

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades
Escuela Profesional de Psicología



**RESILIENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y
AMBULATORIOS DIAGNOSTICADOS CON ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Cano Dávila, Michelle

Neyra Elguera, Rosario Andrea

Para optar el Título Profesional de

Licenciada en Psicología

Asesor:

Mg. Puma Huacac, Roger

Arequipa-Perú

2020

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"RESILENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS Y
AMBULATORIOS DIAGNOSTICADOS CON ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS"

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR las BACHILLERES

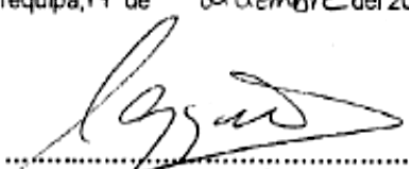
MICHELLE CANO DÁVILA
ROSARIO ANDREA NEYRA ELGUERA

Del Dictamen:

Aprobado, para la siguiente etapa.

Observaciones:

Arequipa, 17 de diciembre del 2019


.....
DR. RAÚL GUZMÁN GAMERO


.....
MGTER. ROGER PUMA HUACAC

Dedicatoria

A mis dos ángeles que están cuidando mis pasos, no hay palabras que expresen todo lo que siento hacia ellos.

*A mis tíos, los padres que me vieron crecer, los padres que Dios me dio.
Y en especial a mi madre, el corazón que me mantiene con vida, intentaré el resto de tu vida pagar por lo que haces con la mía. Te amo.*

Michelle Cano Dávila

A Zoila y Victor, mis preciados padres, quienes me dieron y siguen dándome la oportunidad de desarrollarme en varios aspectos de mi vida, motivándome a alcanzar mis metas sin dejar de corregirme y guiarme en mis desaciertos; soy afortunada de contar con su consuelo en cada caída y adversidad. Gracias por ser mi refugio y ejemplo de perseverancia, bondad y humildad.

Rosario Neyra Elguera

Agradecimientos

A Dios, por darnos la vida y derramar su gracia sobre nosotros y nuestros seres queridos, permitiendo tantas bendiciones en nuestra vida, así como pruebas que moldean nuestro carácter y nos dan lecciones de vida.

A nuestros padres, pilares indispensables en nuestra vida, cuya dedicación nos impulsa a perseguir nuestros sueños; nos sostiene y nos humaniza.

A nuestros docentes, quienes nos formaron académicamente, dotándonos de herramientas para así hacer frente al competitivo mundo laboral.

A nuestros asesores, quienes arduamente nos guiaron en el desarrollo de nuestra investigación, animándonos a continuar y a perfeccionar cada detalle.

A nuestros amigos, cómplices y confidentes que despiertan en nosotras muchas alegrías y a la vez sosiego en momentos difíciles.

Resumen

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre resiliencia e inteligencia emocional en pacientes adictos a sustancias psicoactivas del Complejo Hospitalario Moisés Heresi. El presente estudio es correlacional y transversal, se tomó una muestra de 43 pacientes, la muestra estuvo conformada por 13 mujeres (30.23%) y 30 varones (69.77%); de entre 15 a 53 años, a los cuales se les aplicó los siguientes instrumentos: la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, con la cual se midió la resiliencia y el Inventario Emocional de BarOn ICE, con la cual se midió la inteligencia emocional. Los resultados encontrados en esta investigación evidenciaron la existencia de una relación altamente significativa entre los niveles de resiliencia e inteligencia emocional en los pacientes adictos a sustancias psicoactivas del Complejo Hospitalario Moisés Heresi, esto quiere decir que mientras mayores sean los niveles de resiliencia, mayores serán los niveles de inteligencia emocional en estos pacientes y viceversa.

Palabras clave: resiliencia, inteligencia emocional, adicción, sustancias psicoactivas.

Abstract

This research aims to determine the relationship between resilience and emotional intelligence in patients addicted to psychoactive substances in the "Complejo Hospitalario Moisés Heresi". The present study is correlational and cross-sectional, a sample of 43 patients was taken, the sample consisted of 13 women (30.23%) and 30 men (69.77%); between the ages of 15 and 53. The following instruments were applied: the Wagnild and Young's Resilience Scale, with which resilience was measured; and the BarOn Emotional Quotient Inventory with which emotional intelligence was measured. The results found in this research showed the existence of a highly significant relationship between the levels of Resilience and the levels of Emotional Intelligence in patients addicted to psychoactive drugs in the "Complejo Hospitalario Moisés Heresi", this means that the higher the levels of resilience are, the higher the levels of emotional intelligence are in these patients and vice versa.

Keywords: resilience, emotional intelligence, addiction, psychoactive drugs

Introducción

Al trabajar con pacientes adictos, lo que busca el terapeuta es la rehabilitación y prevención de recaídas, con ese fin, es necesario fortalecer las herramientas de trabajo terapéutico con factores protectores como de la resiliencia y la inteligencia emocional, puesto que los sujetos que posean mayor resiliencia podrán rehabilitarse de una manera más rápida, ayudando a prevenir que los pacientes recaigan en esta conducta de riesgo al enfrentarse a alguna adversidad; y en cuanto a la inteligencia emocional, ayudaría a evitar que los pacientes sufran de recaídas que muchas veces son originadas por la falta de control de impulsos causadas por emociones desbordantes que pueden presentarse en determinadas situaciones de riesgo.

Si fortalecemos la resiliencia en las personas, esto supondría un factor protector ante el uso de drogas. La resiliencia inicia de la trascendencia de los factores de riesgo, pero relacionándolo aparte, al conocer qué factores de protección existe en momentos poco favorables para potenciarlos y minimizar los factores de riesgo. Es por eso que la resiliencia es muy estudiada puesto que hace que la persona pueda solucionar situaciones riesgosas, incómodas, evitando desarrollar conductas problemáticas como lo es el consumo de alcohol o drogas (Becoña, 2017).

Es innegable que la inteligencia emocional facilita las interrelaciones de las personas, les ayuda en el proceso de obtención de metas y objetivos, al manejo del estrés y al progreso de obstáculos. Personas con baja IE tienden a ser llevadas por sus impulsos, llegando a tomar malas decisiones, generar resentimientos, resistencias y creencias preestablecidas. A diferencia de las capacidades intelectuales la inteligencia emocional puede ser trabajada y mejorada durante toda la vida, por esto es importante la promoción de este conjunto de habilidades emocionales en las personas y sobre todo en pacientes con adicciones.

Según estadísticas, en el año 2016 aproximadamente un 5,6% de la población alrededor del mundo comprendida entre 15 y 64 años, consumieron drogas en al menos una oportunidad, de ese porcentaje unos 31 millones de personas padecen trastornos derivados de ello, siendo tan perjudicial que llegan a necesitar un tratamiento especializado, en el 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas debido al consumo de drogas, de estos, 167.750 sufrían de algún trastorno por consumo y la mayoría de las muertes fueron debidas a una sobredosis (The United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

La información que se muestra en el Informe Mundial sobre las Drogas 2018 muestra la trascendencia y complejidad de los mercados mundiales de drogas, las consecuencias que las drogas traen para la salud son considerables, las muertes por esas sustancias van creciendo y en algunos lugares se ha llegado a declarar en epidemias de opioides. Según el Informe Mundial sobre las Drogas 2016, el predominio anual del consumo de cannabis en América del Sur en general es del 3,2%, según cifras pertenecientes al 2014. El predominio anual del uso de cocaína es del 1,5%; la del consumo de anfetaminas y estimulantes de venta con receta, del 0,9%; la del uso de opioides, del 0,3%; y la de éxtasis, poco menos del 0,2% (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE], 2016; The United Nations Office on Drugs and Crime, 2018).

Según CEDRO en el Perú las drogas que más se consumen son el alcohol y el tabaco, es decir las drogas legales, en mayor cantidad los hombres que las mujeres, seguido de eso como droga ilegal con mayor consumo es la marihuana y después le sigue el PBC y la cocaína, de igual manera los hombres consumen más que las mujeres (Centro de Información y Educación para Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2018).

Una de las drogas más peligrosas después de la cocaína y la marihuana es el alcohol, 8 de

cada 10 peruanos encuestados de edades entre 12 y 65 años, refirió haber consumido alcohol al menos una vez en su vida en las encuestas realizadas por Cedro en el último quinquenio. La prevalencia de vida consumo de alcohol es más grande en los hombres (81.8%) que en las mujeres (77.2%), sin embargo, las mujeres pueden llegar a alcanzar el valor de los varones. La mayor prevalencia de vida de alcohol se observó en el 2017 en un grupo de personas comprendidas entre los 30 a 39 años (85.3%) y la menor en un grupo de personas de 12 a 18 años (46.6%) Mientras que la incidencia del alcohol fue la mayor de todas las drogas consumidas en el país: 43% en 2017 (CEDRO, 2018).

En Perú, la información sobre la trascendencia del uso de drogas y sus efectos económicos, sociales y sanitarios, muestran a esta situación problemática como relevante para poner a trabajar las políticas públicas e intervenciones que minimicen la exposición e impacto de factores de riesgo y refuercen los factores protectores en los individuos. En el área terapéutica, se propone generar servicios con la cobertura y características necesarias para atender a los pacientes diagnosticados con dependencia a sustancias psicoactivas (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas [DEVIDA], 2017).

Actualmente en el Ministerio de la Salud existe la necesidad de implementar programas que incluyan en sus protocolos de abordaje la inteligencia emocional y la resiliencia en la rehabilitación de adictos, siendo ambos de gran interés e importancia para lograr una intervención efectiva.

Índice

DICTÁMEN APROBATORIO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Problema.....	2
Variables.....	2
Variable 1: Resiliencia.....	2
Variable 2: Inteligencia emocional.....	2
Objetivos.....	2
Objetivo general.....	2
Objetivos específicos.....	3
Antecedentes teóricos – investigativos.....	4
Resiliencia.....	4
Factores de resiliencia.....	4
Dimensiones de resiliencia.....	6
Resiliencia y etapas evolutiva.....	7
Resiliencia y género.....	9
Resiliencia y salud.....	11

Resiliencia y sustancias psicoactivas.....	12
Inteligencia emocional.....	14
Componentes de la inteligencia emocional.....	16
Inteligencia emocional y salud.....	21
Inteligencia emocional y sustancias psicoactivas.....	21
Sustancias psicoactivas.....	25
Etiología del consumo.....	26
Consecuencias del consumo.....	30
Hipótesis.....	33
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	
Tipos de diseño de investigación.....	35
Técnicas, instrumentos, aparatos u otros.....	35
Instrumento 1: Escala de Resiliencia (ER).....	35
Instrumento 2: Inventario de Inteligencia emocional Bar-On ICE abreviado.....	37
Instrumento 3: Ficha sociodemográfica.....	38
Población y muestra.....	38
Estrategias de recolección de datos.....	43
Criterios de procesamiento.....	43
CAPÍTULO III: RESULTADOS	
Discusión.....	60
Conclusiones.....	68
Sugerencias.....	70

Limitaciones.....	72
Referencias.....	73
Anexos.....	84



Índice de tablas

Tabla 1.	Resiliencia e inteligencia emocional.....	45
Tabla 2.	Resiliencia.....	46
Tabla 3.	Inteligencia emocional.....	47
Tabla 4.	Niveles de resiliencia.....	48
Tabla 5.	Niveles de inteligencia emocional.....	49
Tabla 6.	Resiliencia global y componentes de inteligencia emocional.....	50
Tabla 7.	Inteligencia emocional global y dimensiones de resiliencia.....	52
Tabla 8.	Niveles de resiliencia e inteligencia emocional.....	54
Tabla 9.	Niveles de resiliencia de acuerdo a los datos sociodemográficos.....	55
Tabla 10.	Niveles de inteligencia emocional de acuerdo a los datos sociodemográficos.....	57
Tabla 11.	Dimensiones de resiliencia y componentes de inteligencia emocional.....	59



CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

Problema o Interrogante

¿Qué relación existe entre resiliencia e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi?

Variables

Variable 1: Resiliencia

Es la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado. (Wagnild y Young, 1993). Esta variable tiene las siguientes dimensiones: *Satisfacción personal, Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo y Perseverancia.*

Variable 2: Inteligencia Emocional

Conjunto de habilidades emocionales, personales e interpersonales que intervienen en la habilidad general de las personas para lograr afrontar las demandas y presiones de nuestro medio. (Bar-On, 1997). La mencionada variable presenta los siguientes componentes: *Componente Intrapersonal, Componente Interpersonal, Componente de Adaptabilidad, Componente de Manejo del Estrés y Componente de Estado de Ánimo General.*

Objetivos

Objetivo general

Identificar la relación entre resiliencia e inteligencia emocional en pacientes

diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Mental Moisés Heresi.

Objetivos específicos

Identificar los niveles de resiliencia y sus dimensiones en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Precisar los niveles de inteligencia emocional, señalando además sus dimensiones, en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Comparar los niveles de resiliencia e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Comparar los niveles de Resiliencia según género y sustancia consumida en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Comparar los niveles de inteligencia emocional según género y sustancia consumida en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Establecer si existe relación entre las dimensiones y componentes de resiliencia e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Antecedentes teóricos investigativos

Resiliencia

Wagnild y Young (1993), definen la resiliencia como una característica de la personalidad que regula el impacto negativo producido por el estrés, fomentando así que la persona se adapte. Este término se ha usado para describir a personas que muestran adaptabilidad y coraje ante las desventuras de la vida.

Según Cornejo (2011), la resiliencia, siendo estimada como una peculiaridad de la personalidad, es la capacidad que posibilita a las personas de hacer frente a distintos infortunios, y a través del uso de recursos sociales y personales, tomar decisiones para lograr el éxito, la realización y poder así transformar dicha realidad.

No debemos considerar a la resiliencia como un proceso extraordinario, pues esta emerge cotidianamente, a partir de la interacción de recursos humanos de índole normativa, afectando así a las personas, a sus familias y a sus comunidades. Esta perspectiva cultural que implica percibir a la resiliencia como un proceso que aflora de lo cotidiano no se puede desligar de la influencia de aspectos socioculturales y relacionados al contexto, donde se desarrolla el ser humano (Ruiz y López, 2012).

Factores de resiliencia

Saavedra y Villalta (2008), proponen diversos factores que describen distintas formas de interacción del ser humano: con uno mismo, con otros y con sus capacidades:

Identidad: Esta hace referencia a aquellos juicios comunes que son obtenidos culturalmente, lo cuales determinan al sujeto. Son las formas en que interpretamos los hechos y las acciones.

Autonomía: Apreciaciones referidas al nexos que se instaura con uno mismo para

determinar su contribución personal a su estilo sociocultural.

Satisfacción: juicios que ponen de manifiesto el estilo único en que la persona descifra una situación complicada.

Pragmatismo: Juicios que ponen de manifiesto la forma en que la persona interpreta sus propias acciones.

Vínculos: Apreciaciones que hacen referencia a la socialización primaria, así como a las redes que trazamos en sociedad o redes de apoyo con origen en la historia particular de cada individuo.

Redes: Suponen aquellos vínculos afectivos que construyen las personas con su entorno social cercano.

Modelos: suponen la certeza del papel que juegan las redes sociales cercanas para contribuir en la superación de diversas adversidades.

Metas: Apreciaciones en relación a la importancia de presentar objetivos personales y redes sociales sobre las adversidades.

Afectividad: La cual hace referencia a las posibilidades sobre uno mismo y el nexo con el ambiente.

Autoeficacia: Se refiere a las posibilidades de logro que la persona identifica en sí mismo ante un suceso adverso o desafiante.

Aprendizaje: Supone estimar una situación adversa como una oportunidad para aprender.

Generatividad: Hace referencia a la capacidad de solicitar ayuda a otros para solucionar problemas.

De acuerdo a Saavedra (2005), para que un sujeto actúe protegido en un medio

hostil, operan diversos factores de protección en distintas áreas del desarrollo como los son los factores personales, cognitivos y afectivos; y por último los factores psicosociales.

Según Wagnild y Young (1993), los factores de resiliencia serían los descritos a continuación:

Factor I: Competencia Personal; el cual está conformado por la autonomía, invencibilidad, ingenio, confianza en sí mismo, poderío, decisión y tesón.

Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida, el cual refleja el equilibrio, la capacidad de adaptarse, la flexibilidad y una óptica vida sólida que concuerda con aceptar la vida y un sentimiento de sosiego pese a atravesar situaciones adversas.

Dimensiones de resiliencia

Vanistendael (1997), propuso cinco dimensiones: sentido de vida, trascendencia; redes sociales informales; aptitudes y destrezas; autoestima positiva; y por último tener sentido del humor.

Wagnild y Young (1993), consideran las dimensiones descritas a continuación:

Ecuanimidad: Se refiere a percibir la vida y experiencias tranquilamente, poniendo de manifiesto una perspectiva balanceada y regulando las actitudes ante la adversidad.

Perseverancia: Presentar un notable deseo del éxito y autodisciplina, además de una constante tenacidad ante la adversidad o el desánimo.

Confianza en sí mismo: Se refiere a tener seguridad en sí mismo, en las habilidades y cualidades propias.

Satisfacción personal: Hace referencia a comprender el significado de la vida; así como la forma de poder aportar a la misma.

Sentirse bien sólo: La cual nos da la noción de ser únicos e importantes, junto a un

predominante sentido de libertad.

Resiliencia y etapa evolutiva

Como dicen Munist, Santos, Klotiarenco, Suárez, Infante & Grotberg (1998), no se puede asegurar que la resiliencia procede únicamente del ambiente o que representa una característica innata de la persona. Pues se basa sobre la interacción entre ambos: ambiente y persona. Asimismo, es indiscutible que esta capacidad nunca es terminantemente invariable ni incondicional, por lo tanto, los seres humanos no son permanentemente resilientes.

En la infancia, la resiliencia se define por aspectos como tener buenas expectativas, el jugar y desempeñarse bien en actividades propias de la edad. De 0 a 3 años, se aprende a confiar en la facultad propia de seguir un ritmo de comidas, aseo, sueño, etc., y a moderar mejor su propio cuerpo, así como calmarse. (Grotberg, 1995).

Los rasgos de un niño resiliente se determinan por su capacidad de resolución de problemas, la autonomía, la competitividad, y de tener una perspectiva de futuro y propósito. La resolución de problemas se desarrolla a temprana edad y abarca el pensamiento abstracto, flexible y reflexivo, además de buscar soluciones a problemas sociales y cognitivos. En relación a la competitividad, esta también se hace notoria a una edad temprana, debido a que los niños resilientes suelen formar un gran número de relaciones interpersonales positivas; con una notable capacidad de comunicarse con desenvoltura, afecto, empatía, facilidad para responder a cualquier estímulo, y una conducta prosocial. (Munist et al, 1998, p. 20).

Es innegable la relación de la autoeficacia e independencia con el sentido de

futuro y propósito, asimismo, se debe reconocer los factores asociados a la resiliencia, como el estar orientado al logro de metas, creer en un mejor futuro, una noción de coherencia y de antelación, poseyendo expectativas saludables. (Munist et al, 1998).

Según Erikson (1970), a la vez que el niño se desarrolla van logrando estas capacidades, lo cual se asocia a la superación de diversas crisis. Es decir, confianza frente a desconfianza, de 0 a 18 meses; autonomía frente a vergüenza y duda, de los 18 meses hasta los 3 años; la iniciativa frente a la culpa, de 3 a 6 años; y laboriosidad frente a inferioridad, de 6 años hasta llegada la pubertad.

Durante la adolescencia, la competencia social se manifiesta a través de relacionarse con otros y en la destreza para hacer amigos, “esta cercanía con los amigos es progresivamente selectiva y pasa de actividades grupales a otras en pareja; es frecuente que se inicien relaciones sentimentales que tengan valor como indicadores positivos de competencia social” (Munist et al, 1998).

La solución de problemas, será evidenciada con la facilidad de entretenerse filosofando con distintas nociones (Grotberg, 1995).

Habiendo solucionado este problema, los adolescentes persisten en un afán de independencia, debido a que durante este estadio “se busca encontrar en el medio social las posibilidades para que su identidad sea reconocida y que su autonomía sea validada en las decisiones y acciones que asumen, para progresivamente dar sentido y forma a su proyecto vital” (Saavedra y Villalta, 2008).

Siendo la generatividad la labor durante la etapa adulta, sumado al deseo de elaborar algo mediante el propio esfuerzo, de crear, ver crecer y desenvolverse. Esto implica la pertinencia de formalizar un aporte propio a la humanidad, el velar por la nueva

generación, teniendo como cualidad implícita a la compasión. Un riesgo latente en esta tarea es el estancamiento, aquel sentimiento de no estar aportando. Por consecuente, la resiliencia estará significativamente ligada a la determinación de emprender y culminar proyectos, así como a la capacidad de aprender de los éxitos o fracasos consecuentes a los esfuerzos propios. (Saavedra y Villalta, 2008)

Según Erikson (1970), en la vejez, se experimenta la famosa crisis de la integridad frente a la desesperación, siendo necesario integrar las experiencias pasadas cruciales.

A través de reflexionar sobre estas experiencias, la resiliencia pasa a vincularse con la fuerza fundamental llamada sabiduría. (Saavedra y Villalta, 2008).

Resiliencia y Género

En un estudio llevado a cabo por Prado y Del Águila (2003), en la capital del Perú, donde se contrastaron los niveles de resiliencia entre varones y mujeres. Para lo cual, se examinaron a adolescentes de entre 12 y 14 años, quienes respondieron la Escala de Resiliencia para Adolescentes (ERA). No se encontraron diferencias significativas al comparar los niveles de resiliencia, no obstante, se hallaron diferencias en cuanto a áreas de interacción entre los varones y mujeres.

Siendo específicos, fueron las mujeres quienes presentaron más altos puntajes en las áreas de moralidad, creatividad, interacción, humor y capacidad de insight, en cambio fueron los varones quienes mostraron puntuaciones más altas en los ámbitos de iniciativa e independencia (Prado y Del Águila, 2003).

González, Valdez y Zavala (2008) realizaron otro estudio en 200 adolescentes (mujeres y varones) de México con edades de entre 14 y 18 años, para poder identificar

los factores resilientes. A partir de los resultados, se observó en los hombres niveles más altos de resiliencia, predominando rasgos autónomos. En cuanto a las mujeres, se evidenció que, con la condición de contar con un soporte significativo externo, logran ser resiliente.

Por otro lado, Saavedra y Villalta (2008), desarrollaron una investigación en una población conformada por ambos géneros en Curicó, Chile y de diferentes edades, teniendo como instrumento a la prueba SV-RES; este estudio buscó describir, así como comparar los factores resilientes en la muestra, se evidenció que no existieron diferencias significativas al comparar los resultados entre mujeres y varones. No obstante, se distinguieron perfiles resilientes diferentes entre ambos géneros, siendo los hombres los que sobresalieron en generatividad y en vínculos, u obteniendo puntajes bajos en redes. Por otro lado, fueron las mujeres quienes obtuvieron puntajes elevados en el ámbito de los modelos y bajo, en el ámbito de la afectividad y autonomía. Lo anteriormente expresado denota una predisposición de las mujeres a depender más de modelos, mientras que los hombres se tienden a la independencia.

González-Arratia y Valdez (2015) analizaron en 607 personas, de entre ellos adultos, adolescentes y niños, varones y mujeres, los niveles de resiliencia en Toluca, México. Se observó que fueron las mujeres quienes manifestaron las más altas puntuaciones. Asimismo, predominó en ellas el factor protector externo, a diferencia de los hombres, los cuales puntuaron alto en el factor protector interno.

Resiliencia y Salud

En el 2001, La Organización Mundial de la Salud entregó una nueva definición de Salud Mental como “...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1). De este modo, se puede percibir a la salud mental como un elemento esencial para el desempeño óptimo de un sujeto y de su entorno, además, le corresponden emociones positivas, soportes psicológicos, la felicidad, así como el poder enfrentarse a adversidades, lo cual denominamos resiliencia (OMS, 2004).

Las personas resilientes desarrollan diversas habilidades, consiguiendo perfeccionar sus recursos para el mantener así su salud. Mrazek y Mrazek (1987), describen doce capacidades, algunas de las cuales podemos ajustar a la conducta en salud:

Veloz respuesta ante el riesgo. Un elevado nivel de protección supone proceder velozmente ante los riesgos de salud.

Madurez precoz. Es indispensable tener la capacidad de autogestionarse a uno mismo lo antes posible para el mantenimiento de la salud.

Búsqueda de información. Para poder lidiar apropiadamente con los riesgos de salud, es fundamental la variable de la información.

Relaciones interpersonales saludables. Se refiere a disponer de una red de apoyo o redes sociales, que sirvan de soporte durante circunstancias riesgosas o adversas a la salud.

Optimismo. Se refiere a ser capaz de pensar positivamente ante situaciones que ponen en riesgo la salud.

Asunción de responsabilidad. Supone el saber responsabilizarse frente a

circunstancias que atentan o ponen en riesgo la salud.

Resiliencia y sustancias psicoactivas

Según Brown, Lewinshon, Secley y Wagner (1996), la resiliencia preserva a la persona de los estresores cotidianos y de los problemas familiares, pues puede ser de gran ayuda para conocer el uso del tabaco y de otras drogas. A la fecha conocemos, que los adolescentes consumen tabaco con el fin de modular su estado de ánimo.

Fergus y Zimmerman (2005) estudiaron la asociación de la resiliencia con los diversos factores protectores, así como los de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. Esto es de gran importancia, pues es de suponer que si intensificamos la resiliencia el ser humano quedaría inmunizado frente al consumo de drogas. Asimismo, ser consciente de los factores protectores en situaciones adversas, para así fortalecerlos para mitigar los factores de riesgo, es de vital importancia. La resiliencia es concebida como el constructo más analizado en este aspecto, pues se enfoca en la persona que al estar en circunstancias riesgosas, no desarrolla conductas problemáticas, tales como injerir sustancias psicoactivas. No debemos olvidar además que existen factores en el ser humano, aparte de los evolutivos, los cuales están íntimamente relacionados con no iniciar o persistir en una conducta problema cuando la teoría nos dice que existen muchas probabilidades de que esto suceda.

Los primeros estudios sobre resiliencia se enfocaron en el riesgo, en otras palabras, en todos aquellos factores que favorecieran a que las personas presentasen algún trastorno, debido a encontrarse en ambientes notablemente desalentadores. Las investigaciones de Ruth Smith y Emmy Werner llamaron la atención de muchos de los investigadores de

resiliencia, pues la investigación longitudinal de los 50s demostró que las personas que habían pasado por experiencias verdaderamente perjudiciales, resultaron ser en su vida adulta reales aportadores para la sociedad en donde convivían, lo cual era de esperarse debido a estudios anticipados que revelaban buena capacidad de adaptación, autonomía, vida familiar saludable, positivos resultados académicos, etc (Werner & Smith, 1992).

En un estudio hecho por Jennison y Johnson (1997), en una muestra de mujeres hijas de alcohólicos, con el objetivo de analizar la resiliencia; se observaron diferencias entre las hijas resilientes de las no resilientes en cuanto al locus de control, autoconcepto, calidad de cuidados, temperamento, locus de control, así como al haber pasado por experiencias menos estresantes en etapas muy tempranas, y en habilidades de comunicación. Además, los resultados evidenciaron la asociación entre consumo de alcohol y alcoholismo parental. Es decir, el tener un padre alcohólico presagiaba un alto consumo de alcohol en sus hijas durante la adultez. Todo lo anterior nos indica que hay factores en la adultez de los seres humanos que han experimentado situaciones desfavorables en la infancia que les permiten incrementar su resiliencia.

A través de los estudios longitudinales de 30 años de Werner (1995), se evidenció que la mayoría de niños resilientes, conservan niveles altos de funcionamiento en su vida cotidiana.

Becoña, López, Míguez y Fernández (2006), analizaron en España la relación entre resiliencia y consumo de cocaína, hallando que los sujetos con niveles más altos de resiliencia son también quienes consumen menos cocaína. Asimismo, observaron que a medida aumenta la edad de los 14 a 25 años de edad, la resiliencia disminuye en aquellos que consumieron alguna vez cocaína.

La noción que subyace a los estudios sobre la relación de resiliencia y adicciones propone que al potenciar la resiliencia en los niños, se logra disminuir que más adelante sufran algún trastorno mental, así como problemas de adaptación debido al ser altamente vulnerables (Statham, 2004).

Halmi y Golik-Gruber (2002), desarrollaron en Croacia un programa de prevención frente al consumo de sustancias psicoactivas, este programa se basó en la resiliencia familiar, en niños con edades de entre 12 hasta 14 años. Finalizado el programa, se evidenciaron varios beneficios; y en cuanto al consumo de sustancias, se halló que el programa conducía a niveles reducidos de consumo.

Inteligencia Emocional.

Una de nuestras primeras definiciones de IE era la habilidad de monitorear nuestras propias emociones y de terceros, de discernir entre ellas, y de usar esos datos para encaminar el pensamiento y la acción de uno. Pero esta y otras definiciones previas parecen difusas en lugares y carentes en el sentido de que solamente hablan acerca de percibir y regular emociones, e ignoran hablar acerca de sentimientos. (Bar-On, 2006).

Según Salovey y Sluyler (1997) la IE supone la capacidad de discernir adecuadamente, determinar, y manifestar emoción; la capacidad de acceder y/o producir sentimientos, cuando facilitan el pensamiento; la habilidad de comprender las emociones y del conocimiento emocional; y la habilidad de moderar las emociones para fomentar el desarrollo emocional e intelectual.

Goleman (1999) nos habla sobre el término inteligencia emocional, indica que es la manera en cómo nosotros podemos manejar las emociones, en nuestra

propia persona y en las relaciones que formamos, es la aptitud que tenemos de identificar nuestros sentimientos y los sentimientos distintos a los nuestros.

Así también Goleman nos dice que gracias a la inteligencia emocional toleramos las presiones y frustraciones que se pueden presentar en el trabajo, mejora nuestra habilidad de trabajar en grupo y nos ayuda a tomar una actitud empática y social que nos permitirá un adecuado y mejor desarrollo personal (Goleman 1995).

De acuerdo con el modelo de Bar-On (2019), la inteligencia emocional y social determina qué tan bien nos entendemos, que tan bien logramos expresarnos con los demás, cómo podemos entender a los demás y de qué manera nos relacionamos con ellos, también la manera en que nos enfrentamos a las demandas y a los desafíos diarios que se nos presenta, mediante un conjunto de competencias, habilidades y comportamientos sociales y emocionales.

Alguien que no puede controlar sus emociones principales como la ira, el miedo, la tristeza, la alegría, el afecto o el amor, puede llegar a generar muchos problemas personales, familiares y sociales, y ser propenso de generar una adicción química o emocional (Morales 2007).

Es indispensable saber que la IE es una capacidad, un conjunto de habilidades psicológicas, sociales y emocionales, por lo que es posible su formación y mejora en las personas de cualquier edad. Pero para lograr formar adecuadamente la Inteligencia Emocional es elemental contar con las cinco dimensiones que la constituyen: la dimensión intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general. Dentro de estas cinco dimensiones existen subcomponentes que son: la comprensión emocional de sí mismo, el autoconcepto, relaciones interpersonales, autorrealización,

felicidad, control de impulsos, flexibilidad, optimismo, tolerancia al estrés, asertividad, responsabilidad social, prueba de la realidad, independencia, solución de problemas y empatía (Ugarriza y Pajares, 2005; Morales, 2007).

Componentes de la Inteligencia emocional

Goleman (1999) trabajó cinco áreas o aptitudes básicas emocionales y sociales:

Conocimiento de uno mismo: saber cómo se siente uno en cada momento, es saber qué es lo uno que quiere y utilizar ese conocimiento de sí mismo, esas inclinaciones personales para guiar nuestras decisiones; saber muy bien cuáles son nuestras habilidades y tener confianza en uno mismo (Alvarez y Coila, 2014).

Autorregulación: Según Alvarez y Coila (2014) la autorregulación es tener conocimiento de tus propias emociones y saber controlarlas o manejarlas ante la presencia de desbordes emocionales, de ese modo poder facilitar las tareas que uno está realizando sin que sean estorbadas.

Motivación: Es la forma como utilizamos nuestras preferencias para poder llegar a una meta, con la motivación nos ayudamos a avanzar, a mantenernos impetuosos y seguros frente a los problemas y las frustraciones que se presentan para alcanzar nuestros objetivos trazados (Pozo, 2010).

Para Coon (1999) la motivación surge con una necesidad (deficiencia interna), las necesidades causan que se desarrolle una pulsión (un estado motivacional energizado), la pulsión activa una respuesta (acción o serie de acciones) diseñadas para alcanzar una meta (objetivo del comportamiento motivado). Una meta que satisface la necesidad original termina con la secuencia motivacional.

Empatía: Según Prette y Prette (2002) algunos autores indican que es la capacidad de reconocer e identificarse con la perspectiva ajena y la forma en que otra persona siente, expresando reacciones que muestran esa comprensión a dichos sentimientos y perspectivas.

La empatía es entonces cómo uno percibe lo que los demás sienten, la capacidad de poder apreciar las cosas desde la perspectiva de la otra persona y mostrar respeto y afinidad hacia ellas (Alvarez y Coila, 2014).

Habilidades sociales: Prette y Prette (2002) indicaron que por el año de 1982 había dos presunciones a los conceptos de habilidades sociales, el primero indicaría que las habilidades sociales son innatas de la persona, un comportamiento socialmente habilidoso y el segundo sería una característica que se otorgaría por el desempeño ante alguna situación del medio social, es decir como la relación de las habilidades que tiene el ser humano ante una situación social particular.

Para Álvarez y Coila (2014) es el correcto manejo de las emociones en un ámbito social, el poder interactuar con las personas sin dificultad, las habilidades sociales sirven para persuadir, dirigir, negociar y resolver disputas, trabajo de equipo.

Para Bar-On (2006) los componentes de la inteligencia emocional son cinco (ver cuadro 1)

Componente intrapersonal: es la manera en que uno mismo es capaz de entenderse, como uno valora las motivaciones que tiene, los sentimientos y sus propios miedos, básicamente es formar un modelo de nosotros mismos que nos permita trabajar de manera que podamos regular nuestras vidas de una manera efectiva, esta se encuentra relacionada con el sí mismo, y la encontramos mientras realizamos una introspección, evaluamos nuestros pensamientos, las capacidades que tenemos, nuestros deseos y nuestros

comportamientos (Gonzáles, Gonzáles, Luretti y Sandoval, 2013; Sebastian, 2017) .

Ugarriza y Pajares (2005) incluyen de igual manera la medición de la autocomprensión de uno mismo, la capacidad para ser asertivo y la capacidad para visualizarse a uno mismo de manera positiva.

Componente interpersonal: A diferencia del componente intrapersonal, el componente interpersonal consiste en poder entender cuáles son las motivaciones, los deseos y las intenciones ya no de nosotros mismos, sino de terceros, esto nos ayudará a poder trabajar y relacionarnos de forma efectiva con los demás.

La manera en cómo se puede desarrollar este componente de la inteligencia emocional, es de acuerdo con la capacidad de comunicación que el ser humano tenga: si es empática, asertiva y creativa; incluye capacidades como la empatía y la responsabilidad social, así mismo cómo se mantienen las relaciones interpersonales de manera satisfactorias, la habilidad de saber escuchar y poder comprender y respetar los sentimientos de los demás (Ugarriza y Pajares, 2005; González et al., 2013).

Componente de adaptabilidad: Es la flexibilidad para manejar cambios y desafíos, es la habilidad que tienen las personas para resolver los problemas, ser flexibles, realistas y certeros en el manejo de los distintos cambios que se puedan presentar y así lograr ser eficaces para afrontar los problemas cotidianos (Ugarriza y Pajares, 2005).

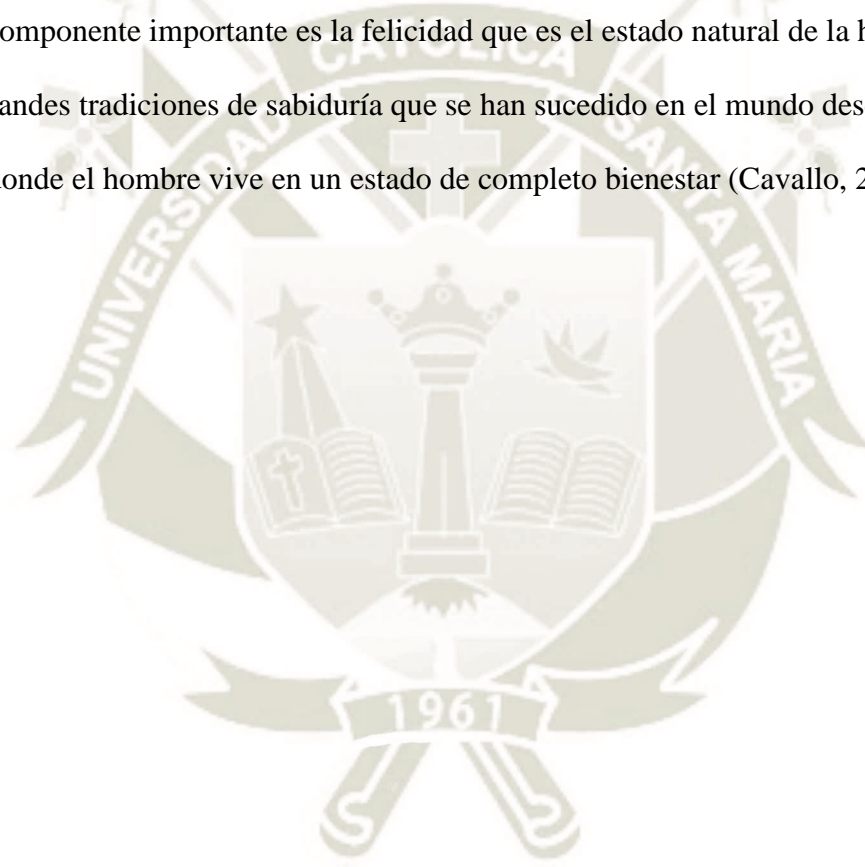
Componente de manejo del estrés: Para Coon (1999) es la forma en cómo aplicamos ciertas estrategias conductuales para reducir el estrés y mejorar las habilidades de afrontamiento de éste.

Incluyendo la tolerancia al estrés y el control de los impulsos, eso significa poder mantenerse calmado mientras se trabaja bajo presión, controlando la impulsividad y

respondiendo adecuadamente a eventos estresantes sin desmoronarse emocionalmente (Ugarriza y Pajares, 2005).

Componente de estado de ánimo general: Ugarriza y Pajares (2005) nos dice que es la forma en cómo una persona tiene una apreciación positiva sobre distintos eventos o situaciones que se le presente, para algunas personas encuentran placentera su compañía, en este componente se incluye la felicidad y el optimismo.

Un componente importante es la felicidad que es el estado natural de la humanidad. Todas las grandes tradiciones de sabiduría que se han sucedido en el mundo describe un lugar ideal donde el hombre vive en un estado de completo bienestar (Cavallo, 2015).



Cuadro 1.

Las escalas IE y lo que valoran

Escalas de IE	Las competencias y habilidades de la IE evaluadas por cada escala.
Intrapersonal Autoestima Autoconciencia emocional Asertividad	Autoconciencia y autoexpresión: Precisamente, entenderse y aceptarse. Ser consciente y entender las emociones de uno. Expresar de manera efectiva y constructiva las propias emociones.
Independencia	Ser autosuficientes y libres de dependencia emocional de los demás.
Auto-actualización	Para esforzarse por alcanzar objetivos personales y actualizar el potencial de uno.
Interpersonal Empatía Responsabilidad social Relaciones interpersonales	Conciencia social y relación interpersonal: Ser conscientes y comprender cómo se sienten los demás. Identificarse con el grupo social de uno y cooperar con otros. Establecer relaciones mutuamente satisfactorias y relacionarse bien con los demás.
Manejo del Estrés Tolerancia al estrés Control de los impulsos	Gestión y regulación emocional: Gestionar de forma efectiva y constructiva las emociones. Controlar las emociones de manera efectiva y constructiva
Adaptabilidad Prueba de la realidad	Gestión del cambio: Validar objetivamente los sentimientos y pensamientos con la realidad externa.
Flexibilidad	Adaptar y ajustar los sentimientos y el pensamiento de uno a situaciones nuevas.
Resolución de problemas	Resolver efectivamente los problemas de carácter personal e interpersonal.
Ánimo en General Optimismo Felicidad	Automotivación: Ser positivo y mirar el lado más brillante de la vida. Sentirse contento con uno mismo, con los demás y con la vida en general.

Nota. Fuente: Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl. 13-25.

Inteligencia emocional y salud

Existe un número elevado de investigaciones que han llegado a la conclusión de que altos niveles de IE están relacionados de manera relevante con la salud emocional y mental. Se indica entonces que cuando existen niveles bajos de IE a largo plazo se desembocarían trastornos de salud como la ansiedad o depresión mayor, problemas físicos y psicofisiológicos como por ejemplo enfermedades cardiovasculares, hipertensión, úlceras, también alteraciones en el sistema inmune como el descenso de las inmunoglobulinas y linfocitos, aumento de cortisol, así también se empezarían a desarrollar conductas adictivas, como adicción al tabaco, alcohol o drogas y por último disminuiría la disponibilidad de tener contactos interpersonales (Fernandez, Jorge y Bejar, 2009; Martínez, Piqueras y Ramos, 2010).

Para Ortega (2010) las emociones positivas y negativas, afectan en nuestra salud. Por lo tanto, si uno maneja emociones positivas como la alegría, optimismo el amor, nuestra salud se vería beneficiada, ya que estas emociones nos ayudan a sobrellevar las dificultades de algún padecimiento y así agilizar a una pronta mejoría. Mientras tanto una persona que se encuentra la mayor parte del tiempo con emociones negativas, como el odio, la depresión, la ira, el estrés, sus defensas naturales se verían bloqueadas. Es por eso que se cree que los problemas de salud pueden ser resueltos si se aprende a expresar, procesar y comprender las emociones.

Inteligencia emocional y sustancia psicoactivas

Pedrero (2013) dice que los seres humanos siempre hemos buscado formas de poder relacionarnos con nuestras emociones, como por ejemplo el sentir tranquilidad, euforia,

plenitud o el entrar a distintos estados de conciencia, y muchos, a través de esa búsqueda utilizan cualquier medio posible, siendo uno de ellos el consumo de distintos tipos de sustancias que se encuentran presentes en nuestros ritos sociales o hasta religiones.

Sin embargo, es importante conocer que este consumo de sustancias, en vez de llevarlos a una sensación de bienestar y ajuste psicológico provoca todo lo contrario.

Muchos consumidores presentan dificultades para poder expresar sus emociones y a su vez para interpretar el significado de éstas, cuando el consumidor no puede enfrentarse a esas experiencias emocionales que llegaron a ser desagradables para él, aumentan el consumo de sustancias, para poder lograr de esa manera, aliviar el estado desagradable en el que se encuentran, por lo tanto, es muy importante el manejo adecuado de las emociones, saber reconocerlas y cómo actuar ante ellas (Orlando, 2001).

Fernández et al. (2009) indica que la Asociación Española Contra el Cáncer ha desarrollado un programa educativo para niños de 7 y 9 años. El programa tiene como finalidad enseñarles distintos tipos de estrategias de control emocional para que de esta manera puedan tener herramientas que les permitan prevenir el consumo de tabaco y alcohol en el futuro.

Es por eso que en las intervenciones preventivas que hacen los terapeutas, deben centrarse en brindar opciones al consumidor para que éste tenga conocimiento de qué hacer cuando se le presente algún estímulo activador, entre esas opciones está el reforzar o desarrollar un adecuado control emocional, para que tenga el conocimiento de qué hacer si se llegara a presentar alguna situación de riesgo.

En una investigación realizada por Mascaraque en el 2015 evaluó la Inteligencia Emocional en una población compuesta por 41 mujeres españolas, entre las edades de 18 y

25 años adictas a diversas sustancias, se obtuvo como resultado lo siguiente, en relación entre inteligencia emocional y consumo de sustancias, no se halló relación significativa alguna, en relación entre IE y tiempo de consumo de sustancias, existe una relación negativa y significativa, es decir que mientras más es el tiempo que una persona consume, la subdimensión de regulación emocional baja, por lo que podríamos decir que habría poca regulación en sus emociones y por último la relación entre IE y tipo de sustancias consumidas, arrojan como resultados los siguientes: la inteligencia emocional en relación con la marihuana y estimulantes es inexistente, existen diferencias entre los niveles de comprensión emocional en personas que consumen tabaco, para los consumidores de alcohol existen diferencias en los niveles de percepción emocional, los que utilizan los tranquilizantes se han podido encontrar diferencias en la regulación emocional y por último no se mostraron diferencias en las dimensiones de IE para los sujetos que consumían estimulantes, analgésicos, marihuana y café (Mascaraque, 2005).

Epstein (2012) realizó una investigación sobre IE en pacientes adictos, donde se utilizó un total de 40 sujetos dividido en dos grupos, 20 pacientes diagnosticados con trastornos por dependencia a sustancias y otro grupo de 20 sujetos de población general, de los 20 pacientes diagnosticados, se dividió según el tiempo de tratamiento donde bajo la modalidad comunidad terapéutica de internación y ambulatoria 10 presentaban un tiempo menos de 6 meses de tratamiento y los otros 10 presentaban un tiempo más de 6 meses de tratamiento existiendo discrepancias significativas entre las puntuaciones totales de la IE y el tiempo de tratamiento; a saber, los pacientes que tenían más de 6 meses de tratamiento han obtenido valores más altos en el total de la inteligencia emocional, que los pacientes ingresantes al mismo. En relación a la hipótesis que afirmaba que los individuos sanos

tendrían mayor puntuación total en la inteligencia emocional, que los individuos en tratamiento por consumo de sustancia, se logró confirmar a la luz de los resultados obtenidos, debido a que se hallaron discrepancias significativas entre ambos grupos, en la mayoría de las dimensiones de la inteligencia emocional, donde los valores más altos se dieron en la población general. Se han hallado discrepancias significativas en varias áreas de la inteligencia emocional, lo que reafirma la hipótesis de que, a mayor tiempo de tratamiento, mayores valores en las sub-escalas de dicha variable. Estos resultados indican que el tratamiento ha podido mejorar las dimensiones de componentes intrapersonales, componentes interpersonales, componentes de adaptabilidad y componentes del estado de ánimo.

Barahona (2018) realizó una investigación sobre los niveles de IE en participantes de un grupo de alcohólicos anónimos en Lima, Perú donde se observó que como objetivo general se obtuvo un nivel de inteligencia emocional muy alta (3%), promedio (14%), baja (35%), muy baja (24%) y marcadamente baja (24%). Lo que evidencia que los participantes de alcohólicos anónimos se muestran con un nivel de inteligencia emocional pobre para las situaciones que enfrentan en rehabilitación. La dimensión intrapersonal mantuvo los resultados muy alta (3%), promedio (38%), baja (24%), muy baja (24%) y marcadamente baja (11%). Dichos resultados evidencian déficit de la dimensión intrapersonal de los participantes de AA, en la dimensión interpersonal mantuvo los siguientes resultados: alta (3%), promedio (11%), baja (16%), muy baja (32%) y marcadamente baja (38%). Al igual que los resultados anteriores, la tendencia tiende hacia la necesidad de incrementar el nivel de la dimensión para otorgar un mejor manejo interpersonal, n adaptabilidad, sostuvo de igual manera la tendencia manteniendo la distribución de porcentajes en las categorías muy

alta (3%), promedio (27%), baja (32%), muy baja (30%) y marcadamente baja (8%). Se concluye que la poca capacidad de poder adaptarse a situaciones, o resolver problemas se ven vinculados a los participantes de AA, en manejo de estrés, mantuvo las siguientes categorías: muy alta (3%), promedio (35%), baja (32%), muy baja (22%) y marcadamente baja (8%). Lo cual indica que la habilidad de manejar las situaciones bajo presión o bajo tensiones es poca, y pueden ser proclive a recaídas o desliz y por último en la dimensión, es el estado de ánimo tuvo los siguientes resultados: muy alta (3%), promedio (5%), baja (32%), muy baja (22%) y marcadamente baja (38%). La tendencia se acerca al extremo inferior, al mantener dicho nivel se puede evidenciar en la población que su estado de ánimo es bajo con tendencia a estar vulnerables a la tristeza, lo cual puede jugar en contra y empujar a la recaída.

Sustancias psicoactivas

Las adicciones o trastornos relacionados con sustancias abarcan diez categorías distintas de drogas: los alucinógenos, el cannabis, el alcohol, los inhalantes, la cafeína, los sedantes, los estimulantes, los opiáceos, el tabaco, y otras sustancias. Debemos considerar que estas 10 clases no son del todo diferentes. Todas las drogas que se consumen excesivamente provocan una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, el cual participa en la producción de recuerdos y en el refuerzo comportamental. Esta activación del sistema de recompensa llega a ser tan potente al punto de que se descuidan las actividades normales o cotidianas (*American Psychiatric Association, 2013*).

La medicina actualmente indica que las drogas son sustancias que tienen como característica principal crear un hábito, producir una serie de síntomas que afectan

psíquicamente y/o generen dependencia, estas son nocivas para la salud según la dosis que se administre y la permanencia que tenga esta sustancia en el organismo, así también puede encontrarse penalizado el tráfico de dichas sustancias en todos los países civilizados (Andrés, Díaz, Castelló, Fabregat y López, 2002).

Becoña (2008) entiende como trastorno por consumo de sustancias psicoactivas el uso que le dan las personas a dichas sustancias, que al tenerlas dentro del organismo alteran su estado anímico y su conducta, ocasionando trastornos que incapaciten al consumidor y en algún momento lleguen a afectar su área personal, laboral, social, física y familiar, así como también ocasionen la aparición de síntomas y estados característicos como intoxicación, tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.

Etiología del consumo

Hoy en día se desconoce los motivos por los cuales una persona puede tornarse drogodependiente, sin embargo, existen estudios de los posibles factores intervinientes.

Tenemos por ejemplo la predisposición genética, que determina parcialmente la susceptibilidad a la adicción, los estudios epidemiológicos han señalado que la adicción a las drogas es una conducta altamente probable de ser heredada. Se ha propuesto la posible existencia de un riesgo genético de entre 40 a 60% en la obtención de las adicciones a sustancias como el alcohol, cocaína y opiáceos, teniendo de 3 a 4 veces más probabilidad de padecer una adicción (Matus, Calva, Flores, Leff y Antón, 2012).

La hipótesis adaptativa, es un intento del consumidor de reducir el malestar que existía antes de comenzar la ingesta de alguna sustancia psicoactiva, aliviar el dolor o

incomodidad con el uso de algún tipo de droga, pues el usuario no encuentra un modo mejor para adaptarse al malestar (Aragón y Miquel, 2008).

Según señala López (2007), el consumo de sustancias psicoactivas ocurre como una estrategia del sujeto para así rehuir el dolor. En otras palabras, el sujeto harías uso de las drogas no para experimentar un excesivo placer, sino para evitar el displacer.

Mecanismos de recompensa, por los efectos positivos que ofrecen las drogas y el sentirse mejor de una manera rápida y sin esfuerzo, algunas personas necesitan mejorar ya sea en el colegio o en sus centros de trabajo y recurren a estas sustancias para incrementar su rendimiento o potenciar sus habilidades (National Institute of drugs abuse [NIH], 2018).

Evitación del síndrome de abstinencia, el síndrome de abstinencia presenta distintos síntomas según la sustancia psicoactiva que se consuma, en algunos casos estos síntomas pueden ser tan intensos o aversivos que el consumidor necesita seguir manteniendo el consumo, inclusive aún si existe el deseo de querer dejarlo (Aragón y Miquel, 2008).

Hoy en día aún no se ha desarrollado una teoría unificada de las causas o la etiología de la dependencia a sustancias, existen menciones sobre aspectos socioculturales, cualidades propias de las drogas o la transmisión genética, pero ninguna de ellas son un factor común en los consumidores. No obstante, se puede hablar de factores de riesgo para intentar explicar el involucramiento en el consumo de sustancias psicoactivas.

Cañal (2003), describe a los factores de riesgo, como aquellos que se relacionan con un potencial mayor para el consumo de drogas, en otras palabras, incrementan el riesgo de desarrollar la conducta problema.

La disponibilidad de la sustancia psicoactiva representa un gran factor de riesgo a la hora de iniciarse en el consumo de drogas. En otras palabras, la oferta y disponibilidad de

drogas es directamente proporcional al número de sujetos que se inician en el consumo de estas drogas (CEDRO, 2018).

Simkin (2002) señala referente a los factores sociales, que la desorganización vecinal y la falta de actividades recreacionales pueden ser un factor de riesgo para la conducta problema de consumo de drogas.

Mossakowski (2008), en un estudio longitudinal en donde se evaluaron a jóvenes de los Estados Unidos, encontró que la duración del desempleo tiene una correlación positiva con el abuso de drogas como el alcohol. En ese mismo estudio se observó un efecto acumulativo, señalando que cuando el desempleo se extiende a más de dos años, la probabilidad de un abuso y su frecuencia aumentan.

Gonzáles (2012) señala que el inicio en el consumo de drogas, así como el uso de las mismas está asociado con el uso de drogas por parte de familiares cercanos como los padres. Además, esta correlación positiva se plantea tanto como para drogas legales como para ilegales.

Kessler et al. (2007), hallaron mayores riesgos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en mujeres, aquellos que sufren algún trastorno mental, y aquellos que presentan una situación de pobreza o exclusión. El inicio del consumo de drogas suele empezar muy temprano, normalmente después de los 15 años, y como se sabe el iniciar a consumir sustancias psicoactivas a una edad muy temprana puede aumentar el riesgo a que la persona se vuelva dependiente a estas.

Fishbein & Ajzen (1975) hablan sobre las creencias y actitudes frente al consumo de drogas, indicando que actúan como predictores fiables de la conducta de consumo, puesto que lo que la persona piense sobre las drogas, las creencias que pueda tener sobre

los efectos y lo que uno llega a experimentar con estas sustancias, desarrollan un balance subjetivo ya sea positivo y/o negativo que marcará el destino del sujeto, de modo que termine consumiendo o no.

En el caso de los padres, el factor de riesgo se manifiesta en la manera en cómo estos educan y manejan ciertas medidas disciplinarias en la crianza de sus hijos respecto al consumo de drogas, principalmente cuando sus hijos se encuentran en etapas más vulnerables como la adolescencia y pubertad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2013).

Según Cami & Farré (2003), los rasgos de personalidad y la presencia de desórdenes mentales son grandes factores determinantes en la adicción a sustancias psicoactivas, los rasgos de toma de riesgos o la búsqueda de sensaciones propician el uso de estas.

La literatura nos dice que aquellas personas con altos niveles de resiliencia se encuentran menos vulnerable en relación a enfermedades y sobre todo al consumo de sustancias psicoactivas, además de otras adicciones (García, 2015).

Laespada, Iraurgi & Aróstegui (2004) asocian la impulsividad con la necesidad de la persona por conseguir una gratificación inmediata. Las personas a las que les resulta difícil posponer un refuerzo, enfocadas excesivamente en el presente, son más propensas a participar de actividades o conductas que les brinden recompensas inmediatas, tal es el caso del consumo de drogas, pasando por alto implicancias negativas que dicho comportamiento pueda tener a largo o mediano plazo.

Comúnmente, son dos los factores de riesgo individuales que se discuten en la literatura, los cuales son la depresión y el trastorno de atención e hiperactividad. Del mismo

modo, individuos diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEP) o enfermedades mentales se encuentran con mayor riesgo de abuso de sustancias (Whitesell, Bachand, Peel & Brown, 2013).

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003), los factores de riesgo en las personas pueden llegar a que genere en algún momento un uso abusivo de drogas, como por ejemplo, cuando un niño es expuesto a múltiples riesgos, es probable que este niño esté propenso a que abuse de sustancias nocivas como medio de escape, en ciertas etapas del desarrollo algunos de estos factores de riesgo pueden ser más poderosos y ser muy influyentes como es la presión de grupo para los adolescentes, pero con un buen vínculo entre padres e hijos, al cual se le puede llamar como un factor protector, ayudara como método preventivo.

Como manifiestan Cava, Mugui y Musitu (2008), en un inicio los planteamientos en relación a los factores de riesgo y protectores eran unicausales, pero con el pasar de los años, podemos considerar que estos factores tienen múltiples causas; como pueden ser las interpersonales, intrapersonales, y del entorno social comunitario.

Una importante meta en la prevención es modificar la distribución entre los factores protectores y los factores de riesgo, para que así sean los factores protectores los que sobrepasen o superen a los factores de riesgo (NIDA, 2003).

Consecuencias del consumo

Según la Organización de los Estados Americanos (2013) el consumo de sustancias genera gran impacto en la sociedad, una de las consecuencias sociales más destacables en las poblaciones jóvenes, es el mal desempeño en el ámbito educativo y la deserción escolar,

en cuanto a la población adulta es el desempleo y la poca o escasa productividad en el ámbito laboral, factor más preocupante no solo para el individuo sino también para sus familiares, otra consecuencia generada por la drogodependencia o el consumo abusivo es el delito y la violencia, debido a que las sustancias psicoactivas pueden facilitar una conducta violenta, disminuyen la inhibición, nublan el juicio y dificulta la capacidad de la persona para poder interpretar correctamente las señales sociales (Heinz, Beck, Meyer-Lindenberg & Heinz, 2011).

Otra consecuencia son los problemas económicos que pueden generar la drogadicción para el consumidor y/o sus tutores o familiares, puesto que el consumo abusivo o adictivo de drogas representa un gran factor perjudicial para el bienestar mental y físico. Además, el consumo por muchos años de alcohol y cannabis ocasiona que exista en el consumidor un déficit en la memoria de trabajo, carencias en la memoria inmediata, así como una menor inhibición a las respuestas automáticas, así también presentarán la necesidad de utilizar más tiempo en actividades que se empleen pensamiento lógico y secuencial. (Coullaut, Arbaiza, De Arrúe, Coullaut y Bajo, 2011).

El delirium es un síndrome agudo y variable, acompañado de alteraciones de la atención, conciencia y cognición (Quesada, 2015). Estos se pueden presentar con el consumo de algunas drogas, como es el alcohol, la cocaína o el cannabis.

Las alteraciones de personalidad, a menudo en los individuos dependientes, consumidores abusivos o consumidores sociales, se observan cambios en su personalidad, como la tendencia a la irritabilidad, pérdida de control y presencia de desinhibición (Aragón y Miquel, 2008).

También se está estudiando la sociopatía adquirida, una condición no connatural sino desarrollada y aprendida a lo largo del tiempo que el adicto lleva consumiendo. Esta sociopatía adquirida tiene como núcleo mediador el eje progresivo de engaño-autoengaño-mixtificación, es así que la elaboración de la mentira o el engaño se empieza a automatizar e instalar en el consumidor, la ansiedad desaparece, la mentira deja de provocar tensión en el adicto, por lo tanto, la persona ya no sufre y desaparece la culpa (Sirvent, 2007).

Alteraciones psiquiátricas inespecíficas, pueden aparecer aisladas o con mayor frecuencia, asociadas. Consiste en pérdida de peso, suspicacia, insomnio, episodios de ansiedad y depresiones matinales (Ladero y Martín del Moral, 2009).

Los trastornos de ansiedad, son complicaciones más frecuentes en el consumo de sustancias, sobre todo en sustancias como el cannabis, suele aparecer en consumidores que recién están iniciando o que estén pasando por alguna situación emocional relevante, los episodios más frecuentes son las crisis de pánico y las fobias como agorafobias (Navarro, Ladero, Martín del Moral y Leza, 2009).

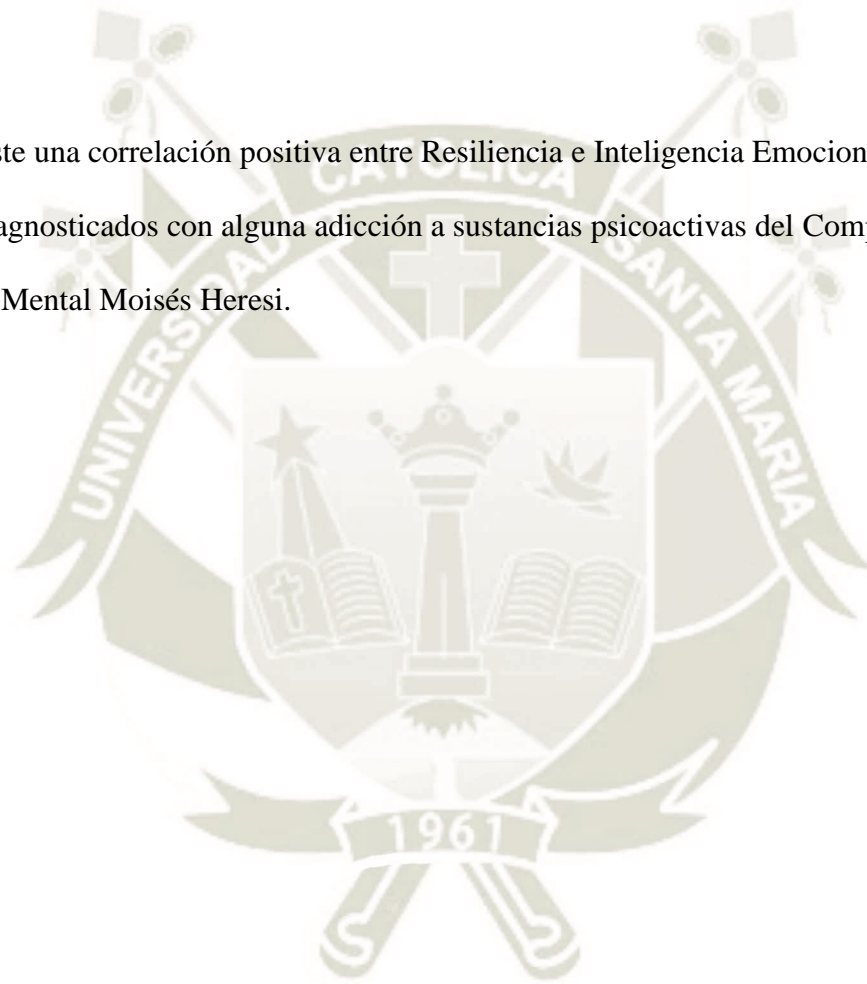
Trastornos depresivos, en algunas sustancias aparece sobre todo cuando se realiza un consumo cotidiano, frecuente y con dosis altas, pueden imitar un estado anímico de depresión grave con melancolía, con la excepción que tiene breve duración, con existencia de ideación suicida (Ladero y Martín del Moral, 2009).

La disfunción sexual, el uso de sustancias afecta a la conducta sexual como a la fisiología de la reproducción. En las mujeres se altera el ciclo menstrual, existe la disminución del deseo sexual, ya que la lubricación vaginal empieza a ser defectuosa y causa dolor durante el coito, el consumo de drogas también puede llevar a la infertilidad, en el caso de los varones las drogas disminuyen los niveles de testosterona, disminuye la

producción de espermatozoides, puede ocasionar problemas con la próstata, aumentando su tamaño y disfunción eréctil, al igual que en el caso de las féminas, el uso excesivo de sustancias psicoactivas puede causar esterilidad (Gonzales, Galvez, Alvarez, Cobas y Cabrera, 2006).

Hipótesis

Existe una correlación positiva entre Resiliencia e Inteligencia Emocional en pacientes diagnosticados con alguna adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Mental Moisés Heresi.





CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipos o diseño de investigación

Se trata de un estudio de tipo correlacional, pues busca medir el grado de relación que existe entre dos o más variables, asemejándose así a la definición de Hernández, Fernández y Baptista (2010), sobre los estudios correlacionales. El diseño del presente estudio es no experimental, dado que las variables no son sometidas a manipulación. Asimismo, es de diseño transversal, ya que busca analizar las variables y su correlación en un momento específico (Hernández, Fernández, y Baptista, 2010).

Técnicas, instrumentos o aparatos de investigación

Técnicas

En la investigación, la técnica de recolección de datos es indirecta, puesto que los datos son recolectados por medio del uso de pruebas psicométricas o evaluaciones psicológicas que miden las variables (Resiliencia e inteligencia emocional).

Instrumentos

Instrumento 1.

Escala de Resiliencia (ER)

La Escala de Resiliencia de Wagnild, G y Young, H, fue hecha en 1993 en Estados Unidos, fue adaptada en el Perú por Novella en el 2002, es de administración individual y colectiva, con una duración aproximada de 25 a 30 minutos, la aplicación es para adolescentes y adultos, la Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia y Satisfacción. Considera también una Escala total.

La validez concurrente se demuestra por los altos índices de correlación de la Escala

de Resiliencia con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia. Según el criterio de Kaiser, se identificaron 5 factores.

La validez del contenido se da a priori, pues los ítems fueron elegidos acorde con aquellos que reflejaban las definiciones de resiliencia, a cargo de los investigadores, dos psicólogas y dos enfermeras. Los ítems tienen una redacción positiva. La validez concurrente se da al correlacionar altamente con mediciones bien establecidas de constructos vinculados con la resiliencia como: Depresión, con $r = -0.36$, satisfacción de vida, con $r = -0.59$; moral con $r = 0.54$; salud, con $r = 0.50$; autoestima, con $r = 0.57$; y percepción al estrés, con $r = -0.67$.

En cuanto a la validez, se utilizó en esta investigación el análisis factorial para valorar la estructura interna del cuestionario con la técnica de componentes principales y rotación oblimin, que nos mostró 5 factores que no están correlacionados entre sí.

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 (Novella 2002). Los estudios citados por Wagnild y Young dieron confiabilidades de 0.85 en una muestra de cuidadores de enfermos de Alzheimer; 0.86 y 0.85 en dos muestras de estudiantes femeninas graduadas; 0.90 en madres primerizas post parto; y 0.76 en residentes de alojamientos públicos. Además, con el método test retest la confiabilidad fue evaluada por los autores en un estudio longitudinal en mujeres embarazadas antes y después del parto, obteniéndose correlaciones de 0.67 a 0.84, los cuales son respetables.

En 2004 se realiza una nueva adaptación de la Escala de Resiliencia por un grupo de profesionales de la facultad de psicología de la UNMSM realizada en una muestra de 400 estudiantes varones y mujeres entre 13 y 18 años de edad de tercer año de secundaria de la

UGEL 03, obteniéndose una confiabilidad calculada por el método de la consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach de 0.83.

Instrumento 2.

Inventario de Inteligencia emocional Bar-On ICE abreviado

El inventario de Inteligencia Emocional de Reuven Bar-On, fue hecha Tororito Canadá, fue adaptada en Perú por Nelly Ugarriza Chávez.

Inventario de Coeficiente de Inteligencia Emocional de Bar-On Abreviado para Jóvenes y Adultos consta de 60 ítems, estos evalúan 5 componentes y 14 subcomponentes. Este inventario cuenta con una adaptación desarrollada en Lima, hecha por Ugarriza (2003), la validación de protocolo del test abreviado fue hecha en la muestra de la investigación de Raúl Andrés Alejos Vera y Sonia Milagros Cambero Aguilar, en el año 2017, es de administración individual y colectiva tipo cuadernillo y digital, su duración aproximada es de 15 a 20 minutos, la aplicación es para adolescentes y adultos con nivel lector de 6° grado de primaria, este test puede ser utilizado en el área educacional, clínico, médico, laboral y en la investigación. Son potenciales usuarios aquellos profesionales que se desempeñan como consultores de desarrollo organizacional, psicólogos, psiquiatras, médicos, trabajadores sociales, consejeros y orientadores vocacionales.

Los estudios de validez del I-CE tienen como fin evidenciar cuán exitoso y eficiente es este instrumento en la evaluación de lo que se propone.

Las cargas factoriales y comunalidades de los componentes en un único factor subyacente que denominaremos “cociente emocional general” teórico (CEG). Se puede notar que el componente CIA tiene la carga factorial más elevada (0.92) con una proporción de varianza explicada de CEG del 85% seguida de CAG (carga factorial =

0.88% varianza explicada = 77), CAD (carga factorial = 0.78; % varianza explicada = 61), CIE (carga factorial = 0,68; % varianza explicada = 46) y CME (carga factorial = 0.61; % varianza explicada = 37).

La confiabilidad se obtuvo mediante la utilización de Alfa de Cronbach, coeficiente que permite medir la fiabilidad de una escala, los valores de Alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,90 indican una buena consistencia interna (Celina y Campo; 2005). En este caso, se obtuvo un valor alfa para el Inventario de Coeficiente Emocional de Bar-On Abreviado.

El coeficiente de Alfa de Cronbach para el Inventario de Coeficiente Emocional de Bar-On Abreviado es de .802, lo que indica una buena consistencia interna y refleja la homogeneidad de los elementos que están dirigidos a evaluar la Inteligencia Emocional.

Instrumento 3.

Ficha sociodemográfica

Esta ficha tuvo la finalidad de recolectar información sobre los datos personales del paciente como: edad, fecha de nacimiento, género, religión, tipo de convivencia, diagnóstico, sustancias consumidas, antecedentes de consumo, tiempo de consumo, tipo de tratamiento, situación laboral, estado civil, grado de instrucción y profesión.

En la sistematización de los resultados solo se tomó en cuenta género y sustancia consumida, ya que a la hora de la comparación o contraste con otras investigaciones, se encontraron más estudios mencionando estas relaciones.

Población y muestra

Esta investigación fue realizada en el Complejo hospitalario Moisés Heresi, durante los meses de mayo y junio, tomando a pacientes diagnosticados con adicción a alguna o

diversas sustancias psicoactivas. La muestra debía cumplir con los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes que estén diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas, b) que oscilen entre los 15 y 65 años, c) que cuenten con un grado de instrucción mínimo de primaria completa, d) que estén dispuestos y sean capaces de dar su autorización por escrito, e) que estén hospitalizados o asistan a consulta externa del Complejo hospitalario Moisés Heresi.

Asimismo, se consideraron los siguientes criterios de exclusión: a) pacientes con deterioro cognitivo que impida la comprensión de los reactivos de los cuestionarios, b) que presenten comorbilidad psicótica, c) que se rehúsen a participar de la investigación, d) que exhiban algún trastorno de esquizofrenia, e) pacientes nuevos que asistan a consulta.

La muestra fue seleccionada por conveniencia, lo que significa según Kinneary y Taylor (1998), que la información debía estar a la mano para quienes deciden y además debía ser presentada con claridad y sencilla de usar, dicha muestra constó de pacientes hospitalizados y pacientes que asistieron a interconsulta mensualmente durante los meses de mayo y junio del 2019.

En la muestra de 43 pacientes evaluados, se observó que la mayoría de pacientes son varones (69.77%), el 67.44% es soltero; en cuanto a la convivencia, la mayoría vive en familia (93.02%) y solo un 6.98% vive solo; sobre el grado de instrucción, la mayoría cuenta con estudios universitarios incompletos (34.88%), en cuanto a situación laboral, la mayoría se encuentra desempleada (39.5%); gran parte de los evaluados reciben un tratamiento de hospitalización (58.14%); en cuanto a las sustancias de mayor consumo, predomina el alcohol (41.89%), seguido de la marihuana (29.73%) y cocaína (21.62%); el 53.49% de los evaluados no presenta antecedentes familiares de consumo, frente a un

46.51% que sí presenta dichos antecedentes.

Cuadro 2.

Descripción de la muestra

Género		
	F	%
Femenino	13	30.23
Masculino	30	69.77
Total	43	100

Estado civil		
	F	%
Soltero	29	67.44
Conviviente	7	16.28
Casado	5	11.63
Divorciado	2	4.65
Total	43	100

Convivencia		
	F	%
Solo	3	6.98

En familia	40	93.02
Total	43	100

Grado de Instrucción

	F	%
SC	10	23.26
SI	3	6.98
SupTC	4	9.30
SupTI	7	16.28
UC	4	9.30
UI	15	34.88
Total	43	100

Situación Laboral

	F	%
T. Estable	11	25.58
T. Temporal	6	13.95
Desempleado	17	39.53
Estudiante	9	20.93

Total	43	100
-------	----	-----

Tipo de tratamiento

	F	%
Interconsulta	17	39.53
Hospitalizado	25	58.14
Semi residencial	1	2.33
Total	43	100

Consumo

	F	%
Alcohol	31	41.89
Marihuana	22	29.73
Cocaína	16	21.62
Otras	5	6.76
Total	74	100

Antecedentes de Consumo

	F	%
Presenta	20	46.51

No Presenta	23	53.49
Total	43	100

Estrategias de recolección de datos

Se solicitaron los permisos correspondientes al Complejo hospitalario Moisés Heresi, detallando el motivo y finalidad de la investigación, estos permisos permitieron a las investigadoras el ingreso a las instalaciones en las fechas y horarios señalados por las autoridades. Se le presentó a cada participante una hoja de consentimiento informado previo a la evaluación. Se utilizó la encuesta como técnica y la evaluación se realizó de manera individual y grupal, en un lapso tiempo estimado de 35 minutos, solicitando la participación de los pacientes y afianzando en todo momento la privacidad de la información que se les fue otorgada. Las investigadoras estuvieron presentes durante la aplicación de las pruebas y ofrecieron las indicaciones pertinentes a los evaluados, respondiendo las interrogantes hechas por los pacientes. La recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio del año 2019.

Criterios de procesamiento de datos

Posterior a la corrección de las pruebas, los datos fueron tabulados con el programa Microsoft Excel, para luego aplicar la estadística respectiva en el programa “SPSS Statistics versión 21”, así mismo se realizó la comprobación de la estadística con el coeficiente de correlación Chi cuadrado y Spearman.



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla 1

Resiliencia e inteligencia emocional

		Correlaciones		
			Resiliencia	Int.Emocional
Rho de Spearman	Resiliencia	Coefficiente de correlación	1,000	,708**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	43	43
	Int.Emocional	Coefficiente de correlación	,708**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	43	43

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

De acuerdo a la tabla 1 sobre la relación entre resiliencia e inteligencia emocional, podemos decir que existe una relación de nivel alto ($0 < R < 1$) y esta relación es estadísticamente altamente significativa ($p < 0,05$). Podemos inferir que a mayores niveles de resiliencia, mayores son los niveles de inteligencia emocional y viceversa.

Tabla 2

Resiliencia

Resiliencia global		
	F	%
Alto	14	32.56
Medio	13	30.23
Bajo	16	37.21
Total	43	100

Con respecto a la tabla 2, se observa que la mayoría de pacientes presenta niveles bajos de resiliencia (37.21%), un 32.56% se ubica en niveles altos; y por último, la minoría presenta niveles medios (30.232%).

Tabla 3

Inteligencia emocional

Inteligencia emocional global		
	F	%
Alto	2	4.65
Medio	26	60.47
Bajo	15	34.88
Total	43	100

Con respecto a la tabla 3, se observa que la mayoría de pacientes presenta niveles medios de inteligencia emocional (60.47%), un 34.88% se ubica en niveles altos; y por último, la minoría presenta niveles altos (4.65%).

Tabla 4

Niveles de resiliencia

	Dimensiones de resiliencia									
	Satisfacción personal		Ecuanimidad		Sentirse bien solo		Confianza en sí mismo		Perseverancia	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	13	30.23	11	25.58	22	51.16	17	39.53	13	30.23
Medio	16	37.21	11	25.58	11	25.58	10	23.26	14	32.56
Bajo	14	32.56	21	48.84	10	23.26	16	37.21	16	37.21
Total	43	100	43	100	43	100	43	100	43	100

Sobre las dimensiones de resiliencia en satisfacción personal la mayoría se ubica en niveles medios (37.21%), en ecuanimidad la mayoría se ubica en niveles bajos (48.84%), sobre sentirse bien la mayoría se ubica en niveles altos (51.16%), sobre la confianza en sí mismo la mayoría se ubica en niveles altos (39.53%) y en perseverancia la mayoría se ubica en niveles bajos (37.21%).

Tabla 5

Niveles de inteligencia emocional

	Áreas de Inteligencia emocional									
	CIA		CIE		CAD		CME		CAG	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	4	9.30	3	6.98	2	4.65	1	2.33	4	9.30
Medio	26	60.47	29	67.44	19	44.19	20	46.51	27	62.79
Bajo	13	30.23	11	25.58	22	51.16	22	51.16	12	27.91
Total	43	100	43	100	43	100	43	100	43	100

Sobre los niveles de inteligencia emocional en el componente intrapersonal (CIA) la mayoría se ubica en niveles medios (60.47%), en el componente interpersonal (CIE) la mayoría se ubica en niveles medios (67.44%), en el componente adaptabilidad (CAD) la mayoría se ubica en niveles bajos (51.16%), en el componente manejo del estrés (CME) la mayoría se ubicó en niveles bajos (51.16%) en el componente estado de ánimo general (CAG) la mayoría se ubica en niveles medios (62.79%).

Tabla 6

Resiliencia global y componentes de inteligencia emocional

		Resiliencia global
Componente Intrapersonal	Coefficiente de correlación	,702**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	43
Componente Interpersonal	Coefficiente de correlación	,597**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	43
Componente Adaptabilidad	Coefficiente de correlación	,486**
	Sig. (bilateral)	,001
	N	43
Componente Manejo estrés	Coefficiente de correlación	,291
	Sig. (bilateral)	,059
	N	43
Componente Estado de Ánimo general	Coefficiente de correlación	,682**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	43

De acuerdo a la tabla 6 sobre la relación entre resiliencia y los componentes de inteligencia emocional, podemos decir que entre el componente intrapersonal y los niveles de resiliencia existe una relación de nivel alto ($0 < R < 1$) y altamente significativa ($p < 0,05$); es decir a mayores los niveles de resiliencia, mayores son los niveles del componente intrapersonal.

Con respecto a la relación entre resiliencia y el componente interpersonal, podemos decir que existe una relación de nivel moderado ($0 < R < 1$) y altamente significativa ($p < 0,05$); es decir a mayores niveles de resiliencia, mayores son los niveles del componente interpersonal.

Sobre la relación entre el componente adaptabilidad y la resiliencia, podemos decir que existe una relación moderada ($0 < R < 1$), y a su vez significativa ($p < 0,05$); es decir, a mayores niveles de resiliencia, mayores son los niveles de adaptabilidad.

Sobre la relación entre el componente manejo de estrés y resiliencia, podemos decir que existe una relación de niveles bajo ($0 < R < 1$), esta relación no es significativa ($p > 0,05$).

Sobre la relación entre el componente de estado de ánimo general y resiliencia, podemos decir que existe una relación moderada ($0 < R < 1$) y altamente significativa ($p < 0,05$); es decir mientras mayor sea estado de ánimo general mayor será la resiliencia.

Tabla 7

Inteligencia emocional global y dimensiones de resiliencia

		Inteligencia emocional global
Puntaje Satisfacción	Coefficiente de correlación	.279
	Sig. (bilateral)	.070
	N	43
Puntaje Ecuanimidad	Coefficiente de correlación	,528**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	43
Puntajes Sentirse bien solo	Coefficiente de correlación	,390**
	Sig. (bilateral)	.010
	N	43
Puntaje Confianza en sí mismo	Coefficiente de correlación	,694**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	43
Puntaje Perseverancia	Coefficiente de correlación	,665**
	Sig. (bilateral)	.000
	N	43

De acuerdo a la tabla 7 sobre la relación entre inteligencia emocional y los componentes de resiliencia, podemos decir que entre el componente satisfacción personal y los niveles de inteligencia emocional existe una relación de nivel bajo ($0 < R < 1$), la cual no es significativa ($p > 0,05$).

Con respecto a la relación entre inteligencia emocional y el componente ecuanimidad, podemos ver que entre este componente y los niveles de inteligencia emocional existe una relación de nivel moderado ($0 > R < 1$) y altamente significativa ($p < 0,05$); es decir a mayor sean los niveles de inteligencia emocional, mayores son los niveles del componente ecuanimidad.

Sobre la relación entre inteligencia emocional y el componente sentirse bien solo, podemos decir que tiene una correlación nivel bajo ($0 > R < 1$) y a su vez significativa ($p < 0,05$).

Sobre la relación entre el componente confianza en sí mismo y la inteligencia emocional, podemos decir que existe una relación de nivel moderado ($0 > R < 1$) esta relación es altamente significativa ($p < 0,05$), es decir a mayores niveles de inteligencia emocional mayor será el componente de confianza en sí mismo

Sobre la relación entre el componente perseverancia e inteligencia emocional, podemos decir que existe una relación de nivel moderado ($0 < R < 1$) y altamente significativa ($p < 0,05$); es decir a mayor perseverancia mayor será la inteligencia emocional.

Tabla 8

Niveles de resiliencia e inteligencia emocional

			Global Resiliencia			
			Alto	Medio	Bajo	Total
Cociente emocional general	Alto	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Resiliencia	7,1%	7,7%	0,0%	4,7%
	Medio	Recuento	11	11	4	26
		% dentro de Resiliencia	78,6%	84,6%	25,0%	60,5%
	Bajo	Recuento	2	1	12	15
		% dentro de Resiliencia	14,3%	7,7%	75,0%	34,9%
Total	Recuento		14	13	16	43
	% dentro de Resiliencia		100%	100%	100%	100%

De acuerdo a la tabla 8 sobre la relación entre los niveles de inteligencia emocional y los niveles de resiliencia podemos ver que los evaluados con inteligencia emocional alta, se ubican en su mayoría en niveles medios de resiliencia (7,7%), mientras que los que presentan niveles medios se ubican en niveles medios de resiliencia (84.6%), mientras los evaluados con niveles bajos en inteligencia emocional se ubican en niveles bajos de resiliencia (75%).

Tabla 9

Niveles de resiliencia de acuerdo a los datos socio demográficos

		Niveles de resiliencia					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Género	Femenino	5	38%	4	31%	4	31%
	Masculino	11	37%	9	30%	10	33%
Consumo	Sólo Alcohol	8	42%	6	32%	5	26%
	Sólo Marihuana	0	0%	2	67%	1	33%
	Sólo Cocaína	0	0%	0	0%	1	100%
	Alcohol y Marihuana	2	40%	2	40%	1	20%
	Alcohol y Cocaina	1	100%	0	0%	0	0%
	Marihuana y Cocaina	1	13%	2	25%	5	63%
	Alcohol, Marihuana y Cocaina	4	67%	1	17%	1	17%

Con respecto a las variables sociodemográficas la mayoría de mujeres se ubican en niveles bajos (38%) y los hombres en niveles bajos (37%) , en el consumo de sustancias, los que

consumen solo alcohol se ubican en niveles bajos (42%), lo que consumen solo marihuana en niveles medios (67%) los que consumen cocaína en niveles altos (100%), lo que consumen alcohol y marihuana la mayoría se ubica en niveles bajos y medios (40%), los que consumen alcohol y cocaína en niveles bajos (100%), los que consumen marihuana y cocaína en niveles altos (63%), los que consumen alcohol, marihuana y cocaína en niveles bajos (67%).



Tabla 10

Niveles de inteligencia emocional de acuerdo a los datos sociodemográficos

		Cociente Emocional General					
		Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Género	Femenino	5	38%	7	54%	1	8%
	Masculino	10	33%	19	63%	1	3%
Consumo	Sólo Alcohol	9	47%	9	47%	1	5%
	Sólo Marihuana	0	0%	2	67%	1	33%
	Sólo Cocaína	0	0%	1	100%	0	0%
	Alcohol y Marihuana	2	40%	3	60%	0	0%
	Alcohol y Cocaina	0	0%	1	100%	0	0%
	Marihuana y Cocaina	1	13%	7	88%	0	0%
	Alcohol, Marihuana y Cocaina	3	50%	3	50%	0	0%

Con respecto a las variables sociodemográficas y la variable cociente emocional, la mayoría de mujeres se ubican en niveles medios (54%) y los hombres en niveles medios (63%), en el consumo de sustancias los que consumen solo alcohol se ubican en niveles

bajos y medios (47%), lo que consumen solo marihuana en niveles medios (67%) los que consumen cocaína en niveles medios (100%), lo que consumen alcohol y marihuana la mayoría se ubica en niveles medios (60%), los que consumen alcohol y cocaína en niveles medios (100%), los que consumen marihuana y cocaína en niveles medios (88%), los que consumen alcohol, marihuana y cocaína en niveles bajos y medios de manera uniformes (50%).



Tabla 11

Dimensiones de resiliencia y componentes de inteligencia emocional

		Inteligencia emocional				
		Intrapersonal	Interpersonal	Adaptabilidad	Manejo de estrés	Estado de ánimo general
Resiliencia	Satisfacción personal	0,73	0,73	0,817	0,595	0,527
	Ecuanimidad	0,021**	0,167	0,088	0,167	0,110
	Sentirse bien solo	0,032**	0,033**	0,036**	0,639	0,019**
	Confianza en sí mismos	0,001**	0,063	0,033**	0,176	0,004**
	Perseverancia	0,000**	0,179	0,045**	0,172	0,001**

De acuerdo a la tabla anterior podemos observar la presencia de relaciones significativas entre las dimensiones de sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia con los componentes intrapersonal, adaptabilidad y estado de ánimo general. Asimismo, existe una relación significativa entre ecuanimidad y el componente intrapersonal. Y por último, la dimensión de sentirse bien y el componente interpersonal se asocian significativamente.

Discusión

Al trabajar con pacientes adictos, se busca la rehabilitación y la prevención de recaídas, con ese fin, es necesario fortalecer las herramientas de trabajo terapéutico con factores protectores como de la resiliencia y la inteligencia emocional, puesto que los sujetos que posean mayor resiliencia podrán rehabilitarse de una manera más rápida; del mismo modo, permitirá al paciente que pueda sobreponerse a una posible futura recaída, previniendo que los pacientes opten por esta conducta de riesgo al enfrentarse a alguna adversidad; y con la ayuda de la inteligencia emocional, permitirá al paciente gestionar mejor sus impulsos muchas veces alterados por emociones desbordantes que preceden a un consumo excesivo de sustancias psicoactivas y posibles recaídas.

El principal propósito de este estudio fue identificar la relación entre resiliencia e inteligencia emocional en pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del Complejo hospitalario Mental Moisés Heresi. Para el análisis de las variables de interés se utilizaron dos escalas estandarizadas: La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y el Inventario de Inteligencia emocional Bar-On abreviado.

Los resultados obtenidos demuestran que sí existe una relación positiva y altamente significativa entre las variables de resiliencia e inteligencia emocional en pacientes adictos. Se comprueba la hipótesis que a mayores niveles de Resiliencia, mayores niveles de inteligencia emocional, demostrando así la importancia de ambos constructos para la rehabilitación de pacientes con adicción a sustancias psicoactivas.

Por otro lado, Martínez (2015), analizó, en un centro de adicciones de España, la resiliencia e inteligencia; sin embargo, no se hallaron resultados significativos que puedan generalizarse. No obstante, los pacientes mostraron niveles similares de resiliencia e

inteligencia emocional (medio-adecuado); se observó además que las personas más resilientes mostraban consumos más bajos de cocaína. En ese mismo estudio se analizó el componente de satisfacción, el cual fue asociado a un menor consumo; no obstante, los resultados no resultaron ser significativos para las sustancias psicoactivas.

Al relacionar la inteligencia emocional con el componente de satisfacción personal, Martínez (2015) identificó cierta relación, donde puntajes bajos en satisfacción se relacionaban con una mayor emocionalidad.

Sobre el nivel de resiliencia, nuestro estudio identificó que la mayoría de pacientes presenta niveles bajo (37.20%). De modo similar, Becoña, López y Fernández (2013), quienes evaluaron la relación entre resiliencia y el consumo de sustancias ilegales en 1.706 personas de 14 a 25 años; los resultados demostraron que aquellas personas que consumen sustancias psicoactivas, puntuaron menores niveles de resiliencia en comparación a las que no consumen drogas.

Por otro lado, Martínez (2015), analizó los niveles de resiliencia en una muestra de adictos en un centro de adicciones, dentro de sus resultados encontrados, halló que los evaluados manifestaban predominantemente un nivel de resiliencia nivel medio, tanto en la competencia aceptación de sí mismo, como en la competencia personal. Estos resultados difieren de los nuestros, pues la mayoría de sujetos evaluados presentó un nivel de resiliencia bajo.

Además, Martínez (2015), concluyó que la resiliencia contribuye al consumo de cocaína, pues en su estudio encontró que aquellos pacientes con niveles más altos de resiliencia, reflejaban asimismo niveles bajos de consumo.

De modo similar, Becoña (2006) realizó una revisión de diversos estudios, donde

concluyó que existía una relación consistente entre presentar mayores niveles de resiliencia, y consumir menos sustancias psicoactivas, principalmente drogas ilegales y alcohol. Pues en el caso de los consumidores de alcohol, las investigaciones señalan que tener niveles altos de resiliencia representa un factor protector para no consumir alcohol y otras drogas. La mencionada relación se mantiene constante en todos los estudios revisados, ya sea en los longitudinales, como en los transversales.

Por otro lado, Yang, Zhou, Cao, Xia & An (2019) evaluaron; por medio de un estudio transversal realizado en China, a 298 pacientes que presentaban trastornos por consumo de sustancias psicoactivas; la relación entre el autocontrol, la autoeficacia, la autoestima y la resiliencia. Se encontró que la correlación entre todas las dimensiones y puntajes totales era significativamente positiva ($p < 0.01$), indicando que las variables en mención podían predecir la autoeficacia en los pacientes. Además, se halló que la resiliencia y la autoestima mediaban totalmente la relación entre autocontrol y autoeficacia; y que las relaciones entre autocontrol y autoestima estaban siendo mediadas por la resiliencia. En este estudio se concluyó que el aumento en el autocontrol, resiliencia y autoestima pueden mejorar o incrementar la autoeficacia en pacientes que presentaban trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

En otro estudio transversal llevado a cabo en Venezuela por Velásquez (2012), tomando como muestra estudiantes universitarios; se hallaron diferencias significativas entre los evaluados en cuanto al consumo de tabaco y de alcohol. Donde se evidenció una constante relación entre presentar niveles altos de resiliencia, y consumir menor cantidad de sustancias psicoactivas. Estos resultados ponen de manifiesto la pertinencia de considerar la resiliencia para comprender la prevalencia de trastornos por consumo de sustancias

psicoactivas, además de la necesidad de ser considerados en programas preventivos de los establecimientos públicos.

Según nuestro estudio, el nivel predominante de inteligencia emocional que la mayoría de pacientes obtuvo fue un nivel medio (60.5%); sin embargo, Barahona (2018) en su estudio con pacientes alcohólicos, indica que el nivel predominante es marcadamente bajo, en otras palabras los pacientes presentaron una baja inteligencia emocional; es importante resaltar que a pesar de no coincidir los resultados de estas dos investigaciones, no se puede negar que el porcentaje de nivel de inteligencia emocional alto, es muy pobre.

En cuanto a los componentes de inteligencia emocional observamos en nuestro estudio lo siguiente, que en el Componente Intrapersonal y el Componente Interpersonal el nivel predominante fue nivel medio, en el Componente de Adaptabilidad y Manejo de Estrés la mayoría de los pacientes se ubicaron en niveles bajos, por último, en el Componente Estado de Ánimo en General prevaleció un nivel medio sobre la muestra. Siguiendo con el mismo estudio que realizó Barahona (2018), los resultados que obtuvo en los componentes de inteligencia emocional en alcohólicos fue la siguiente, en el componente Intrapersonal se ve que la mayoría de los pacientes se ubican en los niveles medios, con el componente Interpersonal se obtuvo como prevalencia un nivel bajo, como ocurre también con el componente de Estado de Ánimo en General, el componente de Adaptabilidad arrojó como resultado mayoritario un nivel medio al igual que con el componente Manejo de Estrés; se puede apreciar entonces la existencia de una igualdad entre ambos estudios con el componente Intrapersonal, que arrojaron en la mayoría de ambas muestras niveles medios; cabe resaltar que en ninguna de las dos poblaciones se pudo contar un nivel de inteligencia emocional alto.

Se halló en nuestro estudio que, la relación que existe entre la inteligencia emocional y el género de los pacientes adictos indica que no hay diferencia entre los niveles de inteligencia emocional en la mayoría de la población femenina y masculina, esto quiere decir que ambos presentan un nivel de inteligencia emocional medio. Por otro lado, Gartzia, Aritzeta, Balluerka, y Barberá (2012) indican en su estudio que las mujeres podrían presentar mayores niveles de inteligencia emocional, ya que a diferencia de los varones, presentan mayor identificación con rasgos de identidad expresivos, asociado a atributos de la inteligencia emocional.

En nuestra investigación, al relacionar la inteligencia emocional con el consumo de cocaína, encontramos que aquellos pacientes adictos a la cocaína, la mayoría presentaba niveles medios de inteligencia emocional. Por otro lado, Martínez (2015), quien analizó esta relación en 101 pacientes adictos de un centro de adicciones de España, Martínez observó que la euforia experimentada en un principio al consumir cocaína, usualmente va acompañada de sentimiento de desánimo y tristeza conforme pasa el tiempo, lo cual lleva a que el sujeto quiera volver a consumir para así superar este malestar, generándose de este modo un círculo vicioso.

En cuanto a los datos sociodemográficos como el género, nuestro estudio mostró que el mayor número de pacientes adictos eran varones (69.77%). Estos resultados se asemejan a los encontrados por CEDRO (2018) en 13 ciudades del Perú, donde se evaluaron a 8424 personas de entre 12 a 65 años, en el mencionado estudio se observó que el número de varones que ha usado sustancias psicoactivas al menos una vez es mayor en comparación al de mujeres. Sin embargo, al analizar las últimas encuestas se pudo observar una tendencia en las mujeres a incrementar progresivamente su consumo de alcohol,

tendiendo a la aproximarse a los resultados epidemiológicos del consumo en hombres.

En otro estudio desarrollado por Molero-Jurado, Pérez-Fuentes, Barragán-Martín, del Pino-Salvador y Gázquez-Linares (2019), donde se analizó la relación entre inteligencia emocional, resiliencia y dinámica familiar, se encontró que, en relación al género, el porcentaje de mujeres que tomaba y fumaba, era más alto en comparación a los varones.

A pesar de que últimamente las mujeres vienen reduciendo distancias sobre sus pautas de consumo en relación a los varones, Martínez (2015) analizó la resiliencia e inteligencia emocional en una muestra conformada por 101 sujetos usuarios de un centro de adicciones; en el mencionado estudio se halló que la mayoría de pacientes eran varones, con una edad promedio de 33.24, de estado civil soltero, sin un trabajo estable. Estos datos sociodemográficos se asemejan a los encontrados en nuestro estudio; puesto que la mayoría de pacientes adictos evaluados eran varones, de igual forma la mayoría era soltera, la edad promedio de nuestra muestra era 28.76, y por último, la mayoría se encontraba desempleada.

A través de la historia, se ha visto que la mayoría de consumidores de drogas eran mayormente los varones, sin embargo, los datos recientes señalan que, en ciertos países, son las mujeres quienes hacen uso de las drogas en igual o mayor proporción que los varones. Esta tendencia podría explicarse mediante disminución en la brecha de género, ya que las normas sociales se van modificando a lo largo de los años, reflejando así cambios en las características del consumo de sustancias psicoactivas (Organización de los Estados Americanos [OAS], 2019).

En relación a los antecedentes familiares, nuestro estudio encontró que la mayoría (53.49) de pacientes no contaba con antecedentes familiares que tengan historia de abuso de

sustancias psicoactivas, sin embargo, esta diferencia es mínima, comparada al 46.51% que sí contaba con antecedentes de consumo en su familia. Estos resultados se contraponen a los encontrados en una investigación realizada por la Comisión nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA, 2013), quienes hallaron prevalencias significativamente más altas de consumo de sustancias psicoactivas entre aquellos que presentaban antecedentes de consumo en su familia y grupo de amigos; frente a aquellos que no registraban antecedentes de consumo. Esta investigación nos lleva a considerar la historia de abuso de sustancias por parte de los familiares de los pacientes, como un factor de riesgo latente en cuanto al abuso y consumo de drogas.

González (2012) sustenta lo antes mencionado, señalando que el inicio en el consumo de drogas, y de igual modo el uso de las mismas está asociado con el uso de drogas por parte de familiares cercanos como los padres. Además, esta correlación positiva se plantea tanto como para drogas legales como para ilegales.

En el presente estudio se encontró que la sustancia psicoactiva con mayor frecuencia entre los evaluados fue el alcohol (41.89%), seguido por la marihuana (29.73%), en tercer lugar, se ubicó la cocaína con un 21.62%. Estos resultados se asemejan a los encontrados por CEDRO (2018) en 13 ciudades del Perú, donde se evaluaron a 8424 personas de entre 12 a 65 años. La prevalencia de vida era mayor para las drogas legales como el alcohol (79.2%), seguida por el tabaco en un 52.5%. En cuanto a la prevalencia de las drogas ilegales se encontró que predominaba la marihuana en un 8.1%, seguidamente se hallaba la pasta básica de cocaína (2.0%), la prevalencia del clorhidrato de cocaína fue de 1.6%, seguida por el éxtasis, cuya prevalencia fue menor al 1%.

Los resultados de nuestra investigación indican que gran parte de los encuestados se

encuentra desempleado (39.53%), poniendo en evidencia una relación entre la situación laboral y el consumo de sustancias psicoactivas. Estos resultados son similares a los descubiertos por Mossakowski (2008) en un estudio longitudinal en donde se evaluaron a jóvenes de los Estados Unidos, hallando que la duración del desempleo tiene una correlación positiva con el abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol. En ese mismo estudio se observó un efecto acumulativo, señalando que cuando el desempleo se extiende a más de dos años, la probabilidad de un abuso y su frecuencia aumentan. Estas investigaciones ponen en evidencia la importancia de la ocupación, ya sea en estudios o trabajo, como factor protector en el consumo de drogas.

Por otro lado, vemos que García del Castillo (2015) respalda lo antes mencionado, indicando que aquellas personas con altos niveles de resiliencia se encuentran menos vulnerable en relación a enfermedades y sobre todo al consumo de sustancias psicoactivas, además de otras adicciones.

A través de esta investigación, se ha logrado visibilizar y dar énfasis a dos aspectos claves en la rehabilitación de pacientes adictos, evidenciándose que los resultados obtenidos en la investigación, no difieren en gran medida de otros relacionados con el tema, los cuales afirman también que existe relación entre resiliencia e inteligencia emocional en pacientes adictos. Es importante considerar la importancia de programas de rehabilitación que tengan como ejes la resiliencia y la inteligencia emocional en los centros de adicciones de nuestro país, pues actualmente el estado no considera, ni mucho menos ejecuta los mismos.

Conclusiones

- Primera.-** Existe una correlación positiva altamente significativa entre Resiliencia e Inteligencia Emocional en los pacientes diagnosticados con adicción a sustancias psicoactivas del complejo hospitalario Moisés Heresi.
- Segunda.-** La mayoría de pacientes presenta niveles bajos de resiliencia. En cuanto a sus dimensiones; en satisfacción personal predominó un nivel medio; en ecuanimidad y perseverancia niveles bajos; y por último, sentirse bien solo y confianza en sí mismo mostraron niveles altos en su mayoría.
- Tercera.-** La mayoría de pacientes presenta niveles medios de inteligencia emocional. En sus componentes intrapersonal, interpersonal y estado de ánimo general, predominan niveles medios; mientras que en adaptabilidad y manejo de estrés prevalecen niveles bajos.
- Cuarta.-** La mayoría de pacientes con niveles altos de resiliencia, puntúan niveles medios de inteligencia emocional; aquellos con niveles medios de resiliencia, presentan niveles medios de inteligencia emocional; y los que tienen niveles bajos en resiliencia, puntúan niveles bajos en inteligencia emocional.
- Quinta.-** La mayoría de mujeres y hombres tienen un nivel bajo de resiliencia. Gran parte de los pacientes que consumen solo alcohol poseen niveles bajos de resiliencia, este caso es similar a aquellos que consumen las 2: alcohol y cocaína; e igual a

quienes consumen las tres sustancias: alcohol, marihuana y cocaína.

Sexta.- Ambos géneros presentaron niveles medios de inteligencia emocional. En relación a los consumidores de alcohol, marihuana y cocaína, la mayoría oscila entre niveles bajos y medios.

Séptima.- Se evidencian correlaciones significativas entre las dimensiones de sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia con los componentes intrapersonal, adaptabilidad y estado de ánimo general. Ecuanimidad se asocia significativamente con el componente intrapersonal. Y por último, se halló una correlación significativa entre sentirse bien solo y el componente interpersonal.

Sugerencias

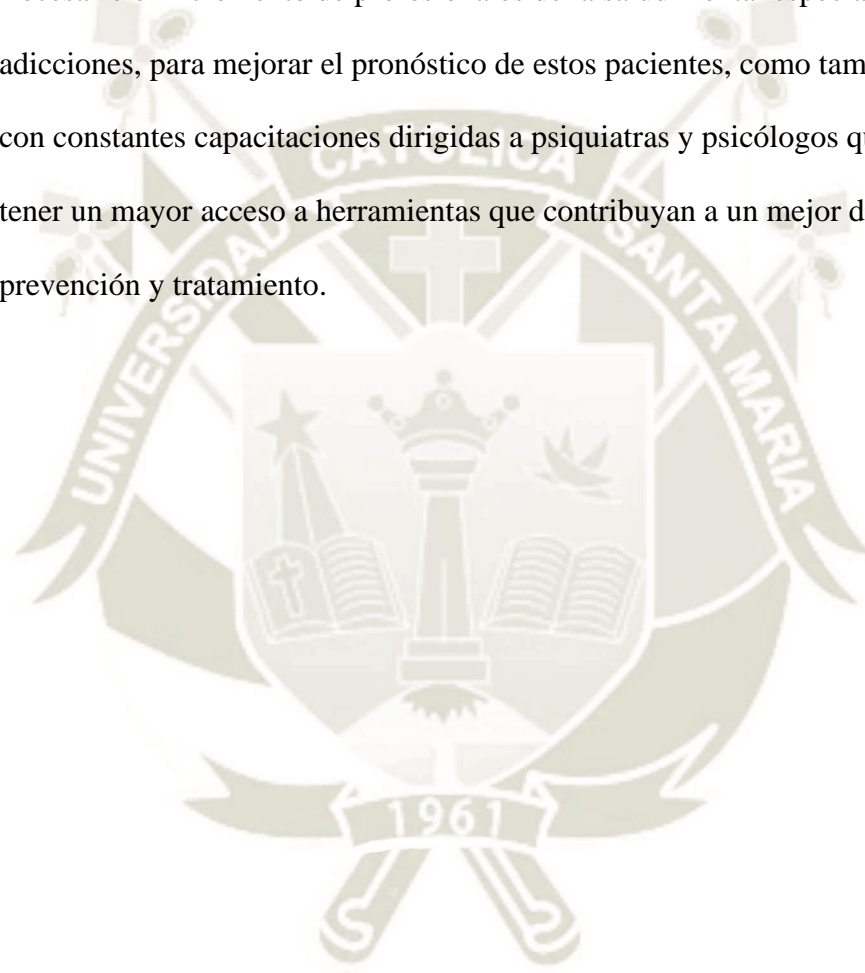
Primera.- Se sugiere incrementar las investigaciones sobre resiliencia e inteligencia emocional en poblaciones de pacientes adictos a sustancias psicoactivas, de esta manera se podrá contar con mayores resultados que a su vez sirvan de respaldo para otras investigaciones del tipo. Además, se sugiere comparar sobre la diferencia entre personas sin adicciones y con adicciones en cuanto a la dimensión sentirse bien solo.

Segunda.- Es de mucha importancia incluir en los establecimientos del Ministerio de Salud y centros de salud privados, con apoyo del departamento psicológico de cada centro, programas en pacientes con adicciones para desarrollar Resiliencia e Inteligencia Emocional como un factor determinante y predictivo de una buena adherencia terapéutica, un mejor proceso de recuperación y prevención de recaídas, puesto que no hay protocolos de atención e intervención en estas dos variables.

Tercera.- Realizar programas en colegios, con el apoyo especializado del departamento psicológico de centros de salud en conjunto con el departamento de psicología de cada institución, sobre Resiliencia e Inteligencia Emocional, con el fin de promover el desarrollo de estas habilidades en niños y adolescentes para prevenir el consumo abusivo y adictivo de sustancias.

Cuarta.- Es importante que los establecimientos de salud cuenten con un equipo de especialistas de salud mental de forma equitativa y proporcional a la demanda de pacientes.

Quinta.- Es necesario el incremento de profesionales de la salud mental especialistas en adicciones, para mejorar el pronóstico de estos pacientes, como también contar con constantes capacitaciones dirigidas a psiquiatras y psicólogos que permitan tener un mayor acceso a herramientas que contribuyan a un mejor diagnóstico, prevención y tratamiento.



Limitaciones

Primera. En el caso de los pacientes hospitalizados y semi residenciales, estos atendían diariamente a talleres ocupacionales, de estimulación cognitiva u otros, estos talleres se realizaban antes y con pocos minutos de anticipación del almuerzo y de la medicación, lo que dificultó la evaluación de los pacientes, considerando que tenían varias actividades programadas durante el día. Por lo que el tiempo y la disponibilidad de los pacientes resultó una limitación.

Segunda. A la fecha no existen muchas investigaciones sobre la correlación de las variables de interés, por lo tanto, fue difícil el contraste con los resultados.

Tercera. No se pudo evaluar a los pacientes nuevos debido a que, al haberse registrado por primera vez en el establecimiento, debían pasar por varios consultorios: medicina familiar, asistencia social, psiquiatría y psicología; por lo que el tiempo en cada consultorio es el mínimo. Sumado a esto, el hecho de que aún no contaban con el diagnóstico de adicción. Debido a lo anteriormente mencionado, solamente se evaluó a pacientes de interconsultas, hospitalizados y semi residenciales.

Referencias

- Alvarez, D., & Coila, G. (2014). *Inteligencia emocional y rendimiento académico en los alumnos de primer año del nivel secundario del Colegio Adventista Túpac Amaru, de la ciudad de Juliaca –2014* (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión, Juliaca, Perú.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Andrés, J.M., Díaz, J., Castelló, J., Fabregat, A., & López, P. (2002). Drogas de abuso: evaluación de las unidades de conductas adictivas en un Área Sanitaria. *Revista de Diagnóstico Biológico*, 51(2), 63-68. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-79732002000200005&lng=es&tlng=es.
- Aragón, C y Miquel, M., (2008). Alcoholismo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Ed.), *Manual de psicopatología* (pp. 355-374). Madrid, España: McGraw Hill.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, supl., 13-25.
- Bar-On, R.(2019).*Página Personal*. Estados Unidos: Reuven Bar-On.org Website. Recuperado de <http://www.reuvenbaron.org/wp/>
- Barahona, E. (2018). *Nivel e inteligencia emocional en participantes de un grupo de Alcohólicos anónimos en el distrito de Huaycán Lima-Perú, 2017*(Título Profesional de Licenciada en Psicología). Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima.
- Becoña, E., López, A., y Fernández, E. (2013). Resiliencia y consumo de cannabis, drogas

- de síntesis y cocaína en jóvenes. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. 13, 59-72.
- Becoña, E., López, A., Míguez, M.C. y Fernández, E. (2006). Resiliencia y consumo de cocaína. En J. Rivera (Presidencia), *Política y Drogas, Tabaco y Prevención*. Conferencia llevada a cabo en XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol, Cáceres, España.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. *Adicciones*, 19(1), 89-101.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 375-402). Madrid, España: McGraw Hill.
- Brown, R.A., Lewinsohn, P., Secley, J.R. & Wagner, E.F. (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1602-1610.
- Camí, J., Farré, M. (2003). Drug Addiction. *The New England Journal of Medicine*, 349, 975-986
- Cañal, M.J. (2003). *Adicciones: cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Bogotá, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Cava, M.J., Mugui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395
- Cavallo, G. (2015). *El Marketing de la Felicidad*. España: Códice
- Centro de Información y Educación para Prevención del Abuso de Drogas-CEDRO. (2018). *El Problema de las Drogas en el Perú*. Recuperado de

<http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/378/1/CEDRO.Problema%20de%20las%20drogas.2018.pdf>

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas - DEVIDA. (2013). *IV Estudio Nacional Prevención y Consumo de drogas en estudiantes de secundaria 2012*.

Recuperado de http://www.devida.gob.pe/wpcontent/uploads/2014/12/Informe-Ejecutivo_IV-Estudio-Nacional-Prevenci%C3%B3n-y-Consumo-de-Drogas-en-Estudiantes-de-Secundaria-2012.pdf.

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas-DEVIDA. (2017). *Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2017-2021*. Recuperado de

http://www.devida.gob.pe/documents/20182/314196/Estrategia_FINAL_castellano2.pdf

Coon, D. (1999). *Psicología Exploración y Aplicación*. México: International

Cornejo, W. (2011). Resiliencia: Una definición. *Athenea*. Recuperado de <http://www.academiaperuanadepsicología.net>

Coullaut, R., Arbaiza, I., De Arrúe, R., Coullaut, J. y Bajo, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Española de Psiquiatría*, 39(3), 168-173. Recuperado de

<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/13/71/ESP/13-71-ESP-168-173-776266.pdf>

Duarte, F. (2018). Inteligencia emocional asociada a salud mental en estudiantes universitarios de la carrera de psicología. *Innovare*, 7(1), 58-73.

Epstein, M. (2012). *La inteligencia emocional en pacientes adictos* (Trabajo de Grado). Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

- Erikson, E. (1970). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Hormé
- Fergus, S. y Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419.
- Fernández, B., Jorge, V. y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *PSICOONCOLOGÍA, 6(1)*, 243-256.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- García, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions, 15* (1), 5-14
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N. y Barberá, E. (2012) Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, vol. 28(2), pp. 567-575. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723135028.pdf>
- Goleman, D. (1995). *La Inteligencia Emocional*: Buenos Aires, Argentina: Javier Vergara.
- Goleman, D. (1999). *La Inteligencia Emocional en la Empresa*. España: Editorial Javier Vergara.
- González-Arratia, N., y Valdez, J. L.(2015). Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica, 5(2)*, 1996-2010.
- González, R. A. (2012). *Misión rescate de adictos. Guía para la relación de ayuda con toxicómanos*. La Habana, Cuba: Casa Editora Abril.
- González, L., González, O., Lauretti, P. y Sandoval, A. (2013). Estimación de la

inteligencia interpersonal e intrapersonal según el género y la ubicación geográfica.

En Psicogente. 16(30), 368-378.

Gonzales, T., Galvez, E., Alvarez, N., Cobas, F., y Cabrera, N. (2006). *Drogas y sexualidad: grandes enemigos* (Trabajo de grado). Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, La Habana, Cuba. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n5-6/mgi155-605.pdf>

González, N., Valdés, J. y Zavala, Y. (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. *Enseñanza de Investigación en Psicología*, 13(1), 41-52.

Grotberg, E. (1995). *Una guía para promover la resiliencia en niños: fortaleciendo el espíritu humano, proyecto internacional de la resiliencia*. La Haya: Bernard Van Leer Foundation.

Halmi, A. y Golik-Gruber, V. (2002). The prevention and reduction of the consumption of alcohol and any other drugs among a high-risk group of youths through improving family resilience. *Alcoholism*, 38, 41-55.

Heinz, A., Beck, A., Meyer-Lindenberg, A., Sterzer, P. & Heinz, A. (2011) Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(7), 400-413. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/51184655_Heinz_AJ_Beck_A_Meyer-Lindenberg_A_Sterzer_P_Heinz_A_Cognitive_and_neurobiological_mechanisms_of_alcohol-related_aggression_Nat_Rev_Neurosci_12_400-413

Jennison, K. M., & Johnson, K. A. (1997). Resilience to drinking vulnerability in women with alcoholic parents : The moderating effects of dyadic cohesion in marital

communication. *Substance Use and Misuse*, 32(11), 1461-1489.

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes-JIFE. (2016). *Informe Mundial*

sobre las Drogas. Recuperado de

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/Spanish/AR2016_S_ebook.pdf

Kessler, R. C; Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I.,... Üstün, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3),168-176.

Ladero, J. y Martín del Moral, M. (2009). Cocaína (III): Complicaciones orgánicas y psiquiátricas del consumo de cocaína. En P. Lorenzo, J. Madero, J. Leza y I. Lizasoain. (Ed.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación (pp.223-238)*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

Laespada, M. M. T., Iraurgi, C. I., y Aróstegui, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: : hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

López, H. (2007). *Las adicciones: sus fundamentos clínicos*. Buenos Aires: Editorial Lazos.

Martínez, A. (2015). *Importancia de la Resiliencia e Inteligencia Emocional en el consumo de cocaína* (tesis doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, España.

Martínez, A., Piqueras, J. y Ramos, V. (2010). *Inteligencia Emocional en la Salud Física y Mental*. España: EOS

Mascaraque, A. (2005). *Inteligencia emocional y consumo de sustancias en una muestra de*

mujeres universitarias ¿cómo se relacionan?. Universidad Pontificia Comillas
ICAI- ICADE, Madrid.

Matus, M., Calva, J., Flores, A., Leff, P. y Antón, B. (2012). Las adicciones, hallazgos
genómicos. *Salud Mental*. Recuperado de

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n2/v35n2a6.pdf>

Molero-Jurado, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Barragán-Martín, A.B., del Pino-Salvador,
R.M. & Gázquez-Linares, J.J. (2019). Analysis of the Relationship between
Emotional Intelligence, Resilience, and Family Functioning in Adolescents'
Sustainable Use of Alcohol and Tobacco. *Sustainability*, 11, 10, 29-54.

Morales, H. (2007, 01 de noviembre). *La Inteligencia Emocional y su utilidad para
prevenir adicciones y otros problemas psicosociales*. Liberaddictus. Recuperado de

<http://liberaddictus.org/varios/1020-la-inteligencia-emocional-y-su-utilidad-para-prevenir-adicciones-y-otros-problemas-psicosociales.html>

Mossakowski, K.N. (2008). Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for
heavy drinking?. *Social Science and Medicine*. 67, (6), 947-955.

Mrazek, P. & Mrazek, D. (1987). Resilience in child maltreatment victims: A conceptual
exploration. *Child Abuse Negligence*. 11: 357-365.

Munist, M., Santos, H., Klotiarenco, M., Suárez, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998).
Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes.
Washington: Organización Panamericana de la Salud.

National Institute of drugs abuse-NIH. (2018). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la
ciencia de la adicción*. Recuperado de

https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp.pdf

- Navarro, M., Ladero, J., Martín del Moral, M. y Leza, J. (2009). Cannabis
- (II). Dependencia. Complicaciones orgánicas y Psiquiátricas. En P. Lorenzo, J. Madero, J. Leza y I. Lizasoain. (Ed.), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación* (pp.329-344). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents: A research based guide for parents, educators, and community leaders*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents-in-brief>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito-UNODC. (2013). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf
- Organización de los Estados Americanos. (2013) *El problema de las drogas en las Américas: Drogas y Salud pública*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealthESP.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas 2019*. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Orlando, M., Ellickson, P. L., & Jinnett, K. (2001). The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 69(6), 959-970.
- Ortega, C. (2010). La educación emocional y sus implicaciones en la salud. *REOP*, 21(2), 462- 470.
- Pedrero, P. (2013). Inteligencia Emocional y Adicciones. *Proyecto Hombre*. 81, 1136-3177
- Pozo, A. (2010). *Inteligencia emocional y estilos de afrontamiento al estrés en trabajadores de una empresa del sistema privado de pensiones de Lima* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú.
- Prado, R. y Del Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*. (6),179-196.
- Prette, Z. y Prette, A. (2002). *Psicología de las Habilidades Sociales: Terapia y Educación*. México: El Manual Moderno.
- Quesada, D. (2015). Delirium en el adulto mayor, *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 72(614), 3-7. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc151b.pdf>
- Romero, D., Mayoral, Y. y Triviño, J. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgos en consumidores de cocaína. *Actas Esp Psiquiatr*, 44(2),72-8.
- Ruiz, G. & López A. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología* 5(2), 1-11. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2012.1001>
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Liberabit*, 11(11), 91-101.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*. 1(14), 31-40.

Salovey, P. & Sluyler, D. (1997). *Emotional Development and Emocional Inteligence:*

Cognition and personality. New York, United States: Editorial BasicBooks.

Sebastian, E. (2017). *Desarrollo de la Inteligencia Interpersonal e Intrapersonal en*

educación primaria a partir del uso de tecnologías de información y comunicación:

estudio de casos. Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/316000967> Desarrollo de la inteligencia interpersonal e intrapersonal en educación primaria a partir del uso de tecnologías de información y comunicación estudio de casos.

Simkin, D. R. (2002). Adolescent Substance use Disorders and Comorbidity. *Pediatric*

Clinics of North America, 49, 463–477.

Sirvent, C. (2007). La sociopatía adquirida, *Revista Española de Drogodependencias*,

32(3), 310-341. Recuperado de

<https://www.researchgate.net/publication/271510797> La sociopatía adquirida en drogodependencias Acquired sociopathy in drug addiction

Statham, J. (2004). Effective services to support children in special circumstances. *Child:*

Care, Health and Development, 30, 589-598.

The United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World Drug Report.* Recuperado

de https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_1_EXSUM.pdf

Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). *La evaluación de la Inteligencia Emocional a través del*

inventario de BarOn ICE:NA, en una muestra de niños y adolescentes. Lima, Perú:

Edición de las Autoras.

Vanistendael, S. (1997). Resiliencia. Los aportes del concepto de resiliencia en los

programas de intervención psicosocial. Conferencia llevada a cabo en Santiago,

Chile.

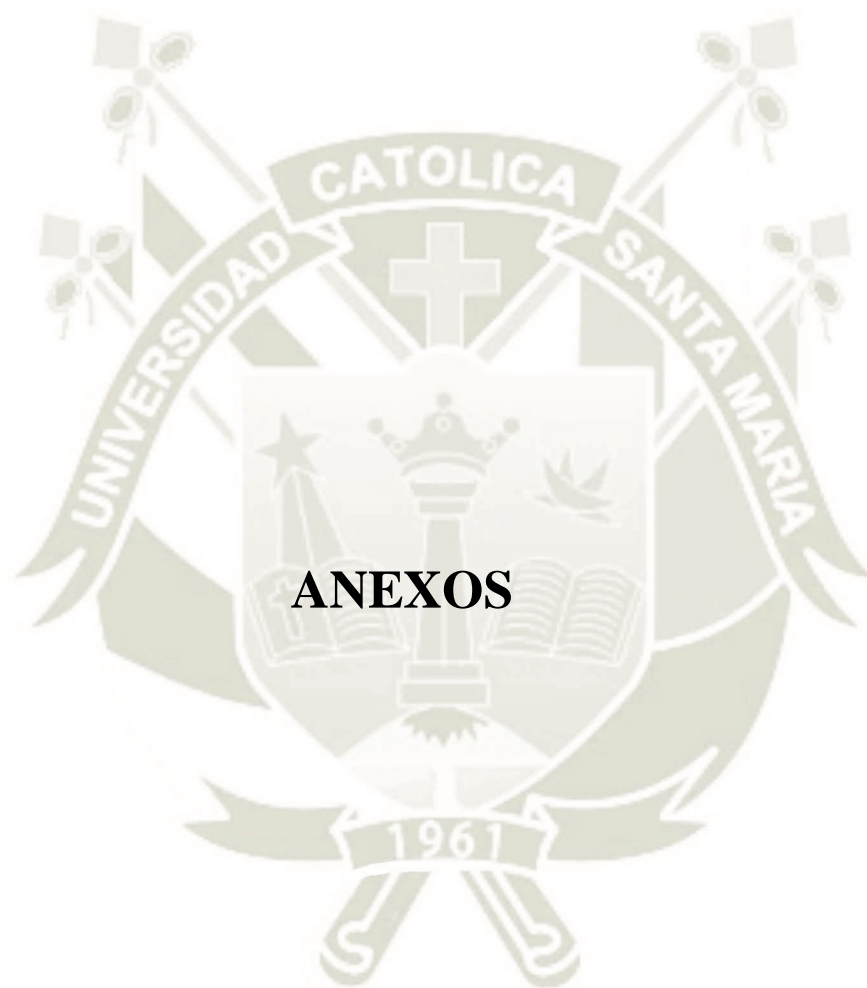
Velásquez, Y. (2012). *Resiliencia y Consumo de Alcohol, Tabaco y otras drogas en estudiantes de Bioanálisis de la Universidad de Los Andes*. Tesis de Licenciatura, Venezuela.

Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1(2), 165-178.

Werner, E.E. (1995). Resilience in development. *Current directions in Psychological Science*. 4(3), 81-85.

Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J., & Brown, M. (2013). Familial, social, and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*. doi:10.1155/2013/579310.

Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: Resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in Psychiatry*. 10(388). doi: 10.3389/fpsy.2019.00388.



ANEXO 1. Hoja de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La evaluación de los test no tiene tiempo límite, la participación es voluntaria, tiene el derecho de retirarse en cualquier momento de la evaluación sin ningún tipo de sanción, esta participación no tiene compensación económica alguna.

Objetivo de la evaluación: *Identificar la relación entre Resiliencia e Inteligencia Emocional en pacientes del Complejo Hospitalario de Salud Mental Moisés Heresi Farwagi.*

Yo _____, identificado(a) con el DNI _____ fui informado/a de la finalidad de los test que procederán a evaluarme, es así que autorizo que se me apliquen los siguientes instrumentos: *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young* y el *Inventario de Inteligencia Emocional de Ice de BarOn* para los fines investigativos pertinentes, teniendo conocimiento que la información será manejada anónimamente y estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He entendido la información que he recibido sobre los objetivos de los resultados de la evaluación y he tenido oportunidad de preguntar si algo no me ha quedado claro.

Arequipa _____ de _____ de 2019.

ANEXO 2. Ficha sociodemográfica y Escala de Resiliencia (ER)

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Edad:
Fecha de nacimiento:
Sexo:
 Hombre
 Mujer
Religión:
Convivencia:
 Solo
 Con Pareja/Hijos
 Con Padres
 Otros:
Diagnóstico
 Abuso
 Dependencia
Consumo:
 Alcohol
 Opioides
 Marihuana
 Sedantes o Hipnóticos

Cocaína
 Disolventes
 Alucinógenos
 Cafeína
 Tabaco
 Drogas Múltiples
 Otros:
Antecedentes de consumo
 Padre
 Madre
 Hermanos
 Otro:
Tiempo de consumo:
Tipo de tratamiento:
 Interconsulta / ambulatorio
 Hospitalizado / residencial
 Semi residencial

Situación laboral:
 Trabajo Estable
 Trabajo Temporal
 Desempleado
 Estudiante
 Jubilado
 Otro:
Estado civil
 Soltero
 Con pareja
 Conviviente
 Casado
 Divorciado
 Viudo
Grado de instrucción
 Sin estudios
 Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria completa

Secundaria incompleta
 Superior técnica completa
 Superior técnica incompleta
 Universitario completo
 Universitario incompleto
 Posgrado
Profesión:

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de tu vida, donde tendrás que leer cada una de ellas y encerrar en un círculo que tan acuerdo o en desacuerdo esta con ellas (según el número que elijas). Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas.

ITEMS	En desacuerdo				De acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planeo algo lo realizo.							
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3. Dependo más de mi mismo(a) que de otras personas.							
4. Es importante para mi mantenerme interesado en las cosas.							
5. Puedo estar solo(a) si tengo que hacerlo.							
6. Me siento orgulloso(a) de haber logrado cosas en mi vida.							
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8. Soy amigo de mi mismo.							
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10. Soy decidido(a).							
11. Rara vez pregunto cual es la finalidad de todo.							
12. Tomo las cosas una por una							
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14. Tengo autodisciplina.							
15. Me mantengo interesado(a) en las cosas.							
16. Por lo general encuentro algo de qué reirme.							
17. El creer en mi mismo(a) me permite atravesar tiempos difíciles.							
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.							
21. Mi vida tiene un significado.							
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.							
24. Tengo la energía para hacer lo que debo hacer.							
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

ANEXO 3. Inventario de Inteligencia emocional Bar-On ICE abreviado

INVENTARIO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL DE BAR - ON ICE

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.

N°	ITEMS	1	2	3	4	5
1	Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida					
2	Es duro para mi disfrutar de la vida					
3	Sé cómo enfrentar los problemas más desagradables					
4	Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.					
5	Me siento seguro (a) de mi mismo (a) en la mayoría de situaciones.					
6	Me resulta difícil comenzar cosas nuevas.					
7	Cuando enfrente una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.					
8	Me gusta ayudar a la gente.					
9	Cuando trabajo con otros, tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías.					
10	Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago.					
11	En general, me resulta difícil adaptarme.					
12	Soy una persona bastante alegre y optimista.					
13	Prefiero que otros tomen decisiones por mí.					
14	Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso.					
15	He logrado muy poco en los últimos años.					
16	Cuando estoy enojado (a) con alguien se lo puedo decir.					
17	Me resulta fácil hacer amigos (as).					
18	Soy impulsivo (a), y eso me trae problemas.					
19	Soy bueno para comprender los sentimientos de las personas.					
20	Lo primero que hago cuando tengo un problema es detenerme a pensar.					
21	A la gente le resulta difícil confiar en mí.					
22	Estoy contento (a) con mi vida.					
23	Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo (a).					
24	Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos.					
25	Mis amigos me confían sus intimidades.					
26	No me siento bien conmigo mismo (a).					
27	Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles soluciones y luego escojo la que considero mejor.					
28	Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento.					
29	Soy una persona divertida.					
30	Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decirselo.					
31	Me importa lo que puede sucederle a los demás.					
32	Me deprimó.					
33	Sé cómo mantener la calma en situaciones difíciles.					
34	En general me siento motivado (a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles.					
35	Me siento feliz con el tipo de persona que soy.					
36	Tengo reacciones fuertes, intensas que son difíciles de controlar.					
37	En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana.					
38	Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado (a).					
39	Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes.					
40	Soy capaz de respetar a los demás.					
41	Prefiero seguir a otros que ser líder.					
42	Disfruto de las cosas que me interesan.					
43	Soy sensible a los sentimientos de las otras personas.					
44	Soy impulsivo (a).					
45	Me resulta difícil cambiar mis costumbres.					
46	Considero que es muy importante ser un (a) ciudadano (a) que respeta la ley.					
47	En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas.					
48	Creo en mi capacidad para manejar los problemas más difíciles.					
49	Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten.					
50	Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza.					
51	Los demás opinan que soy una persona sociable.					
52	Estoy contento (a) con la forma en que me veo.					
53	Me gusta divertirme.					
54	Me parece que necesito de los demás más de los que ellos me necesitan.					
55	Intento no herir los sentimientos de los demás.					
56	No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida.					
57	No mantengo relación con mis amistades.					
58	Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo (a).					
59	Tengo una tendencia a explotar de cólera fácilmente.					
60	Si me viera obligado (a) a dejar mi casa actual, me sería fácil adaptarme nuevamente.					

ANEXO 4. Nube de puntos de resiliencia e inteligencia emocional

Gráfico 1: *Nube de puntos de resiliencia e inteligencia emocional*

