre y su nueva pareja y sus hijos
- Vive solo
- Vive con amigos (as)
- Otros (indicar con quienes).....

**¿Cómo describe la relación con los miembros de su familia?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**¿Cómo describe la relación con sus amistades?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

**¿Usted mantiene una relación de pareja?**

Sí

No

**¿Cómo es la relación con su pareja actual?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

### **ANEXO 3: Inventario de inteligencia emocional de Bar-On**

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

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

#### **Introducción**

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de usted mismo(a). Para ello, debe indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como se siente, piensa o actúa la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.

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

#### **Instrucciones**

Lea cada una de las frases y seleccione UNA de las cinco alternativas, la que sea más apropiada para usted, seleccionando el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que escogió según sea su caso.

Si alguna de las frases no tiene que ver con usted, igualmente responda teniendo en cuenta cómo se sentirías, pensarías o actuarías si estuviera en esa situación. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responda honesta y sinceramente de acuerdo a como es, NO como le gustaría ser, no como le gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaje con rapidez y asegúrese de responder a TODAS las oraciones.

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

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

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

72. Me importa lo que puede sucederle a los demás.
73. Soy impaciente.
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres.
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema.
76. Si pudiera violar la ley sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones.
77. Me deprimó.
78. Sé cómo mantener la calma en situaciones difíciles.
79. Nunca he mentado.
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten.
82. Me resulta difícil decir “no” aunque tenga el deseo de hacerlo.
83. Me dejo llevar por mi imaginación y mis fantasías.
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos.
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar.
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.
88. Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a).
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.
90. Soy capaz de respetar a los demás.
91. No estoy muy contento(a) con mi vida.
92. Prefiero seguir a otros a ser líder.
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida.
94. Nunca he violado la ley.
95. Disfruto de las cosas que me interesan.
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso.
97. Tiendo a exagerar.
98. Soy sensible ante los sentimientos de las otras personas.
99. Mantengo buenas relaciones con los demás.
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo
101. Soy una persona muy extraña.
102. Soy impulsivo(a).

103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres.
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley.
105. Disfruto las vacaciones y los fines de semana.
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.
107. Tengo tendencia a depender de otros.
108. Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora.
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.
112. Soy capaz de dejar de fantasear para volver a ponerme en contacto con la realidad.
113. Los demás opinan que soy una persona sociable.
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo.
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender.
116. Me es difícil describir lo que siento.
117. Tengo mal carácter.
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema.
119. Me es difícil ver sufrir a la gente.
120. Me gusta divertirme.
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan.
122. Me pongo ansioso(a).
123. No tengo días malos.
124. Intento no herir los sentimientos de los demás.
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.
126. Me es difícil hacer valer mis derechos.
127. Me es difícil ser realista.
128. No mantengo relación con mis amistades.
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a).
130. Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente.
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar.
133. He respondido sincera y honestamente a las frases anteriores.

**ANEXO 4: Prueba de detección de consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias (Assist)**

OMS - ASSIST V3.0



**OMS - ASSIST V3.0**

ENTREVISTADOR	<input type="text"/>	PAÍS	<input type="text"/>	CLÍNICA	<input type="text"/>
Nº PARTICIPANTE	<input type="text"/>	FECHA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)**

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

**Pregunta 1**

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankmazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, kotamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: "¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los items, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos items, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.



### Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses. (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	6

**Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.**

**Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.**

### Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6



## Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

## Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

**Pregunta 6**

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

**Pregunta 7**

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



### Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

#### CÓMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como:  $P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c$

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como:  $P2a + P3a + P4a + P6a + P7a$

#### EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA.

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

**NOTA:** \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.



## ANEXO 6: Socialización de resultados

