



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y NIVELES DE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES PARA  
EL FUTURO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Toasa Vega, Verónica Elizabeth

**Tutor:** Dr. Mg. Añazco Lalama, Ángel Santiago

Ambato – Ecuador

Enero-2016

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre del tema:

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y NIVELES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES PARA EL FUTURO”**, de Verónica Elizabeth Toasa Vega, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre del 2015

**EL TUTOR**

-----  
Dr. Mg. Añazco Lalama, Ángel Santiago

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y NIVELES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES PARA EL FUTURO”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Noviembre del 2015

### **LA AUTORA**

-----  
Toasa Vega, Verónica Elizabeth

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga con este proyecto de investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Noviembre del 2015

## **LA AUTORA**

-----  
Toasa Vega, Verónica Elizabeth

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y NIVELES DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES PARA EL FUTURO”** de Verónica Elizabeth Toasa Vega, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Enero del 2016

**Para constancia firman:**

.....                      .....

PRESIDENTE/A                      1er VOCAL                      2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo lo dedico con todo a mi Creador que gracias a su Amor Eterno y fidelidad me ha guiado de su mano como un amigo fiel y el mejor de los Padres y es así que, sin importarle mis caídas y tropiezos, siempre ha confiado en mí y sé que no dejará de hacerlo, “ yo le llamare y el responderá” gracias a su misericordia nunca me ha faltado salud, alimento, amor o felicidad por todo lo que me ha dado a ÉL sea la GLORIA de todo el éxito que coseche en mi vida, estoy segura que en este proceso se cumple también uno de sus propósitos conmigo en bienestar de los que más lo necesitan.

También dedico este trabajo a mi Madre Juanita que siempre con sabiduría ha sido ejemplo y el pilar fundamental en mi vida, a mi Padre Segundo que es mi orgullo y a mis Hermanas Hilda y Raquel que como unas madres y amigas me han brindado su apoyo incondicional, la fuerza y el ejemplo para ser mejor persona cada día y sé que todos Uds. son la bendición más grande que tengo en la vida. LOS AMO.

Toasa Vega, Verónica Elizabeth

## **AGRADECIMIENTO**

A quien forja mi camino cada día al Padre Eterno quien me acompaña siempre y pone en mi camino las personas que más amo y son incondicionales como mi Madre Juanita, mi Padre Segundo, y mis hermanas Hilda y Raquel que con su ejemplo, sacrificio dedicación y amor me guían para ser mejor persona cada día. LOS AMO.

A Eduardo Hidalgo Director de la Fundación Jóvenes para el Futuro que con sus sabias experiencias ha sido una de las personas que más han contribuido con mi formación como profesional y espiritual.

A mi tutor Dr. Santiago Añazco Lalama por generosidad, paciencia y oportunidad del enriquecimiento de su experiencia profesional indispensable para la culminación del presente trabajo.

A todos muchas gracias y que el Padre Celestial sea quien les recompense al triple de lo que han dado y esa bendición llegue a sus familias y amigos.

Toasa Vega, Verónica Elizabeth

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y NIVELES DE CONSUMO DE  
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LA FUNDACIÓN JÓVENES PARA  
EL FUTURO”**

**Autor:** Toasa Vega, Verónica Elizabeth.

**Tutor:** Dr. Añazco Lalama, Santiago Ángel Msc.

**Fecha:** Noviembre del 2015.

**RESUMEN**

El presente trabajo investigativo tiene como finalidad determinar la relación entre la inteligencia emocional y el consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro, la población consta de adolescentes, jóvenes y adultos en su totalidad alrededor de 75 personas consumidores, entre las sustancias de mayor consumo se encuentran el alcohol, tabaco, marihuana y cocaína.

La inteligencia emocional cumple una función indispensable sobre la mayoría de las áreas desempeñadas las cuales repercuten en el éxito y la autorrealización de un individuo, es por ello que esta investigación surge de la vital importancia en esta población vulnerable, conociendo que al desarrollar estrategias de afrontamiento para utilizar las emociones como una actividad inteligente, mejorará el estilo de vida y por ende la rehabilitación de los participantes conjuntamente con el bienestar integral. En la Provincia de Tungurahua el consumo Sustancias Psicoactivas es un tema de suma importancia, debido a que existe una tendencia al aumento en los indicadores de prevalencia y disminución en la edad de inicio de consumo, lo que muestra que este fenómeno se presenta progresivamente en mayor cantidad en adolescentes, sin embargo esto no descarta a los jóvenes y adultos en menor población pero de mayor nivel de consumo, como se presenta en la Fundación Jóvenes para el Futuro.



**PALABRAS CLAVES:** SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ALCOHOL, TABACO, MARIHUANA, COCAÍNA.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**

**CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY**

**“EMOTIONAL INTELLIGENCE AND LEVELS OF CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN THE YOUTH FOUNDATION FOR THE FUTURE”**

**Author:** Toasa Vega, Verónica Elizabeth.

**Tutor:** Dr. Añazco Lalama, Santiago Ángel Msc.

**Date:** November, 2015.

**SUMMARY**

This research work aims to determine the relationship between emotional intelligence and the use of psychoactive substances in the Youth Foundation for the Future, the user population is adolescents, youth and adults in their entirety consumers about 75 people, among the substances most are alcohol consumption, snuff, marijuana and cocaine.

Emotional intelligence meets a vital role over most areas carried Which affect the success and self-realization of Guy UN is why this research wave of vital importance in This vulnerable population, knowing that in developing Coping for use emotions as an intelligent activity, improve Lifestyle and therefore the Rehabilitation of Participants jointly with wellness. In the province of Tungurahua Psychoactive Substances Consumption is a paramount issue DUE queue There is an increasing trend in the prevalence indicators and decrease in the age of onset of consumption, showing that this phenomenon occurs progressively mayor amount in teens, this sin embargo does not rule out the Youth and Adult Population Level But Mayor consumption, as presented in the Youth Foundation for the Future.

Emotional intelligence plays a leading role on most areas of an individual performed which affect the success and self-realization of an individual, which is why this research arises from the vital importance in this vulnerable population, knowing that in developing coping strategies to use emotions as an intelligent activity, improved lifestyle and therefore the rehabilitation of users together with

wellness. In the province of Tungurahua consuming psychoactive substances it has been a subject of great importance, because there is an increasing trend in prevalence indicators and decrease in the age of first use, which shows that this phenomenon is gradually presented in most in teenagers, however this does not preclude young people and adults in lower population but higher level of consumption, as presented in the Youth Foundation for the Future

**KEYWORDS:** PSYCHOACTIVE SUBSTANCES, EMOTIONAL INTELLIGENCE, ALCOHOL, SNUFF, MARIJUANA, COCAINE.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY .....	x
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	xii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA.....	2
1.1. Tema de Investigación.....	2
1.2. Planteamiento del Problema.....	2
1.3. Formulación del Problema.....	13
1.4. Objetivos.....	13
1.4.1. Objetivo General.....	13
1.4.2. Objetivos Específicos.....	13
1.5. Justificación de la Investigación.....	15
1.6. Limitaciones.....	16
CAPÍTULO II .....	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	17
2.2. Base Teórica.....	25

2.2.1. Inteligencia Emocional Generalidades.....	25
2.2.2. La Cognición.....	25
2.2.3. Inteligencia y Teorías de la Inteligencia.....	26
2.2.4. Inteligencias Múltiples.....	28
2.2.5. Diferencia Entre Emociones, Sentimientos, Estado de Ánimo.....	30
2.2.6. Emoción y Teorías de la Emoción.....	31
2.2.7. Inteligencia Emocional y Teorías de la Inteligencia Emocional.....	35
2.2.8. El Cerebro Tríadico y Estructuras Neuroanatomías.....	38
2.3.1. Consumo de Sustancias.....	39
2.3.2. Definición de conceptos de droga, estupefaciente, narcótico, sustancia psicoactiva.....	40
2.3.3. Clasificación de las sustancias psicoactivas.....	41
2.3.4. Niveles de Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	43
2.3.5. Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	45
2.3.6. Prevalencia de drogas a nivel mundial.....	47
2.3.7. Inteligencia Emocional y Consumo de Sustancias Psicoactivas.....	49
2.4. Definición de Términos.....	51
2.5. Sistema de Hipótesis.....	52
2.5.1. Hipótesis General.....	52
2.5.2. Hipótesis Específicas.....	52
2.6. Sistema de Variables.....	52
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>53</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO.....</b>	<b>53</b>
3.1. Nivel de Investigación.....	53
3.2. Diseño.....	53
3.3. Población y Muestra.....	54

3.4. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos. ....	54
3.4.1. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).....	54
3.4.2. Escala de Inteligencia Emocional (Tmms-24). ....	59
3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos. ....	61
CAPÍTULO VI.....	63
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	63
4.1. Recursos. ....	63
4.1.1. Recursos Institucionales.....	63
4.1.2. Recursos Humanos.....	63
4.1.3. Recursos Materiales. ....	63
4.1.4. Recursos de Oficina. ....	64
4.1.5. Recursos Tecnológicos.....	64
4.1.6. Otros Recursos. ....	65
4.1.7. Recursos Financieros. ....	65
4.2. Cronograma de Actividades.....	66
BIBLIOGRAFÍA .....	67
ANEXOS .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
6.1. Test De Inteligencia Emocional- Tmms-24. ....	77
6.2. La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Assist V3.1). ....	78

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Desarrollo de la Inteligencia, (4 Etapas desde el Nacimiento autor Piaget.) .....	28
Tabla 2: Compendio de Autores Goleman, Watson, James –Lange, Adolphs. ....	34
Tabla 3: Dimensiones de la Escala de Inteligencia Emocional (Tmms-24). ....	60
Tabla 4: Recursos de Oficina. ....	64
Tabla 5: Recursos Tecnológicos. ....	64
Tabla 6: Otros Recursos .....	65
Tabla 7: Recursos Financieros. ....	65
Tabla 8: Cronograma de Actividades.....	66

## INTRODUCCIÓN

La visión de la inteligencia en estas últimas décadas han considerada incompleta debido a que hace referencia solo al cociente intelectual, es por ello que muchas teorías en la actualidad como; Gardner (1936) hacen referencia a la inteligencia emocional como una forma más completa de regir nuestras vidas y resolver conflictos cotidianos, un individuo es más inteligente no por su coeficiente intelectual sino por su capacidad de solucionar problemas en este caso por su inteligencia emocional. El ser humano al experimentar cambios se encuentra en situaciones que le generan crisis, los jóvenes y adolescentes independientemente de país, cultura, nivel socioeconómico son vulnerables para adaptarse a las dificultades familiares, económicas, personales y al no poder solucionar los apresuran a tomar decisiones desfavorables que generan preocupación a nivel mundial; como el consumo de sustancias psicoactivas, las cuales perjudican no solo al consumidor sino que afectan directamente al núcleo de la sociedad “ la familia” es por ello que esta problemática ha sido investigada desde varios enfoques psicológicos, sociológicos, físicos y laborales con el fin de encontrar soluciones, es así como la Inteligencia Emocional llega a ser un factor indispensable para impulsar, motivar y mejorar el desempeño de un individuo en las actividades cotidianas y de esta forma llegar a ser personas proactivas, asertivas y dinámicas, acercándolos a la autorrealización y éxito o de lo contrario alejarlas de un propósito de vida.



# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA.**

### **1.1. Tema de Investigación.**

Inteligencia emocional y niveles de consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro.

### **1.2. Planteamiento del Problema.**

#### **INTELIGENCIA EMOCIONAL**

La inteligencia emocional como tema se popularizó con la publicación de Daniel Goleman (1995) a través de su libro inteligencia emocional que hace referencia a la capacidad de adaptación y la capacidad para resolver conflictos de un individuo sin dejar de reconocer la importancia que tiene el cociente intelectual, anteriormente se conocía que un buen cociente intelectual puede ayudar a un individuo a conseguir un trabajo, hacer buenos negocios sin embargo el cociente intelectual por sí sólo ya no es un factor decisivo del éxito de una persona ahora influye en un 50 % la Inteligencia emocional, tanto así que una persona que tiene un desequilibrio en su coeficiente emocional es más propenso y vulnerable a presiones y con frecuencia experimenta una gran lista de emociones en el día que una persona con un IE adecuado, al contrario, una persona que se conoce bien a sí mismo, que es capaz de pensar antes de actuar, entender sus impulsos y expresarlos de una forma correcta sin manipulación alguna y consiguiendo no afectar negativamente a la gente que le rodea.

Trujillo y Tovar (2005) En términos de evolución de nuestro cerebro, las zonas que tienen que ver con las emociones son mucho más antiguas que la parte pensadora del cerebro -el neocórtex- pero han evolucionado a la par dándose el

hecho que las emociones controlan más al pensamiento que éste a las emociones como se creía hasta que a principio de los años 90 Josep Ledoux de la universidad de Nueva York, descubrió que los mensajes provenientes de los sentidos eran codificados por la memoria emocional de la amígdala del cerebelo antes de pasar al neocórtex.

Proaño (2013) la inteligencia emocional puede ser desarrollada y fomentada como un estilo de vida puesto que uno de sus principales componentes es la autorregulación emocional característica esencial un buen líder y obviamente en todas las personas que conforman un grupo en común, pienso que mediante una introspección adecuada cada uno de nosotros podemos llegar a encontrar los medios de como poder auto regular nuestra emociones y con ello evitar actos impulsivos, cabe recalcar que esto mejorará el ambiente en donde se desenvuelvan las personas y con ello se lograría modificar pensamientos, emociones y conductas de un individuo y de esta forma generar en ellos control tanto físico como mental.

✓ Inteligencia Emocional a Nivel Mundial.

Kun y Demetrovics (2010) realizaron investigaciones en 41 artículos relacionados con el consumo de drogas y salud física y mental en Hungría. Concluyeron que la inteligencia emocional baja está relacionada con el consumo de drogas, alcohol, y cigarrillo además debido a su bajo control de impulsos y dificultad para resolver problemas. Además refirieron que 7 investigaciones relacionan la inteligencia emocional con adicciones conductuales, 2 con problemas ludopáticos, 1 con adicciones al internet y otras tecnologías, 1 con trastornos psicológicos como la bulimia nerviosa, 1 con depresión, 2 con trastornos obsesivos compulsivos, 26 artículos hablan sobre la relación de IE con el consumo de sustancias tanto lícitas e ilícitas estas investigaciones se llevaron a cabo en poblaciones normales, no clínicas y estandarizadas con reactivos fiables además de todas las investigaciones se realizó un estudio de población en la que obtuvieron que 80% de personas con IE baja eran adultos y no adolescentes como se creía.

Brackett, Mayer y Warner (2004) en su estudio realizado en Estados Unidos sobre el Rasgo de Inteligencia Emocional y Bienestar Psicológico en Drogodependientes, participaron 99 adictos a las drogas. El grupo de edad de toda la muestra fue de 18- 59 años (edad media = 28,76, años, SD = 8,35). La muestra se reclutó de diferentes centros de rehabilitación de drogas en Karachi, Pakistán. Entre los instrumentos utilizados está el Formulario de Información Personal se utiliza para registrar la información personal de los participantes, además el cuestionario-Short Form y Psicológica, Bienestar Escala, TEI Cuestionario - Short Form para medir la inteligencia emocional. Pudieron concluir que la inteligencia emocional está relacionada con el bienestar psicológico y que de alguna forma los que no lo posean están insatisfechos con sus vidas y por lo tanto más susceptibles a desarrollar cualquier tipo de adicciones esta investigación es importante ya que al tener en cuenta estas variables podemos orientar la vida misma de una persona al bienestar psicológico y por supuesto al desarrollo de la IE para obtener mejores resultados en sus vidas.

Gutiérrez y Romero (2014) Realizaron un estudio en Valencia sobre la inteligencia emocional, resiliencia, bienestar subjetivo, apoyo social y su relación con adolescentes y consumo de drogas, los instrumentos utilizados fueron las Escalas de Inteligencia Emocional (Wong y Law), E. Autoestima Rosenberg, E. Resiliencia, E. Apoyo Social (MSPSS-AA) Satisfacción con la Vida (SWLS), y cuestionario de Actitudes hacia el Consumo de Drogas, los participantes fueron 2506 adolescentes de los cuales 1231 hombre y 1275 mujeres la edad media fue 16 años. El objetivo de este estudio fue medir la satisfacción con la vida relacionarlas con el consumo de drogas en los adolescentes, concluyeron que la inteligencia emocional que incluye como factor principal la autoestima presenta un efecto directo sobre la satisfacción vital y está a su vez con el uso de sustancias adictivas, además mencionaron el efecto del apoyo de la familia que tienen los adolescentes para su satisfacción con la vida es evidente y sin duda importante, señalaron también que desde el marco de la psicología positiva los resultados encontrados son valiosos para desarrollar estrategias de intervención y encaminarlas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y favorecer el bienestar y crecimiento positivo del adolescente.

✓ Inteligencia Emocional en América Latina.

Góngora y Casullo (2009) realizaron un estudio comparativo en Buenos Aires de la inteligencia emocional, autoestima y valores como factores protectores de la salud mental, con participación de 120 sujetos de los cuales un grupo de 60 pacientes fueron considerados no clínicos y otro grupo de 60 pacientes considerados clínicos quienes fueron diagnosticados con trastornos de ansiedad, depresión, mediante la Escalas de Autoestima de Rosenberg, Schwartz de valores, Ansiedad STAI-rasgo, Inteligencia Emocional Bar-On, Depresión de Beck-II, la edad media fue 34.23 años del grupo de población en general, 13 hombres y 47 mujeres y 34.72 del grupo de pacientes clínicos, 12 hombres y 48 mujeres. Determinaron que el autoestima era elevado en el grupo de pacientes sin diagnóstico clínico, además señalaron que (71.1%) de los participantes de ambos grupos tenían niveles altos de depresión y ansiedad, otro de los objetivos fue identificar qué aspectos de la inteligencia emocional se asemejan con el tipo de autoestima por lo que se concluyó que el Estado de Animo se asemeja a la autoestima es decir la inteligencia emocional permitía distinguir un 85.3% de los pacientes con alta y baja depresión.

Ibanez y Perez (2011) en su investigación realizada en Colombia investigaron la diferencia entre el grado de desarrollo de la IE asociadas con sexo, edad y escolaridad y nivel socioeconómico en población adolescente de dos colegios de Bogotá. Los resultados mostraron que de los 442 estudiantes solo el 13 % cumplía con tres dimensiones, 28% cumplía con 2 de las dimensiones, el 34% con una dimensión y el 25 % no cumplía con ninguna dimensión de inteligencia emocional, se investigó que el 34% y el 25 % de la población estaba en edades de entre 13 y 15 años y el 35 % venía de un nivel socioeconómico bajo, de este grupo 20% eran mujeres y 15% hombres, además de este último grupo tras una entrevista semiestructurada se comprobó que por lo menos 8 de cada 10 había consumido algún tipo de sustancia psicoactiva, estaba vinculado con grupos delictivos o provenía de un hogar con carencia de uno de los padres.

✓ Inteligencia Emocional en Ecuador

Conza (2013) realizó una investigación sobre la inteligencia emocional y la influencia de las características de las adicciones pueden incidir en ella, en tres provincias vecinas (Zamora, Loja, El oro) 400 habitantes fueron escogido de acuerdo a las especificaciones concordadas por el equipo de estudio, utilizando métodos como entrevista informal, encuesta acerca de la caracterización de las adicciones, Tmms- 24 inteligencia emocional, se concluyó que la inteligencia emocional en los individuos que ingieren algún tipo de sustancia psicoactiva es nivel promedio, además se investigó que el 54% de estas personas consumían antes de los 12 años de edad, el 80% eran de género masculino, el 75% de ellos mencionó que el motivo de consumo era confitos familiares, económicos y sociales o escolares influencia de malas amistades.

### **CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), (2012) droga, significa toda sustancia que modifica alguna función en el organismo al ser consumida o introducida en él, entre ellas se encuentran las que actúan sobre la actividad mental. Según esta definición se incluiría sustancias que van desde el café y el cacao hasta la heroína y la cocaína.

La Comisión Internacional del Opio (1912) señalaba que el uso de sustancias psicoactivas se ha identificado desde el inicio de la humanidad en la mayoría de los antiguos grupos y tribus de cazadores y recolectores y los distintos lugares del planeta acompañados de cultos mágicos, religiosos y actividades médico terapéuticas. Es decir el consumo de sustancias psicoactivas estaba y está relacionado a factores cultural.

- ✓ Consumo de sustancias a nivel mundial.

Oficina de las Naciones Unidas para el control de las Drogas y la Prevención del Delito (ONUDD), (2002) afirma que anualmente 185 millones de personas hacen uso ilícito de algún tipo de sustancias legales y 205 millones de personas que usan drogas ilegales, la más consumida a nivel mundial es el cannabis, seguido de anfetaminas, cocaína y opiáceos. Además las investigaciones y estudios realizados en el año 2002 señala que el uso de drogas ilícitas es una actividad

predominantemente masculina y es más prevalente en jóvenes que en adultos sin embargo los adultos sufren más vulnerabilidad de dependencia.

Los opioides continúan siendo el tipo de droga predominante en Asia, Europa, África, América del Norte y Oceanía. En América el uso de cocaína ha incrementado. A nivel mundial las drogas más consumidas continúan siendo el cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico. Entre una población de 15 a 64 años de edad.

OMS. En el Informe Mundial sobre las Drogas (2013) el uso de sustancias psicoactivas como heroína y la cocaína en ciertos lugares del mundo parece estar disminuyendo, sin embargo el abuso de nuevas sustancias y medicamentos recetados es cada vez más elevada. En Europa los datos identifican una disminución de consumo de heroína, sin embargo la cocaína parece estar propagándose más en América del Sur y en Asia. El 0,4% de la población mundial entre 15-64 años de edad, consume sustancias como heroína y opio, es decir alrededor de 16 millones de personas.

Informe Mundial sobre las Drogas (2013) La sustancia ilícita más consumida en el mundo sigue siendo el cannabis. Se indica que 180,6 millones, es decir, el 3,9% de la población entre 15 a 64 años de edad lo consumen y su cifra aumentó el número en comparación con el año 2009.

La producción y tráfico a nivel Mundial según la OMS, En el Informe Mundial sobre las Drogas, 2013 África se está convirtiendo en un destino para la producción y el tráfico. En cuanto a producción, Afganistán se encuentra como mayor cultivador de opio a nivel mundial y productor, en el año 2012 el 75% de la producción ilícita mundial fue producida en Afganistán. Las mayores incautaciones de cocaína del mundo en 2010 fueron notificadas en Colombia y los Estados Unidos. Además un aumento significativo de las incautaciones se ha observado en América Central y del Sur, Asia, Oceanía y el Caribe en 2011.

Las Consecuencia de Consumo a nivel Mundial; señala Gutiérrez, 2003 el consumo de drogas y la adicción que producen se ha llegado a considerar una

enfermedad crónica, desde los años 70, ha existido una evolución de la droga tanto de consumo de sustancias, como de vía de administración utilizada o de patología asociada al mismo. En los años 80 la Heroína conlleva un incremento de los problemas delictivos y de salud, provocando en los diferentes centros de salud una demanda de atención, así como de la morbi-mortalidad asociada, el 50% de los pacientes llevaban más de 10 años de adicción. Las drogas que son consumidas por vía intravenosa, ha conllevado a un elevado número de complicaciones como; infecciosas, hepatitis B, C, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) las cuales a su vez generan complicaciones como candidiasis, toxoplasmosis, neumonía bacterianas, tuberculosis entre otras, todo esto va ligado a promiscuidad sexual, por lo que evoluciona más rápido todo tipo de enfermedades contagiosas, de hecho en la actualidad, se está observando que la categoría de transmisión más frecuente está dejando de ser el consumo de drogas por vía parenteral, para ser la vía sexual. Las pacientes adictas que se encuentran en una edad fértil representan, en todas las series, alrededor de, un 20% de la población en general de un país

En los años 90 sustancias introducidas por inhalación o por vía oral, produjeron complicaciones orgánicas gravísimas debido a componentes mezclados como insuficiencia renal crónica, patologías cardíacas (taquicardias, procesos coronarios, etc.) en relación con mayor estrés, mayor abuso de sustancias, etc. (16), etc.), dolor torácico, isquémias, muertes por infarto agudo de miocardio o muerte en los 30 días posteriores al alta sin embargo en esta etapa fue el auge de los Trastornos neuropsiquiátricos con alucinaciones, desarrollo de demencias, hemorragias, trastornos de personalidad y esquizofrenia. En los años 90, aparece de forma significativa el aumento del consumo de anfetaminas y Cannabis además debido a los trastornos y enfermedades psiquiátricas aparece la adicción a Benzodiacepinas que ocasionaba en una 20% de la población deterioro cognitivo y distres psicológico que con la dependencia a otras drogas. En el 2000 las sustancias sintetizadas en laboratorios clandestinos, que incluyen: derivados de las feniletilaminas, anfetaminas, opioides de síntesis que producían intoxicaciones que producían la muerte y frecuentes visitas a los servicios de Urgencias.

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), (2014) a nivel mundial el consumo de drogas en el año 2012 causó un daño considerable, reflejado los siguientes datos aproximadamente, 183.000 muertes relacionadas con las drogas, esta cifra corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 en la población de entre 15 y 64 años.

Del Olmo citado de la (OMS), (1994) en cuanto a la salud y datos de mortalidad las sustancias legales como el tabaco y el alcohol tienen un mayor porcentaje de muerte ya sea por accidentes o por efectos de consumo. Un 12% de mortalidad suceden cada año a nivel mundial debido al consumo de drogas autorizadas (el 8,8% al tabaco y el 3,2% al alcohol), frente a un 0,4% debido a las sustancias ilegales como el cannabis, el éxtasis, la cocaína y los opiáceos.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDDOC),(2012) señala que en la actualidad a nivel mundial las consecuencias de consumo de drogas no ha cambiado, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores identificados como problemáticos con drogodependencia o trastornos relacionados con el consumo de drogas, en el año 2010 las enfermedades por consumo de sustancias vía intravenosa formuló consecuencias graves a la salud a nivel mundial como la prevalencia del VIH (20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%), por lo que el consumo continua siendo a nivel mundial una de las causas de morbilidad más frecuentes, es decir una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDDOC), (2010) refiere que las personas con VIH producido por contagio de sustancias inyectables fue menor que lo estimado en el 2010 por lo que la tasa es de 1,6 millones de personas que consumen drogas inyectables viven con VIH y 14 millones de personas entre 15 y 64 años usan drogas inyectables, mientras que. Las estimaciones revisadas son 12% más bajas para el número de personas que se inyectan drogas y 46% menor para el número de personas que se inyectan drogas y viven con VIH. Estos cambios son el resultado de las estimaciones revisadas de los países con datos actualizados, ya que los cálculos anteriores databan de 2008.



✓ Consumo de Sustancias en América Latina.

Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas y el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP), (2010) realizaron un informe comparativo sobre el uso de drogas con el año 2008, la población general de seis países de la región: Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay, los porcentajes de personas que aseguran haber usado alcohol durante el último año, a nivel de estos seis países son considerablemente altos. En Argentina y Chile los porcentajes de personas que aseguran haber usado algún tipo de droga legal como o ilegales es del 7% mientras que en Ecuador y Perú el porcentaje es menor con el 1% en relación a los demás países del mundo.

Vargas (2001) indican que la edad de inicio del uso de drogas en América Latina es cada vez menor; lo cual se ha observado de manera especial en niños de la calle. Un estudio en ciudad de México encontró que el 12 % de las personas que había iniciado el uso del pegante lo hizo a la edad de 9 años. En Bolivia y Perú, niños de 8 años de edad informaron haber iniciado el consumo de bazuco. En Bogotá se encuentra que el consumo de marihuana es mayor en hombres de contexto social entre edades de 25 a 34 años, en 1993 encontró como la edad de inicio era de los 11 a los 15 años con un 16,7 %, de 16 a 18 años y de 19 a 25 años con 33,4 %. Los inhalantes, el bazuco, cocaína están muy relacionados con el mayor índice de consumo en Latino América debido a la situación económica en cada país en relación al resto de países, el bazuco fue iniciado en el Perú, y su consumo se ha dado en Colombia en forma epidémica. Se asocia con individuos que habitan en la calle, dado el costo y la calidad de la sustancia, son utilizados para eliminar el dolor físico o emocional, o para reemplazar la ingesta de alimentos. El uso de droga entre las personas de la calle se relaciona estrechamente con otros problemas de salud y comportamientos de riesgo como la prostitución, la explotación sexual todos estos factores han contribuido a una incidencia creciente de HIV/SIDA entre este grupo en particular.

Producción y tráfico en América Latina según Carrion, 2014 los mayores productores de droga del mundo son países latinoamericanos de acuerdo al

informe anual de Estados Unidos la 'lista negra' lo han conformado 22 países en 2014 que son detectados como, países productores y distribuidores de droga en el mundo, 17 son latinoamericanos, destacando Colombia, Bolivia, Birmania, Venezuela, Ecuador, Peru y México en la distribución de drogas a través de la frontera con Estados Unidos.

Consecuencia de consumo en América Latina de acuerdo con Vargas, 2001 citado del informe Salud en las Américas, 2000 aseguran que entre las consecuencias de salud más graves en América Latina se presentan cifras elevadas de defunción por cirrosis hepática en las zonas de Chile, México y Puerto Rico. En países como Argentina y Uruguay reportan dependencia de alcohol de un 6 % a 8 % para la población mayor de 12 años y cerca del 12 % son bebedores excesivos. Los países Latinoamericanos son considerados subdesarrollados no por falta de recursos sino por ineffectividad de resolución de conflictos, la producción y consumo tiende a dañar aún más el aspecto físico y psicológico del individuo por su misma situación cultural, el consumidor latinoamericano según el estudio de Salud Mental a nivel Mundial, 1999 tiende a desarrollar enfermedades mentales más severas y en mayor cantidad de la población debido a la calidad de vida.

✓ Consumo de Sustancias en Ecuador.

Riofrío & Castanheira citado de la Segunda Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas Ecuador, 2010 se encontró un incremento general en el consumo de drogas en relación con el 2005. El primer consumo de marihuana, inhalantes, alcohol y cigarrillos es en edades entre los 13 años, además el consumo de drogas ilegales (marihuana 4,32%, inhalantes 1,62%, cocaína 1,05% y drogas vegetales 0,88%), aun no superan el porcentaje de las legales.

Consecuencia de consumo en Ecuador investigado por Riofrío y Castanheira, 2010 sobre las causas y consecuencias del consumo de drogas en adolescentes de entre 10 y 16 años. Concluyeron que la carencia del apoyo familiar; las influencias del entorno en que se desarrollan los adolescentes y el desconocimiento de las consecuencias del uso de drogas fue la causa principal de consumo de sustancias, entre ellas la más consumida fue la marihuana, seguida del alcohol e inhalantes. Mediante una entrevista semiestructurada se pudo

verificar que en la mayoría de los casos los adolescentes provenían de hogares desestructurados, divorcios, fallecimiento de uno de los padres, lo que hacía notar carencias afectivas en gran manera, lo cual posteriormente influirían en su consumo, como una forma de deslindarse de dolorosos acontecimientos, cabe recalcar que el 100% de la población proviene de un hogar socioeconómico moderado y bajo por lo que se puede decir que una de las causas de consumo es la carencia de educación académica y en valores.

Trujillo y Tovar (2005) el consumo de sustancias psicoactivas como vemos es un conflicto que ha generado una problemática social, no solo por sus efectos de consumo sino porque además ha creado en los consumidores un desequilibrio emocional generado delincuencia, trastornos por consumo, baja tolerancia a la frustración, maltrato, violencia, de acuerdo son Mayer y Salovey, 1990 toda acción del ser humano está orientada por estructuras cerebrales específicas y al no ser controladas de la forma correcta nos impulsan a un desequilibrio emocional, conductual, comportamental causando conflictos interpersonales e intrapersonales que afectan significativamente al individuo, familia. Si hablamos de un adecuado manejo emocional hablamos de Inteligencia Emocional que el individuo va desarrollando a nivel que va creciendo y depende de la correcta identificación y manejo de emociones del ser humano.

### **1.3. Formulación del Problema.**

#### **Interrogantes de la Investigación.**

¿Cómo se relaciona la inteligencia emocional y los niveles de consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato?

¿Cuáles son las dimensiones de la inteligencia emocional que actúan como factores de protección ante el consumo de sustancias en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato?

¿La inteligencia emocional se altera cuando existe consumo de sustancias?

¿Cuáles son los niveles de consumo en los en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato?

¿Cuál es el género que presenta mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas?

¿Cuáles son los factores de riesgos que están asociados regularmente al consumo de sustancias?

### **1.4. Objetivos.**

#### **1.4.1. Objetivo General.**

Identificar la relación existente entre la inteligencia emocional y los niveles de consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos.**

- Determinar cuáles son las dimensiones de la inteligencia emocional relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato.
- Identificar el estado de la Inteligencia Emocional ante el consumo de sustancias

- Determinar los niveles de consumo de sustancias psicoactivas de mayor prevalencia en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato.
- Indicar cuál es el género, edad que presenta mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.
- Explicar cuáles son los factores de riesgos que están asociados regularmente al consumo de sustancias.

## **1.5. Justificación de la Investigación.**

El interés por la presente investigación surgió a partir de la experiencia personal en las prácticas pre-profesionales, en cuanto pude observar gran afectación del estilo de vida por consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes de la Fundación Jóvenes para el Futuro. Existen varios factores de riesgo que vuelven a un individuo vulnerable ante diversos conflictos cotidianos y que afectan la estabilidad física-mental de los mismos, Goleman en su libro hace referencia a la inteligencia emocional como la capacidad de un individuo de adaptarse al medio y resolver problemas, el desarrollo de la misma es un factor determinante para obtener éxito y satisfacción en la vida de un individuo.

El tema Inteligencia emocional será enfocada desde la corriente cognitivo conductual es por ello que es novedosa y original porque no existen investigaciones realizadas con el mismo enfoque, ni con la misma población con problemas de consumo de sustancias psicoactivas y es debido a ello que la mayoría de las personas desconoce los beneficios de su desarrollo, esta investigación es de gran utilidad debido a que posteriormente un padre, madre, profesor, un profesional de la salud aprenderá, cuan significativa es la difusión del desarrollo de la Inteligencia emocional en los individuos desde niños, para que posteriormente poseamos una sociedad más culta sin que generen riesgos como la delincuencia, enfermedades, violencia, consumo de drogas e incluso la muerte.

Es de suma importancia conocer los niveles de consumo de sustancias psicoactivas y como ellos interfieren en el manejo de las emociones de los pacientes de la Fundación Jóvenes para el Futuro y de esta forma podamos brindar educación en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, a aquellos que optaron por mejorar su estilo de vida y tratan día a día de superar los largos brazos de la droga y recuperar el tiempo perdido, muchos de ellos luchan contra su propia familia, amigos y un entorno del cual parece difícil escapar, al desarrollar su Inteligencia Emocional podrán aprender a decir no y tomar decisiones de bienestar para su futuro y en algunos casos encaminar y ser ejemplo de los que los rodean. Este tema es factible investigar ya que se cuenta con el apoyo de las autoridades de la Fundación Jóvenes para el Futuro y fuentes bibliográficas para sustentar el objeto de estudio.

## **1.6. Limitaciones.**

En referencia a las limitaciones podemos mencionar que se requiere de más estudios científicos y actuales que nos permitan tener un panorama más amplio y profundo sobre el tema, además los instrumentos de evaluación de la IE es a comparación de otros temas relativamente nueva y por eso es necesario la elaboración y difusión de nuevos instrumentos que midan el I.E que sean de fácil acceso a los profesionales de salud.

El proyecto de la Fundación Jóvenes para el Futuro es ambulatorio y voluntario, es por ello que en muchos de los pacientes no existe el compromiso para completar el tratamiento de recuperación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO.

#### 2.1. Antecedentes de la Investigación.

Salvador y Morales (2009) Investigación realizada sobre el papel de la inteligencia emocional en 58 jóvenes mexicanos, edad media 34 años y mediante los instrumentos (TMMS y SWLS), concluyen que entre las habilidades desarrolladas están la atención a sentimientos, claridad emocional, el manejo hace referencia al control de las emociones y resolución de problemas además de la posibilidad poder ser empáticos y ayudar a los demás, la inteligencia emocional se considera mejor valorada en mujeres. Además, cabe recalcar que existe una puntuación baja en hombres y mujeres en cuanto se refiere a la categoría claridad emocional.

J. García, A. García, Gázquez y Marzo (2013) en su estudio sobre inteligencia emocional incluida como una estrategia de prevención ante adicciones. Ante el incremento de consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas e ilícitas en comparación con los años 1999 y los actuales 2001 y 2011. Concluyen que la inteligencia es el componente básico y relacionado con las habilidades para tener éxito en la vida y además un medio de supervivencia al relacionarse con la adaptabilidad de afrontar nuevas situaciones, capacidad de controlar emociones y las de los demás.

Góngora y Casullo (2009) refieren en su estudio comparativo de tres factores protectores de la salud mental (la inteligencia emocional, autoestima, valores) en pacientes clínicos y no clínicos concluyeron que la felicidad, autoestima e inteligencia emocional distinguieron a estos dos grupos de pacientes, además el autoestima era significativamente alto en el grupo de población en general. El segundo objetivo estaba relacionado a identificar qué aspectos de la inteligencia emocional que se asemejan con el tipo de autoestima por lo que se concluyó que



el Estado de Animo se asemeja a la autoestima es decir la inteligencia emocional permitía distinguir un 85.3% de los pacientes con alta y baja depresión.

Kun y Demetrovics (2010) realizaron investigaciones en 41 artículos relacionados con el consumo de drogas y salud física y mental. Concluyeron que la inteligencia emocional baja está relacionada con el consumo de drogas, alcohol, y cigarrillo además debido a su bajo control de impulsos y dificultad para resolver problemas.

Brackett, Mayer y Warner (2004) realizaron un estudio sobre el Rasgo de Inteligencia Emocional y Bienestar Psicológico en Drogodependientes. Pudieron concluir que la inteligencia emocional está relacionada con el bienestar psicológico y que de alguna forma los que no lo posean están insatisfechos con sus vidas y por lo tanto más susceptibles a desarrollar cualquier tipo de adicciones esta investigación es importante ya que al tener en cuenta estas variables podemos orientar la vida misma de una persona al bienestar psicológico y por supuesto al desarrollo de la IE para obtener mejores resultados en sus vidas.

Gutiérrez y Romero (2014) Realizaron un estudio en Valencia sobre el apoyo social, la inteligencia emocional, resiliencia, bienestar subjetivo y su relación con adolescentes que consumían drogas, participaron 2506 adolescentes y se concluyó que la inteligencia emocional que incluye como factor principal la autoestima presenta un efecto directo sobre la satisfacción vital y está a su vez con el uso de sustancias adictivas, además mencionaron el efecto del apoyo de la familia que tiene en los adolescentes para su satisfacción con la vida es evidente y sin duda importante, señalaron también que desde el marco de la psicología positiva los resultados encontrados son valiosos para desarrollar estrategias de intervención y encaminarlas a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y favorecer el bienestar y crecimiento positivo del adolescente.

Kendler, Karkowski, Neale y Prescott (2000) En sus estudios sobre sustancias Psicoactivas Uso, Abuso y Dependencia en una muestra poblacional de Estados Unidos de gemelos masculinos. Participaron 1.198 pares de los cuales 708 fueron gemelos monocigóticos y 490 fueron dicigóticos comprobados, en el momento de la entrevista sujetos tenían entre 20 a 58. Pudieron constatar que los gemelos

monocigóticos eran más propensos al consumo si uno de ellos lo hacía o a su vez si el padre o la madre consumían es decir el 80% de ellos consumían debido a factores genéticos. Por lo que concluyeron que el entorno familiar juega un papel importante en la semejanza doble en cuanto a un estilo de vida relacionado con consumo de sustancias en los hombres.

Grigoravicius y Lopez (2009) Investigación realizada acerca del consumo de sustancias psicoactivas en niños de 10 y 12 años quienes provienen de familias de recursos económicos escasos, concluyeron la edad de inicio se situó entre los 11 y 13 años de edad, además mencionaron que a un determinado nivel socioeconómico incrementa el riesgo de consumo y se registra que 38,9% de los niños viven en hogares de padres separados, por lo cual viven en familias monoparentales o bien con uno de sus padres y su nueva pareja. Refieren también que el 82,7% de los niños ha sufrido la muerte de un familiar cercano es decir la mayoría de ellos ha tenido que afrontar situación de pérdida.

Hernández. Et. Al. (2009) indicaron que existe una relación muy amplia entre el inicio precoz de drogas tanto legales como ilegales en 6280 jóvenes de España entre 15 y 24 años. Y fueron evaluados mediante entrevistas dirigidas. Se concluyó que la edad de inicio de consumo en especial con el alcohol fue antes de los 15 años y así también en tabaco “drogas legales” y prevalecía en mayor cantidad en varones con el 70% al contrario de mujeres con el 30%. El cannabis es la sustancia de comercio ilegal más consumida por los jóvenes, el 59% la ha probado en alguna ocasión.

Martínez et al. (2007) En su Investigación sobre consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de Bucaramanga. Se confirmó un aumento en la prevalencia de consumo anual de inhalantes, marihuana, estimulantes, bazuco y de consumo semanal de alcohol hasta la embriaguez en relación con el año (2004). La dependencia y el abuso de tranquilizantes de acuerdo con esta investigación es mayor y frecuente en mujeres. El consumo de sustancia implica otras problemáticas sociales; muertes por accidentes de tránsito, casos de violencia y violencia intrafamiliar, además el consta de mujeres embarazadas las cuales han

sido diagnosticadas con trastornos depresivos, adaptivos y otros trastornos mentales.

Medina y Rubio (2012) realizaron la investigación sobre Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de Colombia realizada en una fundación de rehabilitación en la cual participaron 333 adolescentes entre 14 y 18 años. En esta investigación se concluyó que las sustancias de mayor consumo se estableció el bazuco, la heroína, marihuana y cocaína. De los cuales los hombres iniciaron su consumo entre los 12,33 años de edad, y las mujeres entre los 11,96 años. La edad promedio de ingreso a la institución fue de 15,7 años. Se investigó también el motivo de asistir a un proceso de rehabilitación y se mencionó; hacerlo recomendación o consejos de familiares, por voluntad propia, por indicación legal, recomendación psicológica académica, además señalaron que el consumo en mujeres fue menor que en hombres.

J. Mosquera, Artamónova, S. Mosquera A (2011) Investigación sobre consumo de sustancias Colombia, en la cual participaron 1.014 estudiantes universitarios, la edad media oscilaba entre los 25 años. La mayoría de los jóvenes manifiesta haber ingerido al menos una sustancia en su etapa de adolescencia como el tabaco, alcohol y posterior a esto el consumo de drogas ilegales entre los cuales el primer lugar ocupa la marihuana, seguido por los inhalables, éxtasis, hongos, cocaína y antidepresivos. Esta investigación mostró que la prevalencia de cada año ante el consumo de sustancias psicoactivas en la UTP en 2007 fue mayor en el rango de edades 18-24 años de la población en general, además el creciente consumo de NSP.

Montoya, Corrales y Segura (2008) realizaron un estudio descriptivo para poder evidenciar el nivel de consumo de sustancias psicoactivas, una encuesta individual para exploración de factores de riesgo asociados además del CAGE para medir alcoholismo y concluyeron que la edad promedio de inicio de consumo de 11 años aproximadamente y los factores de riesgo más frecuentes abuso sexual; carencia física y afectiva de uno o ambos padres; violencia intrafamiliar; maltrato físico; amigos consumidores. También se señalaron los factores protectores entre

los cuales el principal fue apoyo tanto de familiares, amigos, pareja, aceptación por su contexto en general.

Astudillo, Gallego, Wartski y Álvarez (2012) Esta investigación permitió descubrir relaciones directas relacionadas al consumo, (Autoridad paterna, Cumplimiento de tareas, entorno familiar) e indirectas (consumo de sustancias, relaciones humanas, conocimiento del joven y su contexto psicosocial). Esta investigación concluyó que de los 70 individuos, 60 habían consumido alguna sustancia, y de los 60 individuos 50 relaciona el contexto familiar como principal factor de riesgo, así como el factor de carácter genético, conductual, desarrollo, estilos de vida, socialización, crianza es decir la dinámica familiar es el factor de riesgo que vuelve a los individuos más propensos al consumo entre los cuales la ausencia de un entorno familiar protector, consumo de licor por parte de los padres, maltrato.

Redondo y Graña (2015) En su estudio sobre consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de 572 individuos que mantienen tratamiento por orden judicial que comprenden edades entre los 18 y 74 años el 32,2% casados o unión libre, el 35,3% están solteros y el 32,5% no tienen compromisos o son separados, divorciados o viudos. Concluyeron que las agresiones suceden cuando están bajo el consumo de cannabis y cocaína e indican que tras recibir tratamiento para el consumo de sustancias el 40% seguían maltratando a sus parejas, y el 60 % no lo ha vuelto a hacer. En cuanto al índice de victimización, parece que también está relacionada con el consumo de analgésicos y otras drogas, y no con el consumo de alcohol.

Velázquez, Arellanez y Martínez (2012) En su estudio sobre la relación que existe entre el consumo de drogas y asertividad en México, se los dividió en 2 grupos y concluyeron que el grupo de usuarios que no consumen ninguna sustancias psicoactiva poseen un alto grado de resolución de conflicto que está directamente relacionado con la inteligencia emocional y dentro de este la asertividad además tienen mayor control conductual, presentan más habilidades de expresión verbal, mayor aceptación de los demás y manejan de forma adecuada sus afectos e

impulso, cuentan con relaciones más satisfactorias y actúan de manera racional ante la oferta de sustancia psicoactivas. A comparación de los usuarios que consumen drogas se evaluó las más utilizadas como las marihuana y cocaína además se identificó mayor cantidad de consumo en varones (57.0% contra 43.0% de mujeres), se evaluó e identifico que esta población enfrenta con menos eficacia los conflictos y diferencias con otras personas, sienten insatisfacción vital, poseen mayor dificultad de compartir y demostrar sentimientos, presentan menos habilidades de expresión verbal.

Torres, Posada, Bareñ y Berbesí (2010) Realizaron una investigación que relaciona los Trastornos por consumo de drogas cuando existe abuso y dependencia en una población no institucionalizada en edades entre 18 y 65 años. El propósito de esta investigación fue verificar la periodicidad, uso de sustancias, de trastornos por abuso y de dependencia. Se concluyó que el 0,7% de las personas en edades de 18 y los 54 años habían consumido algún tipo de droga en los 12 meses anteriores, en el 0,5% existía abuso; 0,2%, dependencia. Además se verifico que el 2,4% desarrollo trastornos psiquiátricos entre estos trastorno de la conducta, trastorno de pánico, negativista desafiante, depresión, ansiedad, trastorno bipolar I, estrés postraumático. Estos datos son de gran importancia clínica y de salud pública.

Guarate y Salazar (2008) este estudio abarca los aspectos bioéticos de los adolescentes con dificultades de consumo y adicción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Comisión Nacional Contra el Uso Ilícito de las Drogas (CONACUID),(2005), refiere que en Venezuela para el año (2004) existieron 6374 casos de consumo de sustancias, la edad de inicio de consumo se reportó entre los 13-19 años y la edad. El objetivo de esta investigación fue identificar la relación de los principios bioéticos (autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia) y el consumo de sustancias psicoactivas, concluyen que el factor de riesgo más grande e implicado son los valores infundidos en los individuos ya que estos determinaran los estilos de vida saludables o no, así también es importante que el adolescente se sienta adaptado a su entorno familiar y de esta forma ellos puedan desarrollar mecanismos de defensa frente al medio.

Trujillo y Flórez (2013) realizaron un estudio sobre el consumo de alcohol y drogas, permisividad parental en la cual participaron 326 adolescentes. Señalan que entre las causas por la que ingerían alcohol y consumían fue por presión social, sentirse adaptados, diversión, olvidar los problemas, curiosidad y el 40% de ellos menciona que la primera vez que consumió algún tipo de sustancia s lo hizo en su casa, el 3% menciona haberlo realizado frente a sus padres o junto con ellos y el 30% refería que los padres les permiten tomar en la casa. Concluyeron que la permisividad y aprobación de las figuras paternas son altas ante el consumo de alcohol y drogas por lo que es necesario generar programas de prevención específicamente para padre y familiares de los usuarios como forma principal de modificar las conductas en los hijos.

Cosp. Et. Al. (2009) realizaron un estudio en gestantes y su relación con el Uso y abuso de drogas refirieron que el consumo de sustancias psicoactivas es un problema social que acarrea diversas problemáticas como la muerte materno-fetal, anomalías congénitas, dificultades en el crecimiento fetal y normal desarrollo del embarazo esto en corto plazo pero también existen repercusiones a largo plazo como la capacidad de aprendizaje y problemas conductuales. Se considerad embarazo de mayor riesgo cuando la madre ingirió cualquier tipo de toxico.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2004) Este documento se basa en los conocimientos actuales de la neurociencia relacionado al consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Esta investigación ha revelado que la dependencia de sustancias es un trastorno crónico que tiene base tanto biológica como genética y no simplemente es culpa de falta de voluntad. Ya que si no fuera así no existirían intervenciones y tratamientos farmacológicos y conductuales. Según el CIE-10, hay seis criterios de dependencia de sustancias sin embargo se describirán los más importantes como el síndrome de abstinencia y la tolerancia, el consumo de sustancias ocasionan en su mayoría trastornos de procesos cerebrales. La corteza prosencéfalica desarrolla la capacidad de pensamiento abstracto y con técnicas de visualización del cerebro se ha identificado pares específicas del prosencefalo que activan el deseo compulsivo de consumo es decir la dependencia. Entre los

neurotransmisores más relacionados con las sustancias psicoactivas están serotonina, la noradrenalina, GABA, el glutamato, dopamina y opioides y estos pueden ser engañados con sustancias psicoactivas generando efectos similares que bloquean y alteran el almacenamiento y liberación de estos neurotransmisores. El bloqueo de receptación de neurotransmisores excede y las sustancias psicoactivas que se unen y aumentan su función, se concluyó que la dependencia puede producirse por dos motivos principales, el primero la dependencia es un proceso de aprendizaje, cuando una persona ingiere una sustancia y le produce placer su conducta posterior será repetida, en el aprendizaje intervienen 2 zonas importantes el área tegmentaria ventral que contiene dopamina y el núcleo accumbens encargado de la motivación y el aprendizaje, las drogas cumplen efectos de activación y el cerebro es engañado produciendo dependencia, la otra forma más simple de comprender el factor hereditario que está directamente relacionado con el contexto social.

## **2.2. Base Teórica.**

### **2.2.1. Inteligencia Emocional Generalidades.**

Goleman (1995) popularizó el tema y señaló que la I.E. es la forma en la un individuo interactúa con el exterior, el cual engloba el estado emocional y habilidades del ser, aunque al parecer es un tema nuevo los precursores del mismo y quienes fueron la referencias más significativa para la publicación de Goleman fueron Salovey y Mayer (1993), quienes plantearon que la (I.E) implica procesos como reconocimiento, uso, comprensión y manejo de los estados emocionales de uno mismo y de los demás individuos que nos rodean, se encargan de regular la conducta y son mecanismos que nos ayudan a resolver problemas del manejo de él estado emocional del cual dependerá el éxito o el fracaso de una persona en todas las áreas donde se desempeñe.

Ugarriza, 2001 (citado de Goleman, 1996; Mayer y Salovey, 1993; Bar On, 1997) posteriormente a varios estudios decidió realizar una expansión a las teorías de Wechsler (1940, 1943) y Salovey y Mayer (1993), y en base a ellos integro un nuevo termino Inteligencia emocional y social, para diferenciarla de la cognitiva y la define como un conjunto de habilidades emocionales, personales y destrezas para adaptarnos, enfrentar presiones y dificultades cotidianas. .

### **2.2.2. La Cognición.**

Arbeláez (2000) El término cognición, del latín cognitivo, es definido como: El conocer alcanzado mediante el ejercicio de las facultades mentales que son procesos del desarrollo humano, que implican razonamiento, percepción, atención, memoria, lenguaje, y solución de problemas, conceptos y categorías, representaciones, desarrollo cognitivo, aprendizaje y conciencia el desarrollo de estos procesos nos permitirá comprender y explicar lo que pasa en su mundo interior. Es decir es un sistema definido como facultad intelectual iniciada desde su base estructurada biológica neuronal, actuando para la percepción, el pensamiento, las emociones, la memoria, la imaginación y la voluntad. Al explicar Cognición, como pensamientos, imágenes la cognición pasa a ser el



reflejo de una información adquirida, interpretada y utilizada por cada ser humano, expresada como una representación interna.

Rodríguez, (2005) dentro de estos procesos cognitivos las interacciones generalmente se producen relación entre cognición, emoción y comportamiento, bajo el entorno de un sistema social definido en el cual se desarrolla. A partir de estos cognitivos una anomalía o distorsión mental, puede ser explicada como en el caso del consumo de sustancias debido a un carente desarrollo de uno o más de los componentes cognitivos, lo que da lugar a los cambios afectivos y somáticos, debido a ello la investigación cognitiva siempre sea basado en establecer una relación entre la resolución de conflictos y el conocimiento que sustenta la creencia del mismo problema.

Según Piaget citado de Baron (2005) la cognición es la adquisición sucesiva de estructuras lógicas cada vez más complejas, que subyacen a las distintas tareas y situaciones que el sujeto es capaz de ir resolviendo a medida que avanza en su desarrollo. Es decir el ser humano presenta diferentes etapas de desarrollo y experiencias diarias y mediante los procesos mentales es capaz de resolver conflictos.

Según Vygotsky citado de Baron (2005) mediante procesos mentales el aprendizaje despierta una serie de desarrollos evolutivos internos capaces de operar solo cuando el niño está en interacción con las personas de su entorno y en cooperación con algún semejante, este aprendizaje es recordado para la resolución de conflictos y es almacenado por la memoria para problemas similares posteriores.

### **2.2.3. Inteligencia y Teorías de la Inteligencia.**

Diccionario Etimológico de Chile refiere de inteligencia como una palabra compuesta por dos términos: “intus” (entre) y “legere” (escoger) del latín “intelligentia”, que a su vez deriva de “inteligere”. Se define como la capacidad de entender o comprender y resolver problemas.

Cadena (2011) engloba el conjunto de aptitudes y tanto cognitivas (percepción selectiva, memoria, aprendizaje, lenguaje, razonamiento) y emocionales (conocimiento y regulación de las propias emociones, empatía, habilidades sociales, etcétera) aptitudes que le permitirán a un individuo adaptarse al mundo.

- **Teorías de la inteligencia.**

Galton (1901) quien fue uno de los primeros investigadores que se dedicó al estudio de la capacidad mental y estaba convencido de que la moral, el intelecto y el carácter era de un origen no hereditario es decir no son innatas, además señalaba que la se la podía medir por la reacción más rápida a estímulos.

Cadena, citado de Gould (1981) Gall y Broca se basaron en el tamaño del cerebro para definir la inteligencia y se creía que ciertas razas eran más inteligentes que otras lo cual estaba determinado por el volumen del cerebro.

Como Cadena, 2011 señala Binet, 1909 marco un concepto muy eficiente en la teoría de inteligencia pues creo un test para medir la inteligencia en niños basado en las tareas que deban ejecutar de acuerdo a sus edades es decir identifico edad cronológica, con edad mental y de ahí nació el coeficiente intelectual el cual se refería a que un equilibrio entre ambas proponía el éxito o el fracaso de un individuo.

Vielma y Salas como refiere de Piaget (1947) Piaget indicaba que la inteligencia utiliza medios internos y externos de un individuo para lograr un equilibrio y está compuesta de conocimiento biológico y lógico. Mediante investigaciones concluyo que todos los seres humanos heredan dos estructuras básicas principales para el desarrollo de la inteligencia; la organización que nos permite representar y ordenar pensamientos y la adaptación de la cual menciono dos procesos básicos: asimilación el sujeto incorpora eventos u objetos dentro de las formas de pensamiento existentes, lo cual constituye estructuras mentales organizadas y la acomodación en la cual las estructuras mentales existentes se reorganizan para incorporar aspectos nuevos del mundo exterior y durante este acto de inteligencia

el sujeto se adapta a los requerimientos de la vida real, pero al mismo tiempo mantiene una dinámica constante en las estructuras mentales.

Sensoriomotriz	0- 2	Uso de la imitación, memoria y pensamiento reconocimiento de objetos. Cambia de las acciones reflejas a actividades dirigidas hacia metas.
Preoperacional	2-7	Desarrollo de manera gradual el uso del lenguaje y la habilidad para pensar en forma simbólica. Es capaz de pensar las operaciones en forma lógica y en una dirección. Tiene dificultades para considerar el punto de vista de otra persona. Operacional concreta 7 a 11 años.
Operacional concreta	7-11	Es capaz de resolver problemas concretos (tangibles) en forma lógica. Comprender las leyes de la conservación y es capaz de clasificar y establecer series. Entiende la reversibilidad.
Operacional formal	11 en adelante	Es capaz de resolver problemas abstractos en forma lógica. Su pensamiento se vuelve más científico. Desarrolla intereses por aspectos sociales y por la identidad.

Tabla 1: Desarrollo de la Inteligencia, (4 Etapas desde el Nacimiento autor Piaget.).

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

#### **2.2.4. Inteligencias Múltiples.**

Gardner, 1983 citado de Freire (2000) en la publicación de su libro estados de ánimo señala que la inteligencia no es una sola sino que existen varias de acuerdo a las habilidades y dependiendo del entorno de cada individuo, es por ello que la educación es un factor imprescindible desde las primeras etapas de la infancia presentaba 8 tipos de inteligencias de la misma importancia, Inteligencia verbal, lógico-matemático, viso-espacial, corporal, musical, intrapersonal, interpersonal, naturalista. Hacía referencia a que La inteligencia emocional está conformada por la inteligencia intrapersonal y la interpersonal y ambas son las que rigen nuestra vida.

- Inteligencia Lógico-Matemática: capacidad de entender las relaciones abstractas.
- Inteligencia Lingüística: capacidad de entender y utilizar el propio idioma.
- Inteligencia Espacial: capacidad de percibir la colocación de los cuerpos en el espacio y de orientarse.
- Inteligencia Corporal-Kinestésica: capacidad de percibir y reproducir el movimiento.
- Inteligencia Intrapersonal: capacidad de entenderse a sí mismo y controlarse.
- Inteligencia Interpersonal: capacidad de ponerse en el lugar del otro y saber tratarlo.
- Inteligencia Naturalista: capacidad para desenvolverse en la naturaleza.
- Inteligencia Existencial: capacidad para plantearse preguntas fundamentales sobre el ser humano, la existencia y Dios.

La inteligencia lógico matemática juntamente con la Inteligencia Lingüística constituyen según Gardner las capacidades académicas de un individuo, por otro lado la Inteligencia Interpersonal y la Inteligencia Intrapersonal constituyen el complemento de un individuo al relacionarse con otro y conocerse a sí mismo términos que comprenden la inteligencia emocional.(Freire, 2000).

Freire (2000) Mayer y Salovey psicólogos definen la inteligencia emocional como un subconjunto de inteligencia social que implica la capacidad de controlar emociones propias o de otras personas y usar esta información para guiar el propio pensamiento y acciones. Por lo que la I.E relaciona tres puntos básicos pensamiento, acción, emoción, de esta forma las emociones dejan de ser un elemento perturbador del pensamiento o una acción racional sino una actividad inteligente.

### 2.2.5. Diferencia Entre Emociones, Sentimientos, Estado de Ánimo.

- **Las emociones:** tienen una duración reducida, que va desde los segundos a unos cuantos minutos, siendo en forma de estados de ánimo como éstas se prolongan más en el tiempo.
- **Estado de ánimo:** es un estado emocional que no controlamos y permanece durante un periodo de tiempo largo, enmarca conductas desde las cuales realizamos nuestras acciones, sin embargo las emociones son la forma de como respondemos a los acontecimientos.
- **Sentimientos:** Los sentimientos por otro lado se distinguen por su relación temporal, ya que los estados de ánimo persisten durante períodos relativamente largos y se oponen a la brevedad e inestabilidad de los sentimientos.

Lo que empezó como una emoción ligada a un determinado acontecimiento, puede a menudo convertirse en un estado de ánimo si dicha emoción permanece con la persona el tiempo suficiente y se hace parte de su marco conductual.

Damacio, 2006 citado de Organización de la Naciones Unidas (ONUDOC), (2000) las emociones preceden a los sentimientos, los sentimientos son el resultado de una emoción es más racional debido a que su origen es en el neo córtex del lóbulo frontal, la persona que tiene conciencia de un sentimiento tiene acceso al estado anímico propio.

Los sentimientos producen respuesta que pueden ser físicos y/o mentales, estando mediada por neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina y la serotonina, son procesos mucho más largos.

Los sentimientos son las expresiones mentales de equilibrio o desequilibrio interno. Los sentimientos y las emociones son fundamentales en las en la sociabilidad y en la toma de decisiones de la vida cotidiana es decir en el razonamiento. Las emociones positivas o negativas y los sentimientos que de ellas se siguen, están directamente implicados en nuestras experiencias sociales.

## 2.2.6. Emoción y Teorías de la Emoción.

### **Emoción:**

La Real Academia Española refiere que la emoción es una “Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática”.

Ramos, Piqueras, Martínez y Oblitas (2009) mencionan que etimológicamente la palabra emoción viene del término emotio que significa “moverse” la raíz de la palabra es motio, que significa ‘movimiento’, motor. La biología menciona que las emociones están estructuradas por procesos hormonales, fisiológicos e incluso musculares y son de gran diversidad en los cuales están implicados factores fisiológicos, cognitivos, conductuales y de conciencia, es de gran importancia en la adaptación es decir la emoción es una experiencia multidimensional que se identifica de diversas formas como:

- Emoción = Placer o Dolor.
- Emoción=Manifestaciones somáticas
- Emoción= Supervivencia

Damasio (2006) las emociones se forjan a partir de reacciones simples que favorecen la sobrevivencia de los organismos y por ende permanecer como mecanismo evolutivo son primitivas e instintivas tiene su origen en el sistema límbico, pueden representarse en tres formas:

- Fisiológicos: con procesos que involucran cambios en el sistema nervioso central y autónomo como el tono muscular, la respiración, secreciones hormonales, presión sanguínea.
- Cognitivos: influyen en nuestra cognición y en nuestra adaptación a acontecimientos.
- Conductuales: las identificamos en expresiones faciales, movimientos corporales, tono de voz, volumen, ritmo es decir determinan conductas.

## **Teorías de las emociones:**

López (2010) hace referencia a emoción como un término universal que puede ser estudiado desde muchos puntos de vista tanto biológicos como psicológicos y sociales, psicológicamente la emoción se la interpreta desde la corriente y objetivo al que se quiera llegar generando cambios fisiológicos y cognoscitivos que promueven un comportamiento, anteriormente el concepto de emociones, pasiones y sentimientos se reducían a una sola palabra que era afectividad la cual se diferenciaba por el tiempo intensidad y cambios físicos.

Gerrig y Zimbardo (como cito de Drawin 1872) menciona 3 acciones importantes en la expresión de emociones los reflejos, hábitos e instintos sin embargo los reflejos e instintos son los más importantes debido a que son innatos y según su teoría los estados mentales que son generacionales es decir heredados y son con los cuales un individuo tiene forma de afrontar el mundo, entre ellas sorpresa, felicidad, enojo, disgusto, temor, desprecio, tristeza todas ellas asociadas a expresiones.

- **Teoría James-Lange.**

Gerrig y Zimbardo (en la cita de James y Lange, 1884 ) manifiestan que las conductas preceden a las emociones y el cerebro interpreta dichas conductas como emociones, es decir primero actuó y eso genera en mí una emoción, un claro ejemplo citado fue que ante la aparición de un oso una persona corre y eso le impulsa a sentir miedo. El cerebro tiene una respuesta fisiológica esta teoría se la denomina como periferismo porque relaciona todas las reacciones con órganos viscerales como sudoración, taquicardia expresión facial, respuestas reflejas del SNA y cada respuesta es diferente para cada emoción.

James (1884) señalaba que los cambios corporales suceden de una percepción ante un estímulo y que el sentimiento que ocurre ante estos cambios es la emoción las cuales también se relacionaba con manifestaciones en órganos sobre los que no

tenemos control volitivo, es decir la activación fisiológica es una condición necesaria para la existencia de una respuesta emocional. Clasifico a las emociones en rudas o groseras (dolor, miedo, ira, amor), y emociones delicadas o sutiles (morales, intelectuales, estéticos).

- **Teoría Cannon-Bard.**

Gerrig y Zimbardo, 2005 citaron de Cannon y Bard, 1927-1929 refieren que los procesos viscerales no son de influencia en la expresión de emociones, debido a los múltiples experimentos realizados se observó que animales después de extraídos sus órganos viscerales aún continuaban respondiendo de forma emocional, mencionaba que el Sistema Nervioso Autónomo no era lo suficientemente rápida como para ser la fuente de las emociones provocadas en decimas de segundos. Indicó que el cerebro debe interceder entre estimulaciones de entrada y de salida que provienen del Tálamo y se dirigen hacia un área de la corteza por lo cual se producen las sensaciones emocionales y a otras diferentes áreas para su expresión. Bard quien apoyo esta teoría hizo hincapié en la independencia de las reacciones psicológicas y fisiología, además acotó que un estímulo que tiene dos reacciones, la activación y la experiencia de la emoción.

- **Teoría John Watson.**

Gil y Mayor (citaron de Watson, 1903) la personalidad de un individuo se basaba en 3 ejes fundamentales los cuales son manuales (implicaba musculatura estriada y hábitos corpóreos para movimientos como caminar, tomar objetos.), verbales (hábitos del lenguaje y pensamiento.) y emocionales. Watson apoyaba la teoría de James y Large, creía que las emociones son el resultado físico a estímulos específicos de las cuales identifica a 3 emociones básicas miedo, ira y amor, las cuales son de tipo no aprendidas sin embargo después de varios experimentos concluye que la mejor manera para eliminar el miedo es el condicionamiento con el cual el miedo a ciertos estímulos indiferentes queda bloqueado y solo se activaría al dolor o malestar. Muestra especial interés por otros 2 tipos de emociones los celos y la vergüenza y añade que la vergüenza está relacionada con



la masturbación deliberada por su tabú en la infancia y los celos cuyo estímulo es el amor y la reacción la ira.

- **Clasificación de las Emociones de acuerdo con varios autores.**

Compendio de Autores Goleman, Watson, James –Lange, Adolphs

Darwin	Goleman	James–Lange	Adolphs	Watson
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sorpresa</li> <li>• Felicidad</li> <li>• Enojo</li> <li>• Disgusto</li> <li>• Temor</li> <li>• Desprecio</li> <li>• Tristeza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felicidad</li> <li>• Tristeza</li> <li>• Enfado</li> <li>• Sorpresa</li> <li>• Miedo</li> <li>• Disgusto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones rudas o groseras (dolor, miedo, ira, amor)</li> <li>• Emociones delicadas o sutiles (morales, intelectuales, estéticos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emociones Básicas: Felicidad, Temor, Rabia, Disgusto, Tristeza, Sorpresa, Desdén, Admiración, Celos</li> <li>• Emociones Sociales: orgullo, Culpa, Vergüenza, Amor maternal, Amor sexual, Engreimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo</li> <li>• Ira</li> <li>• Amor</li> </ul>

Tabla 2: Compendio de Autores Goleman, Watson, James –Lange, Adolphs.

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

- **Teoría según Damasio.**

Damasio 2001 (citado Polit, 2009) emoción es un conjunto de cambios del estado corporal que son inducidos en multitud de órganos por las terminales de las neuronas, bajo el control de un sistema cerebral delicado que responde al contenido del pensamiento resultan de respuestas a perturbaciones de carácter destructivo como carencia de alimentos y agua, carencia de oxígeno, destrucción física, enfermedad refiere de la clasificación de emociones del siguiente modo:

Emociones primarias (innatas): Son aquellas que dependen del sistema límbico como la amígdala, la cíngula anterior las más importantes. Es el mecanismo básico de los comportamientos emocionales. (Felicidad, tristeza, ira, miedo, asco).

Emociones secundarias (sociales): Son aquellas que ocurren de la experiencia, se producen una vez se ha empezado experimentar sentimientos y está estrechamente relacionada con las emociones primarias. Vergüenza, culpabilidad, desprecio, indignación, simpatía, compasión, gratitud, admiración.

### **2.2.7. Inteligencia Emocional y Teorías de la Inteligencia Emocional.**

#### **Inteligencia Emocional**

La inteligencia emocional es el proceso biológico, psicológico, social del ser humano con el que puede adaptarse al medio y desarrollar mecanismos que le permitan dirigir sus emociones hacia un comportamiento adecuado en su mundo exterior y así también que identifique y comprenda reacciones emocionales de terceros.

#### **Teorías de la inteligencia Emocional**

- **Inteligencia Emocional Según Mayer y Salovey.**

Utilizaron el término inteligencia emocional por primera vez y la definieron como la capacidad de controlar y regular los sentimientos, adaptarnos a un medio resolver problemas y comprender emociones de uno mismo y de los demás. Constituidas por habilidades interpersonales, intrapersonales y sociales. Coordinación de dirección de comunicación [C.D.C].

Mayer y Salovey (1997) expresaron que la Inteligencia Emocional consta de habilidades desarrolladas como Percepción de emociones; Facilitación emocional; Comprensión emocional y Manejo de emociones las cuales promueven el crecimiento emocional e intelectual.

- ✓ Percepción de emociones: es la habilidad para percibir las propias emociones y la de los demás, también consta en la percepción de emociones en objetos, arte, historias, música y otros estímulos.
- ✓ Facilitación emocional: es aquella habilidad con la cual el individuo genera, usa y siente las emociones que son necesarias para la expresión de sentimientos.
- ✓ Comprensión emocional: es la habilidad para comprender información emocional es decir como las emociones progresan y se combinan en el tiempo.
- ✓ Regulación emocional: es la habilidad con la cual estamos percibidos a los sentimientos nuestros modularlos así como comprender los sentimientos de los demás y contribuir en su crecimiento personal.

- **Inteligencia Emocional Según Goleman.**

Ugarriza, 2001; citado de Goleman (1996) popularizo el tema y señalo que la I.E es la forma en la un individuo interactúa con el exterior, el cual engloba el estado emocional y habilidades del ser. En su libro publicado de Inteligencia Emocional en el cual refiere que el coeficiente intelectual no genera la facilidad para resolver dificultades cotidianas e indica que para eso se necesita el correcto control de impulsos, el cual lo señala como inteligencia emocional. Que implica un control de emociones, capacidad de ser empático, desarrollo del autocontrol, capacidad de sociabilidad para gestionar relaciones y crear una motivación propia, además señala emociones como la ira, la tristeza, el miedo, la alegría, el amor, la vergüenza que son las más reconocidas en el diario vivir.

Identifica la auto-conciencia emocional como la capacidad de reconocer las emociones propias ciertas habilidades para el equilibrio de la vida emocional.

- ✓ Habilidades de Auto-regulación: en el cual el individuo puede manejar las propias emociones y conducir las hacia reacciones adecuadas.

- ✓ **Habilidades de Auto-motivación:** en esta el individuo es capaz de utilizar el potencial existente. Además de un elevado cociente intelectual, se necesitan cualidades como las que consisten en perseverar, disfrutar aprendiendo, tener confianza en uno mismo y ser capaz de sobreponerse a las derrotas, si se quieren obtener buenos resultados.
- ✓ **Empatía:** ponerse en el lugar de las demás personas. Ya que indica que el 90% de la comunicación emocional se produce sin palabras para ello se requiere escuchar y comprender pensamientos y sentimientos que no se hayan expresado verbalmente.
- ✓ **Habilidad social:** crear relaciones sociales. Saber manejar elementos corporales para una adecuada socialización y comunicación que contribuyan a crear y cultivar las relaciones y de percibir los estados de ánimo de las demás personas.

- **Inteligencia emocional según Cooper y Sawaf.**

Pozo refiere de Cooper y Sawaf (1998) señalan a la inteligencia emocional como una integración de inteligencia social en la cual el individuo puede controlar sentimientos y emociones propias y las de los demás, consta de la capacidad de sentir, entender, hacer de la I.E una fuente de poder para generar energía en el ser humano. Mediante el desarrollo de la inteligencia emocional también se discrimina entre la información obtenida del exterior para utilizarla y guiar el pensamiento y las acciones.

- **Inteligencia emocional según Dozzier y Weisinger.**

Dozzier señala de la inteligencia emocional como la capacidad de percibir y expresar emociones a este concepto le añade el procesamiento de las emociones por el pensamiento, comprensión y razonamiento para dar un equilibrio y regulación hacia el interior y exterior del individuo.

Weisinger refiere que inteligencia emocional es “el uso inteligente de las emociones es decir de una forma dirigida y específica utilizándolas con el fin de guiar y regir nuestro comportamiento para la obtención de mejores resultados. Pozo refiere de (Dozzier y Weisinger).

#### **2.2.8. El Cerebro Tríadico y Estructuras Neuroanatomías.**

Sternberg (1986) Propuso su teoría tríadica (o triárquica) de la inteligencia, que se basaba en las operaciones mentales que realiza el individuo y la definía como conductas cuyo objetivo es la adaptación consciente, selección y la configuración del medio ambiente en función de los intereses y necesidades de la persona, que es modificable y en cierta forma está definida por el contexto externo de la persona además añadía que es aquella que sabe aprovechar sus cualidades al máximo y también compensar sus limitaciones.

Señalaba que consta de tres aspectos globales:

- Inteligencia comportamental (Lógico - analítica): hace referencia a la habilidad de aprender, resolver problemas habituales de la vida cotidiana y realizar tareas con eficiencia.
- Inteligencia experiencial (creativa): implica el pensamiento creativo que ayuda a resolver problemas y la capacidad de automatización, es decir, convertir las nuevas soluciones en procesos de rutina que se pueden aplicar sin mucho esfuerzo cognoscitivo. Distinguida por dos características (Afrontar tareas novedosas y capacidad de llegar a ser eficiente y automático en el pensamiento y la solución de problemas).
- Inteligencia contextual (práctica): relacionada con el ambiente que rodea al individuo y guiado por una o más de las siguientes estrategias conductuales orientadas a metas:
  - ✓ Adaptación al medio ambiente: Adaptarse al propio medio
  - ✓ Selección del medio ambiente: Implica renunciar a un entorno a favor de otro.

- ✓ Transformación del medio ambiente o moldeamiento:  
Intentar moldear el ambiente de tal forma que se adapte a nuestra estructura

MacLean (1990) plantea otra forma de estructura cerebral denominada “cerebro triádico” plantea que el cerebro cuenta con 3 estructuras reptil conformando por (tallo cerebral, los ganglios basales y el sistema reticular) que genera respuestas inconscientes y automáticas que aseguran nuestra supervivencia ante una amenaza generando huida o ataque, además es el responsable de la adaptación porque evalúa peligros del medio; el límbico por otro lado está conformado por (tálamo, amígdala, hipotálamo, bulbos olfatorios, región septal, hipocampo.) constituye la fuente de las emociones, y proporciona a al ser humana la capacidad de aprender a través de la memoria y relaciona experiencias pasadas con las futuras además es la fuente de la inteligencia afectiva y motivacional.

Bidoglio refiere de MacLean (1990) el neocórtex es la parte del cerebro más evolucionado constituido por lóbulos pre frontales (estructurado en dos hemisferios) tiene la capacidad de procesar la información de forma consciente, analizar, razonar y crear, posee el 85%, antes de que la información llegue a esta parte del cerebro tiene que pasar por las anteriores como se puede diferenciar son 3 sistemas que cumplen funciones independientes pero a su vez son uno solo.

Según las investigaciones realizadas podemos verificar que toda acción del ser humano está orientada por estructuras cerebrales específicas y al no ser controladas de la forma correcta nos impulsan a un desequilibrio emocional , conductual, comportamental causando conflictos interpersonales e intrapersonales que afectan significativamente al individuo, familia y por ende a la sociedad. Entre estos conflictos generados por un desequilibrio emocional mencionaremos uno que ha trascendido por generaciones y ha generado un problema social a nivel mundial, como es el consumo de sustancias psicoactivas.

### **2.3.1. Consumo de Sustancias.**

El consumo de sustancias ha sido desde hace décadas atrás un problema a nivel mundial de salud pública, no por el simple hecho de consumo sino por sus

múltiples factores asociados y su único fin en todos los casos ha sido la destrucción del núcleo familiar, considerado el núcleo de la sociedad además es considerado como el mayor causante de muerte, enfermedades y discapacidades en la mayoría de ocasiones las técnicas de tratamiento no consiguen la eficacia deseada, el consumo ha ido evolucionando tanto en niveles, como también en nuevas sustancias psicoactivas y por ende en la edad de inicio de consumo. En la mayoría de las investigaciones se puede identificar que la población más vulnerable es de carácter social bajo.

### **2.3.2. Definición de conceptos de droga, estupefaciente, narcótico, sustancia psicoactiva.**

Calzada (2013) Indica que definir los términos anteriormente citados nos llevara a conocer y entender la diferencia entre los términos para lograr un estudio más específico de cada una, las definiciones de estas han estado siempre en desequilibrio debido a diferentes puntos de vista desde el ámbito político, legal, social.

- **Droga:** Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga puede ser cualquier sustancia introducida en cualquier parte del organismo, que tenga la capacidad de modificar sus funciones. Se diferencia porque la (OMS) señala que el término droga puede ser con uso medicinal siendo aquella sustancia con la capacidad de prevenir, aumentar la salud física o mental de un individuo. Una droga puede ser fiscalizada o no, sin que ello signifique el potencial del impacto que causa en la salud del individuo o en la sociedad.
- **Estupefaciente o narcótico:** son sustancias narcóticas o químicas las cuales tienen el efecto de aliviar o tranquilizar el dolor, disminuyen la sensibilidad, producen estupor e igualmente pueden producir una sensación de éxtasis, (refiere la Convención Única de Estupefacientes, 1961) es toda sustancia con un uso únicamente médico y que entran en el marco de la ilegalidad.

- **Sustancia psicoactiva:** La Organización Mundial de la Salud [OMS], (1997) define como droga a toda sustancia que es introducida en el organismo mediante cualquier vía de administración, pudiendo ser vía oral, nasal, intramuscular y venosa la cual produce una alteración del normal funcionamiento del sistema nervioso central (SNC), cambiando el estado de conciencia, el ánimo o los pensamientos, así como la de mitigar el dolor y que además afecta los procesos perceptivos normales, emocionales y motivacionales del cerebro del individuo y que puede ser susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

### **2.3.3. Clasificación de las sustancias psicoactivas.**

Hallam, Bewley, Taylor y Jelsma, 2014 (refirieron de la Convención Única de Estupefacientes, 1961) la clasificación de las sustancias psicoactivas es de gran importancia para la fiscalización de él consumo y tenencia de las mismas. La Convención Única realizada en 1961 sobre Estupefacientes con varios organismos a nivel mundial propuso las medidas de clasificación provisionales en espera de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También definieron que debido a diferencias de consumo entre países la clasificación se estructuraría de la siguiente forma dependiendo del efecto que causen y la dependencia.

#### **1. Clasificación de acuerdo al estatus.**

- La Organización Mundial de la Salud [OMS], (2005) estatus Socio legal: Los sistemas médicos han reconocido el uso de sustancias desde hace mucho como forma de medicación para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo. Sin embargo en la actualidad la mayoría de los medicamentos están restringidos bajo prescripción médica. Ej. metilfenidato el cual es un estimulante que trata el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) de la infancia.



- Estatus legal o lícito: se le denominan de esta forma a las sustancias con cualquier propósito que elija el consumidor. (Ej bebidas alcohólicas, tabaco, el uso de estas sustancias van acompañado de sus propiedades psicoactivas que no es ilegal). (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005).
- Estatus ilegal o ilícito: en concordancia con tres convenciones internacionales (Convenciones de control de drogas de las Naciones Unidas; Convención contra el tráfico ilícito de drogas narcóticas y sustancias psicotrópicas, 1988; Oficina de las Naciones Unidas para el Control de Drogas y la Prevención del Delito [ONUDD].) bajo acuerdos se consideró tratar como ilegal la y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína y muchos otros estimulantes, al igual que de los hipnóticos y sedantes. Sin embargo cada país está en el derecho de añadir más sustancias que sean tomadas de forma ilegal y con pena fiscal.

## **2. Clasificación de acuerdo a la afección del sistema nervioso central.**

- Estimulantes del sistema nervioso central: (Mayores: anfetaminas, cocaína - Menores: café, tabaco, cacao, té) son estimulantes porque aumentan la actividad del sistema nervioso central.
- Depresoras del sistema nervioso central (Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona. – Hipnóticos y Sedantes: somníferos, tranquilizantes. – Alcohol.) se las denomina depresoras porque disminuyen la actividad del SNC.
- Drogas alucinógenas (Alucinógenos: LSD, Mescalina – Cannabis: Marihuana, Hachis – Drogas de diseño: Éxtasis, Eva – Inhalantes: Disolventes, Pegamentos) estas sustancias modifican el nivel de conciencia y diferentes sensaciones tanto visuales como auditivas, etc.

## **3. Clasificación de acuerdo a la dependencia.**

- Blandas: crean dependencia psicosocial cáñamo, hachís, marihuana, cocaína, ácido lisérgico “LSD”, tabaco.

- Duras: Son aquellas que provocan una dependencia física y psicosocial, (opio y sus derivados, el alcohol, las anfetaminas y los barbitúricos).

#### 4. Clasificación desde el punto de vista farmacológico.

- Narcóticos: opio, derivados la morfina, codeína y heroína
- Estimulantes: café, las anfetaminas, el crack y la cocaína, y alucinógenos, LSD, mezcalina, peyote, hongos, hachís.

#### 2.3.4. Niveles de Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Sandí, 1995 citado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2005) El consumo de drogas es un proceso en el que, según se observan tres etapas: el uso, el abuso y la dependencia.

- **Uso:** existen varios factores que determinan el uso de sustancias sin embargo el más común se lo entiende por cantidad, frecuencia de consumo e incluso o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto de no volverse adicto. Cuando las sustancias son utilizadas episódicamente, ocasionales sin generar complicaciones somáticas, dependencia, dificultades sociales es decir conciencia para acatar legalidades establecidas (Ej. no manejar un automóvil bajo los efectos de alguna sustancia). Es decir el consumo de sustancias psicoactivas que no acarrea ni complicación nociva para sí mismo o para los otros. Sin embargo para establecer un análisis se deberá realizar la evaluación correspondiente, debido a que una persona podría consumir una vez a la semana a pero abusar de tal forma hasta pérdida la conciencia y le generen problemas a nivel familiar, social y personal.
- **Abuso:** está caracterizado por el consumo repetido, persistente que afecta las esferas somáticas, afectivas, psicológicas sociales que no relacionado con una práctica médica aceptable. Además se debe considerar que es peligroso debido a que bajo el efecto de este pueden existir violencia, accidentes que Impactan en las relaciones sociales, familiares y profesionales. Y ponen en riesgo la salud y el equilibrio psíquico. Es decir

se considera abuso cuando se observa un patrón que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico y/o dentro de un periodo de doce meses.

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana [DSM-5] (2014). El abuso de sustancias figura en el DSM V en los Trastornos relacionados con sustancias, lo que implica un patrón des adaptativo de consumo que tiene efectos adversos y repetitivos. Se valoran los efectos nocivos y perjudiciales, pero se descartan la tolerancia, la abstinencia y el patrón de uso, además se encuentra determinado por cada sustancia como estimulante, sedante, inhalante, etc.

- **Dependencia:** referido de la OMS (1981). se define como aquella pauta de comportamiento en la que se el uso de una sustancia psicoactiva se vuelve prioridad frente a otras conductas consideradas antes como más importantes y causa incapacidad de abstenerse pues al hacerlo se presentan síntomas físicos o psicológicos desagradables a las que les dedica mayor parte de su tiempo, su vida cotidiana empieza a girar en torno al consumo. Es considerado un síndrome por el cual el consumo de un producto deviene como una exigencia superior a aquéllas de otros comportamientos que previamente tuvieron una importancia mayor. Es decir el deseo de consumir llega a volverse irresistible, existen sensaciones de pérdida de control, ansiedad síntomas que solo disminuyen en el caso de que se vuelva a consumir.

Se identifican dos tipos de dependencia: Física y Psíquica de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- ✓ Dependencia física: cuando un individuo genera un hábito de consumo de una sustancia el organismo crea tolerancia de tal manera que necesita mantener un determinado nivel de droga en sangre para funcionar con normalidad, en el caso de que esto no suceda aparece el síndrome de abstinencia.

- ✓ Dependencia psíquica: son compulsiones por consumir una sustancia periódicamente con el fin de experimentar un estado de placer, bienestar, euforia, sociabilidad y satisfacción.
- **Tolerancia:** Es la necesidad del individuo consumidor de aumentar las dosis de una sustancia para obtener el efecto deseado.

### **2.3.5. Factores de Riesgo y Factores Protectores.**

Plan nacional sobre drogas México (PNM) Señala que el origen del consumo de drogas comienza en la adolescencia temprana, además indican que durante los primeras etapas el consumo de sustancias se vuelve influyente aunque es posible que se limite a un solo tipo de sustancias que posteriormente podría generar tolerancia o a su vez el consumo podría expandirse a otro tipo de sustancias. El consumo es influenciado por el entorno del individuo, mientras no existan factores protectores el nivel de consumo, frecuencia y probabilidad de nuevas sustancias incrementará.

- **Factores de riesgo.**

La OMS (2005) determina como factor de riesgo a cualquier característica o exposición que aumente la posibilidad de sufrir una enfermedad o lesión a un individuo.

Los factores de riesgo para un mejor estudio han sido divididos o clasificados según niveles: individual, familiar, social, educativo, biológicos. (Mora 2005, Citado de Serrano, 1989).

1. **Factores Personales:** Son aquellos en los cuales el individuo está más vulnerable ante el consumo de sustancias psicoactivas como pueden ser la edad, un autoestima baja, problemas de identidad y adaptación al medio, baja tolerancia a la frustración, depresión, ansiedad, bajo control de impulsos, falta de valores, presión de grupo, curiosidad, excesivo tiempo libre, estrés.

2. **Factores Familiares:** entre los cuales los más preponderantes y que rigen la vida de un ser humano como base fundamental la ausencia de los padres ya sea por abandono parcial o total de cualquiera de los dos padres, divorcio traumáticos o separación de la pareja, ausencia de figuras de autoridad, disfuncionalidad familiar falta de comunicación entre padres hijos, padres excesivamente sobreprotectores o padres desinteresados, permisividad de reglas de unos de los padres, duelos traumáticos.
  
3. **Factores comunales:** en el cual están inmersos todo tipo de factores sociales como la migración, nivel socioeconómico, bajo nivel educativo y cultural, entorno fácil para conseguir droga, marginación, alta de empleo, falta de espacios de recreación, extrema pobreza. (Mora 2005; citado de Serrano)

- **Factores Protectores.**

Corporación la Esperanza [C.E] determina como factor de Protección a las características que tiene un individuo tanto individuales, familiares o sociales que disminuyen la vulnerabilidad o probabilidad de consumo de drogas.

Mora (2005) citado de Serrano, refiere como factor de protección ante el consumo como un atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiental el cual reduce la vulnerabilidad de uso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

1. **Factores personales:** Mora citado de Smith, 1997 son factores que fueron adquiridos por el individuo o a su vez desarrollados en el transcurso de su vida como la autonomía, tolerancia la frustración,

autoestima, existencia de un proyecto de vida, buen estilo de vida como rutina de ejercicios físicos y alimentación saludable.

2. **Factores familiares:** referido de Mora, 2005 es la buena comunicación y buen ambiente familiar, relaciones afectuosas entre padres que a su vez son enseñadas a sus hijos, preocupación por el implemento de valores, adultos responsables, figuras autoritarias y manejo de reglas y límites establecidos.
3. **Factores comunales y sociales:** adaptación al entorno en donde el individuo se desempeña, desarrollo de actividades recreativas como pertenencia a clubes juveniles, música, pintura. (Mora citado de Lee, 1998).

#### **2.3.6. Prevalencia de drogas a nivel mundial.**

Oficina de las Naciones Unidas para el control de las Drogas y la Prevención del Delito [ONUDD], (2002) afirma que anualmente 185 millones de personas hacen uso ilícito de algún tipo u otro de sustancias ilegales, la más consumida es el cannabis, seguido de anfetaminas, cocaína y opiáceos. Además las investigaciones y estudios realizados en el año 2002 señala que el uso de drogas ilícitas es una actividad predominantemente masculina, además es más prevalente en jóvenes que en adultos sin embargo los adultos sufren más vulnerabilidad de dependencia.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDOC),(2012) señala que en la actualidad a nivel mundial las consecuencias de consumo de drogas no ha cambiado entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores identificados como problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; y en el año 2010 las enfermedades por consumo de sustancias vía intravenosa acarreo la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) por lo que la el consumo continua siendo a nivel mundial una de las causas de morbilidad más frecuentes, es decir una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas. Los opioides continúan siendo el

tipo de droga predominante Asia, Europa, África, América del Norte y Oceanía. En América el uso de cocaína ha incrementado.

A nivel mundial las drogas más consumidas continúan siendo el cannabis y los estimulantes de tipo anfetamínico. Entre una población de 15 a 64 años de edad.

- **Cannabis:** El cannabis es la sustancia ilícita más consumida mundialmente ubicándolo en primer lugar de drogas consumidas, entre 119 y 224 millones utilizan el cannabis en todo el mundo y el consumo se mantiene estable y con tendencia subir su producción. Predomina en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y el Asia sudoccidental, Europa y América.
- **Estimulantes de tipo anfetamínico:** principalmente metanfetamina, anfetamina y éxtasis, es el 2 tipo de droga más consumido en el mundo presentando una cifra de 42%, a 19,4 toneladas cada año, hasta el año 2010 se mantenía en un cierto porcentaje posterior a este año se registró un aumento de las incautaciones de metanfetamina, hasta el punto de duplicar la cifra alcanzada en 2008, los países en lo que se ha incautado en mayor cantidad esta droga es en Centroamérica y el Asia oriental y sudoriental. Principalmente a causa de una disminución del número de incautaciones en el Cercano Oriente y el Oriente Medio y en el Asia sudoccidental.
- **Opioides:** a nivel mundial su prevalencia es de entre el 0,6% y el 0,8% de la población de 15 a 64 años, en especial la heroína, morfina y opioides de venta con receta consumidos con fines no médicos. El consumo tiene tendencia a subir por los cultivos ahora producidos en más paises.
- **Cocaína:** a nivel mundial la cocaína ha registrado una disminución general debido a un descenso de la fabricación de esa droga en Colombia desde los años 2006-2010. Sin embargo esta ha generado que la producción de coca escasa genere en otros países denominados limpios la fabricación como Bolivia y el Perú, aunque cabe recalcar que los

principales mercados de cocaína siguen siendo América del Norte, Europa y Oceanía y presentado a nivel mundial el 0,6% de consumo en una población de entre 18 y 64 años.

- **Nuevas drogas:** desde el año 200 se ha observado la aparición de nuevas sustancias psicoactivas cuya composición química se vuelve más peligrosas para la salud y más adictivas, por lo que desde el año 2010 tales sustancias son denominadas a nivel mundial como caso emergente a tratar entre estas drogas están mefedrona, y la metilendioxipirovalerona (MPDV), las cuales son más conocidas como sales de baño, todo derivado de la piperazina 4, además de las mezclas de hierbas cannabinoides sintéticos, los países en los cuales se ha originado son Europa, América del Norte y Oceanía. Aun no se cuentan con cifras exactas que determinen su consumo.

### **2.3.7. Inteligencia Emocional y Consumo de Sustancias Psicoactivas.**

Existe una marcada relación entre la Inteligencia Emocional y el Consumo de Sustancias Psicoactivas cuando un individuo es incapaz de identificar sus emociones y controlarlas genera un desequilibrio personal y de su entorno volviéndose vulnerables ante situaciones de tensión o estrés, y miran como una forma de desahogo o salida el consumo de sustancias, el desarrollo de la Inteligencia Emocional ha sido propuesta por varios autores como un factor protector y de rehabilitación ante el consumo y adicción. Anatómicamente el consumo está relacionado con las emociones.

La dependencia de drogas es un trastorno cerebral como cualquier otra enfermedad psiquiatría, mediante experimentos realizados se ha podido administrar sustancias al cerebro y verificar las reacciones.

Organización Mundial de la Salud [OMS],(2004) Durante el consumo se ha identificado que regiones específicas del pros encéfalo son activadas por estímulos y estas inducen el deseo compulsivo de consumir la sustancia obviamente los neurotransmisores cumple una función determinante en ello ya



que las sustancias psicoactivas pueden simular los efectos de los neurotransmisores, o a su vez generar un bloqueo o alterar el almacenamiento, liberación y eliminación de los mismos, los más importantes en lo que respecta a las sustancias psicoactivas son noradrenalina, dopamina, serotonina, GABA, glutamato. Las sustancias psicoactivas al unirse a receptores y aumentar o disminuir la actividad de las neuronas y ello genera conductas de dependencia y tolerancia. La dependencia desde este punto de vista se considera como parte de un proceso de aprendizaje, un ejemplo de ellos es que una persona al ingerir una droga lo asimila con una situación agradable, recompénsate o reforzante lo que activa circuitos cerebrales y aumentan la probabilidad de que ese comportamiento se repita. Pero no solamente es un proceso estímulo respuesta sino de factores tanto psicológicos y biológicos que refuerzan comportamientos.

Las sustancias psicoactivas son estímulos que activan aunque artificialmente procesos muy intensos, produciendo un deseo muy agradable para continuar con este comportamiento. De acuerdo con esta teoría la dependencia en la respuesta de procesos biológicos, psicológicos, fisiológicos sobre zonas cerebrales asociadas con la motivación y la emoción, combinados con el aprendizaje. La vía dopaminérgica mesolímbica “mesencefalo” compuesto por ( tálamo, amígdala, hipotálamo, Los bulbos olfatorios, La región septal, Hipocampo) es el sistema más implicado para producir dependencia. Dos zonas muy importantes para la dependencia de sustancias son el área tegmentaria ventral, los cuerpos de estas neuronas dopaminérgicas envían proyecciones hacia regiones del cerebro implicadas en la emoción, el pensamiento, la memoria y la planificación y ejecución de los comportamientos. El núcleo accumbens zona del cerebro implicada en la motivación y el aprendizaje y en el señalamiento del valor motivacional de los estímulos. Las sustancias psicoactivas aumentan la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, y se cree que esto es un acontecimiento importante en el reforzamiento.

## 2.4. Definición de Términos.

- **Inteligencia Emocional:** Goleman (1995) es la capacidad del ser humano en reconocer sentimientos propios, ajenos y manejarlos además de la capacidad de adaptación al medio.
- **Sustancias psicoactivas:** OMS (1998) Son sustancias que tienen la capacidad de bloquear la función de otros neurotransmisores y producir efectos similares a los naturales y pueden ser consumidas por vía intravenosa oral nasal intramuscular y ocasionan un efecto en el SNC.
- **Adolescentes:** Salvador (1987) es la etapa posterior a la niñez la cual está caracterizada por cambios físicos y psicológicos según la OMS podemos decir que se comprende la adolescencia.
- **Juventud:** Salvador (1987) es una edad comprendida desde los 22 años de edad hasta los 30 años según la OMS caracterizada por altruismo y empatía es una etapa de logro.
- **Adultos:** Salvador (1987) Edad comprendida entre los 30 y 60 años consta de adultez inicial, media y tardía.
- **Familia:** Pichón Rivier (1985) la familia es una estructura social básica de la sociedad conformada por (padre, madre, hijo) que asumen su rol.
- **Satisfacción con la vida:** Hace referencia a todo aquello que produce placer, felicidad o gusto, además de un bienestar físico psicológico, contextual y sexual.
- **Factor de Riesgo:** OMS (2002) son características que aumenten la vulnerabilidad o probabilidad de un individuo de sufrir una enfermedad, trastorno o lesión, los más comunes son relación familiar, calidad de vida, prácticas sexuales, contexto cultural, nivel socioeconómico, deficiencias del saneamiento.

## **2.5. Sistema de Hipótesis.**

### **2.5.1. Hipótesis General.**

La inteligencia emocional se relaciona con los niveles de consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato.

### **2.5.2. Hipótesis Específicas.**

- Las dimensiones de la inteligencia emocional están relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas en la Fundación Jóvenes para el Futuro de la Ciudad de Ambato.
- La inteligencia emocional se altera cuando existe consumo de sustancias.
- La prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas por los usuarios de la Fundación Jóvenes para el Futuro es la marihuana y el alcohol.
- El género masculino entre edades de 15-18 años presenta mayor frecuencia de consumo de sustancias psicoactivas.
- Existen varios factores de riesgo asociados al consumo de sustancias.

## **2.6. Sistema de Variables.**

- Variable independiente:

Inteligencia emocional.

- Variable Dependiente

Niveles de consumo de sustancias.

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO.

#### 3.1. Nivel de Investigación.

Se utilizó el diseño descriptivo debido a que consiste en llegar a conocer las situaciones y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de los fenómenos, la información es recolectada sin manipulación y buscar especificar propiedades, características y rasgos importantes relacionados con la investigación que describan tendencias, características del grupo de estudio. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre la inteligencia emocional y el consumo de sustancias psicoactivas.

Es exploratorio debido a que una de las variables como es Inteligencia Emocional es relativamente nueva y no existen investigaciones amplia sobre ello, además es exploratoria debido a que nos da una visión general respecto a la realidad de los usuarios de la Fundación Jóvenes para el Futuro.

#### 3.2. Diseño.

**Documental:** En la presente investigación el diseño es documental debido a que la se sustenta en información a través de revistas científicas, libros, manuales diagnósticos, internet y tesis doctorales que se relacionan con la inteligencia emocional y el consumo de sustancias psicoactivas en la cual se tomó la teoría cognitivo-conductual para su estructura.

**Campo:** Es de campo debido a que mediante esta investigación se amplía el conocimiento sobre las variables expuestas que en un futuro podrían ser aplicadas.

### **3.3. Población y Muestra.**

La población del presente estudio es finita debido a que no es necesario extraer una muestra, está conformada por 75 usuarios de la Fundación Jóvenes para el Futuro entre los cuales constan 18 adolescentes de 17 -20 años, 25jóvenes de 22-30 años y 22 adultos entre 31-40 años.

### **3.4. Técnica e Instrumento de Recolección de Datos.**

#### **3.4.1. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST).**

El ASSIST es una prueba que fue realizada por diferentes investigadores en el área de salud, especialistas en adicciones y bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se encarga de realizar la detección de consumo de sustancias psicoactivas tales como Cannabis, Estimulantes de tipo anfetamina, Inhalantes, Alcohol, Tabaco, Cocaína y Sedantes o pastillas para dormir (benzodiazepinas), niveles de consumo y riesgos.

**Autores:** El ASSIST es una prueba que fue realizada por diferentes investigadores en el área de salud, especialistas en adicciones y bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Contexto cultural:** El diseño de la prueba es culturalmente neutral, por lo que puede utilizarse en una gran variedad de culturas para detectar el consumo.

**Población:** Validado solo en población (entre 18 y 60 años de edad)

**Año:** 2010

**Tiempo:** El cuestionario consta de ocho preguntas y debe ser contestado en aproximadamente 5 y 10 minutos.

#### **Forma de aplicación y calificación:**

- **Dimensiones:** está conformado por 8 dimensiones o apéndices desde A hasta G; con 10 opciones de respuesta en cuanto a sustancias, frecuencia relacionada a los últimos 3 meses, frecuencia relacionada a lo largo de la vida, riesgos que percibe dependiendo la pregunta.

#### **Respuestas relacionadas con sustancias:**

A. Tabaco, (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, etc.)

- B. Bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, licores, etc.)
  - C. Cannabis (marihuana, mota, hierba, hachís, etc.)
  - D. Cocaína (coca, crack, etc.)
  - E. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.)
  - F. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.)
  - G. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)
  - H. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.)
  - I. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.)
  - J. Otras que tiene que especificar.
- **Forma de aplicación:** El cuestionario ASSIST contiene instrucciones específicas que servirán de guía para los profesionales de la salud durante la entrevista.
    - ✓ Las preguntas 1 y 2 son preguntas ‘filtro’. En el caso de la pregunta referente al consumo de drogas si la persona responde si se continuara con la pregunta 2, en el caso de que su respuesta sea no en todos los ítems de la 1 el evaluador indagara con preguntas como ¿ni cuándo tus amigos o hacían?. Si la respuesta aun es no la evaluación se da por terminada. El evaluador deberá estar familiarizado con los diferentes tipos de argot de drogas para los evaluados e ir indicándoles su localización en el test. La pregunta 1 no se considera para la puntuación. Si la persona responde ‘sí’ a la pregunta 1 para cualquiera de las sustancias de la lista, avance a la pregunta 2, que se refiere al consumo de sustancias en los últimos tres meses. Esta pregunta deberá ser especificada por el evaluador es decir solo sirve para las drogas señaladas en la pregunta 1 La pregunta 2 debe hacerse únicamente para cada una de las sustancias que se han usado (según se registró en la pregunta 1).

- ✓ La pregunta 2 también es una pregunta ‘filtro’, lo que significa que las respuestas a esta pregunta determinan lo que sucederá a continuación con respecto a las preguntas a los usuarios sobre las drogas específicas contenidas en las preguntas 3, 4 y 5. En el caso de que la respuesta de la 2 sea “nunca” en todas las opciones se procederá a la pregunta 6 y en el caso que sea “sí” continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida. Las preguntas 3, 4 y 5 deben hacerse para todas las sustancias que se han consumido en los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (droga)? Esta pregunta indica consumo de alto riesgo o dependencia de acuerdo a su respuesta, ya que el deseo de consumir está estrechamente relacionado con el abuso y el nivel de adicción.
- ✓ La pregunta 4 determina si el consumo de sustancias le está causando problemas al usuario y con qué frecuencia en los últimos tres meses. El evaluador especificara si el consumo les está afectando en sus áreas laboral, familiar, y mencionarle algunos síntomas como irritabilidad, nerviosismo, depresión.
- ✓ La pregunta 5 está relacionada con la cuatro se refiere a la frecuencia con la que dejó de realizar actividades por consumo. El tabaco no está incluido en esta pregunta la pregunta 5 porque, en general, los fumadores no dejan de cumplir sus obligaciones. Las personas que tienen un nivel dependiente por lo general no realizan ninguna obligación porque ya perdieron el trabajo, el hogar, la familia o el apoyo. En estos casos se les reformula la pregunta de diferente forma por ejemplo ¿si tuvieras obligaciones las cumplirías? Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las que se han consumido en los últimos tres meses.
- ✓ Pregunta 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo (droga) y no lo ha logrado? Esta pregunta indica la dependencia o

el consumo de sustancias de alto riesgo y está diseñada para conocer la pérdida de control sobre el consumo a lo largo de la vida. Esta pregunta debe hacerse para todas las sustancias que se registraron en la pregunta 1 sobre el consumo a lo largo de la vida, y no limitarse a las consumidas en los últimos tres meses.

- ✓ **Pregunta 8** ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? Esta pregunta indica la dependencia o el consumo de alto riesgo, y está diseñada para averiguar la experiencia reciente del consumo de sustancias por vía inyectada en la vida del usuario. Es probable que estas personas estén asociadas a daños severos como sobredosis, riesgos psicóticos. Aunque la respuesta a la pregunta 8 no se suma a las puntuaciones finales del uso de sustancias del usuario, el consumo de drogas inyectadas, en particular si es reciente, indicará que el usuario puede necesitar más evaluaciones y una derivación para tratamiento a algún servicio especializado en consumo de sustancias. Recomendar que se haga la prueba de VIH y hepatitis B y C.

- **Calificación:** Se la realizara sumando las preguntas de la 2 a la 7 la pregunta, las preguntas que determinan consumo de alto riesgo “dependencia” son la 3, 7, 8. Sin embargo la pregunta 8 en caso de ser respondida determinara consumo de alto riesgo y no deberá ser contada con el resto de preguntas.

Mediante la puntuación permite clasificarlos en niveles según su riesgo “bajo, moderado o alto”. Riesgo bajo Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de ‘tres o menos’ (‘10 o menos’ para alcohol) tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas. Riesgo moderado Los usuarios que obtuvieron una puntuación de ‘entre 4 y 26’ (‘11 y 26’ para alcohol), aunque quizás presenten algunos



problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo aumenta en los usuarios que tienen un historial de problemas por el uso de sustancias y dependencia. Riesgo alto Una puntuación de '27 o más' en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias. Además, los usuarios que en promedio se han inyectado drogas en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, también tienen probabilidad de estar en alto riesgo.

#### **Propiedades psicométricas:**

- **Confiabilidad y validez Interna:** el ASSIST versión 3 fue validado mediante un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos, Brasil, Tailandia, Australia, India, Reino Unido y Zimbabue mediante un estudio en el cual participaron personas en tratamiento por consumo de drogas y alcohol en la red de salud y población consumidora pero sin un diagnóstico clínico de abuso o dependencia. Este y otros estudios han demostrado validez y fiabilidad del ASSIST en distintos ámbitos y poblaciones, entre ellos el contexto escolar y en poblaciones específicas tales como adultos mayores y embarazadas, La consistencia interna del ASSIST, tanto para el puntaje total como por sustancia específica fue adecuado en la muestra estudiada. El alpha de Cronbach para el puntaje total fue de .91. La consistencia interna de los ítems del cuestionario fue alta para cada sustancia:
  - Alcohol  $\alpha = .93$
  - Marihuana  $\alpha = .95$
  - Cocaína  $\alpha = .98$
  - Anfetaminas  $\alpha = .98$

- Inhalantes  $\alpha = .90$
  - Tranquilizantes  $\alpha = .97$
  - Alucinógenos  $\alpha = .98$
  - Opiáceos  $\alpha = .98$ .
- **Confiabilidad y validez externa:** Fue también validado en una población chilena de 400 participantes provenientes de los sistemas de salud primario de Santiago de Chile, centros de tratamiento de drogas, ámbito laboral, y detenidos en comisarías. Mediante un muestreo no probabilístico por accesibilidad, y además se contemplaron los siguientes criterios de exclusión; personas con estados agudos de intoxicación, trastorno psiquiátrico grave con síntomas al momento de la entrevista como alteraciones del estado de conciencia, agitaciones psicomotoras con necesidad de contención, síntomas de abstinencia graves, deficiencia cognitiva severa, y menores de 18 años. En la muestra se incluyó personas de todo tipo de nivel social, cultura, y procedencia. La consistencia interna del cuestionario observada en la muestra fue adecuada ( $\alpha = .90$ ).

#### **3.4.2. Escala de Inteligencia Emocional (Tmms-24).**

**Autor:** Fue elaborado por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos como una adaptación del test de inteligencia emocional [TMMS-48] desarrollado por Mayer y Salovey en 1990.

**Año:** 2004

**Población:** 17 y 37 años

**Tiempo:** se puede administrar en 10 minutos.

**Forma de aplicación y calificación:**

- **Dimensiones:** Contiene 3 dimensiones, con 8 ítems cada una, en un total de 24 preguntas
  - Atención Emocional: Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada
  - Claridad de Sentimientos: Comprendo bien mis estados emocionales

- Reparación Emocional: Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente
- **Forma de aplicación:** los participantes deberán responder sobre una escala Likert de 5 puntos en la que describen lo siguiente (1= Nada de acuerdo; 5= Totalmente de acuerdo) se responderá de la manera más sincera con respecto a los ítems presentados
- **Calificación:** La calificación se la obtendrá de la puntuación de cada dimensión calificada y sumada de los ítems del 1 al 8 para atención, posteriormente se suman los ítems se suman los ítems del 9 al 16 claridad y finalmente los ítems del 17 al 24 reparación. Posteriormente ya con los resultados se procede a la revisión de los siguientes estándares tanto para hombre como para mujeres:

Dimensiones	Hombres			Mujeres			Evalúa
	Poc a	Adecuada	Demasiado	Poca	Adecuada	Demasiad o	
<b>Atención</b>	< 21	22 a 32	> 33	< 24	25 a 35	> 36	Soy capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada
<b>Claridad</b>	< 25	26 a 35	> 36	< 23	24 a 34	> 35	Comprendo bien mis estados emocionales
<b>Reparación</b>	< 23	24 a 35	> 36	< 23	24 a 34	> 35	Soy capaz de regular los estados emocionales correctamente
El equilibrio en cada dimensión será la puntuación adecuada tanto para hombre como para mujeres la puntuación promedio será mayor de 22 y menor de 34 para cada dimensión							

Tabla 3: Dimensiones de la Escala de Inteligencia Emocional (Tmms-24).

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

### **Propiedades Psicométricas:**

- **Confiabilidad y validez interna:** Los análisis de fiabilidad de las diferentes dimensiones del TMMS-24 indican coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach  $\alpha = .80$   
Atención, = .89  
Claridad, = .84  
Reparación, = .83  
Lo que indica que este instrumento cumple los requisitos de fiabilidad necesarios para la investigación básica.
- **Confiabilidad y validez externa:** Extremera, Fernández-Berrocal y Ramos (2004) emplearon este instrumento en una muestra de 292 sujetos, en los cuales obtuvieron índices de coeficientes de consistencia interna ligeramente más elevados como se indica a continuación (Atención, = .90; Claridad, = .86; Reparación = .90).

### **3.5 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos.**

La presente investigación se realizó con la participación de los usuarios de la Fundación la Fundación Jóvenes para el Futuro de la ciudad de Ambato, la evaluación se llevara a cabo en los horarios de 8 am a 5pm laborables sin interrupción en el periodo abril – agosto 2015, la persona encargada de esta investigación es la señorita Verónica Elizabeth Toasa Vega, quien procederá a realizar la aplicación de los reactivos ASSIT v3 el cual evalúa el nivel de consumo de sustancias psicoactivas y riesgos, también se les aplicara el test de Inteligencia Emocional - TMMS 24, la forma de aplicación se la realizara individualmente de la siguiente forma:

- Presentación y fomentación de empatía
- Asesoramiento Explicación los reactivos
- Entrega de los reactivos
- Clarificación de preguntas
- Discusión
- Cierre

Finalmente los datos de tabularan mediante el programa “SPSS” aplicando la fórmula del Chi-Cuadrado X<sup>2</sup> para ver si existe relación entre ambas variables.

## CAPÍTULO VI

### ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.

#### 4.1. Recursos.

##### 4.1.1. Recursos Institucionales.

- Universidad Técnica de Ambato
- Fundación Jóvenes para el Futuro

##### 4.1.2. Recursos Humanos.

- **Tutor:** Dr. Santiago Añazco Lalama Msc
- **Investigador:** Verónica Elizabeth Toasa Vega
- **Director:** Dr. Eduardo Hidalgo Director de la Fundación Jóvenes para el Futuro
- **Población:** Adolescentes, Jóvenes y Adultos usuarios de la Fundación Jóvenes para el Futuro

##### 4.1.3. Recursos Materiales.

- Materiales de Oficina
- Equipos Audiovisuales
- Reactivos Psicológicos
- Libros, Descargas
- Copias
- Impresiones
- Transporte

#### 4.1.4. Recursos de Oficina.

<b>Recursos de Oficina</b>				
<b>Recurso</b>	<b>No.</b>	<b>Valor/Hora</b>	<b>Tiempo/Hora</b>	<b>Valor/Actividad</b>
Impresiones	200	0.10	20.00	20.00
Copias varios	200	0.3	-----	60.00
Esferográficos	5	0.40	2.00	2.00
Resma de hojas	1	4.50	4.50	4.50
<b>TOTAL</b>	-----	-----	-----	86.50

Tabla 4: Recursos de Oficina.

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

#### 4.1.5. Recursos Tecnológicos.

<b>Recursos Tecnológicos</b>			
<b>Recurso</b>	<b>No.</b>	<b>Valor/Hora</b>	<b>Valor Actividad</b>
Computador	1	-----	700.00
Proyector	1	-----	-----
Memory Flash	1	-----	8.00
Internet	1	0,80	200.00
<b>TOTAL</b>	-----	-----	908.00

Tabla 5: Recursos Tecnológicos.

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

#### 4.1.6. Otros Recursos.

<b>Otros Recursos</b>		
<b>Recurso</b>	<b>No.</b>	<b>Valor/Hora</b>
Transporte	-----	150.00
Refrigerio	-----	80.00
TOTAL	-----	230.00

Tabla 6: Otros Recursos

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

#### 4.1.7. Recursos Financieros.

<b>Rubro de Gastos</b>	
<b>Recursos</b>	<b>Valor</b>
Humanos	-----
Institucionales	-----
Materiales	-----
Oficina	86.50
Tecnológicos	908.00
Otros	230.00
Subtotal	1224.5
Imprevistos	100.00
TOTAL	1324.5

Tabla 7: Recursos Financieros.

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.



## 4.2. Cronograma de Actividades.

N°	Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1.	Aprobación del tema																										
2.	Elaboración del perfil del proyecto																										
3.	Desarrollo del marco teórico																										
4.	Definición del marco metodológico																										
5.	Finalización del proyecto																										
6.	Presentaciones proyecto de investigación																										

Tabla 8: Cronograma de Actividades.

Elaborado por: Verónica Elizabeth Toasa Vega.

## BIBLIOGRAFÍA

- Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*(84).
- Fadiman, J., & Frager, R. (2001). Teoría de los constructos personales de George Kelly y la psicología cognoscitiva. En *Teorías de la Personalidad* (pág. 369). Mexico: Personality and Personal Growth.
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. Mexico: Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Muñoz, M. (2009). *Emociones, Sentimientos, Necesidades*. Madrid.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. California: Kairos.

## LINKOGRAFÍA

- Arbeláez, M. (2000). La cognición: perspectivas teóricas. *Revista de Ciencias Humanas*(22). Recuperado de: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev22/arbelaez.htm>
- Bar-On, R., Tranel, D., Denburg, N., & Bechara, A. (Mayo de 2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Obtenido de Brain A Journal of Neurology*: DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awg177>
- C.O.N.S.E.P. (2013). Plan nacional de prevención integral de drogas. *Consejo nacional de control de sustancias estupefacientes y psicotrópicas*: [http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento\\_institucional/savia/PDF/2012\\_plan\\_preveni%C3%B3n.pdf](http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/2012_plan_preveni%C3%B3n.pdf)
- Cadena , Y. (2011). Evaluación de un programa para el desarrollo del pensamiento formal en los alumnos de décimo año de educación básica del colegio "Alberto Enriquez". *Obtenido de Repositorio de la U.T.P.L* : <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4962/1/TESIS%20MAEST>

RIA%20EN%20DESARROLLO%20DE%20LA%20INTELIGENCIA%20Y%20EDUCACION.pdf

Cándido, J., Torregrosa, M., García, J., Martínez, M., y Estévez, E. (2014). *Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia*. Retrieved from European Journal of Education and Psychology, 29-41. : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=129330657003>.

Cosp, R., Ontano, M., Calabrese, E., Airaldi, L., Gruhn, E., Galeano, J., . . . Gallo, M. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Ciencia y Salud*, vol 7(2). Recuperado de: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v7n2/v7n2a06.pdf>.

Extremera, N., & Fernandez, P. (2004). Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales en estudiantes universitarios. *CLINICA Y SALUD*, vol.15 (2). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617822001.pdf>.

Fairstein, G., & Carretero, M. (2001). La Teoría de Piaget y la Educación. Medio Siglo de Debates y Aplicaciones. *Pedagogías del siglo XX para el siglo XXI*: <http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/la%20teoria%20piaget.pdf>

Fedotov, Y. (2013). "El Informe Mundial sobre las Drogas 2013 señala estabilidad en el uso de drogas tradicionales y un crecimiento alarmante de nuevas sustancias psicoactivas". *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)*: [http://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2013/informe\\_mundial\\_drogas\\_2013.html](http://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2013/informe_mundial_drogas_2013.html)

Freire, P. (2000). El desafío de las Emociones a las Ciencias Cognitivas. *Emociones*, vol.25. Recuperado de : <http://institucional.us.es/revistas/themata/25/06%20martinez%20freire.pdf>

García, J., García, Á., Gázquez, M., & Marzo, J. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and*

*Addictions*, Vol. 13,(2): file:///C:/Users/User/Downloads/204-262-1-PB.pdf

Góngora, V., & Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, Vol.26. Recuperado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-0272009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-0272009000200002&script=sci_arttext).

Grigoravicius, M., & Ducos, M. (2009). Estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas en niños entre 10 y 12 años. Estado del arte y resultados preliminares. *Anuario de investigaciones*, Vol.16. Disponible en: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862009000100032&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862009000100032&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-1686.

Guarate, Y., & Salazar, M. (2008). Aspectos bioéticos de las adicciones en adolescentes. *Revista Educación en Valores*, Vol. 2. (10): <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/educacion-en-valores/v2n10/art8.pdf>

Gutiérrez, M., & Romero, I. (Mayo de 2004). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, Vol.30(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>.

Hallam, C., Bewley, D., & Jelsma, M. (Junio de 2014). La clasificación en el sistema internacional de control de drogas. *International Drug Policy Consortium*: <http://www.undrugcontrol.info/images/stories/documents/dlr25s.pdf>

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., & Pérez, M. (Diciembre de 2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *18(3)*. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000300002&script=sci_arttext)

- Hourmilougue, M. (1997). Las Drogas . *Tematica sobre el uso indebido de drogas*: [http://www.oocities.org/marcelah\\_arg/qdroga.pdf](http://www.oocities.org/marcelah_arg/qdroga.pdf)
- James, W. (1884). Extractos de “Qué es una emoción”. Obtenido de <http://www.uv.es/=cholz/TextoJames.pdf>
- Kendler, K., Karkowski, L., & Neale, M. (2000). Uso ,Abuso, Dependencia de Sustancias Ilicitas. *Revista de Psiquiatria*, Vol. 57, (3): doi:10.1001/archpsyc.57.3.261.
- Kun, B., & Demetrivics, Z. (2010). Inteligencia Emocional y Adicciones. *Sustance use - Misuse*: DOI: 10.3109/10826080903567855
- La Real Academia Española. (2001). *Agresión y Agresividad*. Retrieved from Diccionario de la lengua española (22 ed.): <http://www.rae.es/rae.html>
- Lopez , C. (2010). El desarrollo de las competencias socioemocivas. Repositorio Universidad de Cuenca : <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/2818/1/tm4408.pdf>
- Lupañes, M. (s.f.). Inteligencias multiples. *Obtenido de el Portal de los Estudiantes r.r.h.h*: [http://www.plandecenal.edu.co/html/1726/articles-312638\\_recurso\\_5.pdf](http://www.plandecenal.edu.co/html/1726/articles-312638_recurso_5.pdf)
- Mandino, O. (2005). Inteligencia Emocional. *Desarrollo personal y laboral*: <https://www.grupoice.com/wps/wcm/connect/30f905804caba72da128e37bbbe1062c/15.pdf?MOD=AJPERES>
- Mac Len, P. (Enero de 2013). La teoría del Cerebro Triuno. Inovacion: <https://bluesmarteurope.wordpress.com/2013/01/22/la-teoria-del-cerebro-triuno/>
- Martínez, J., Amaya, W., Campillo, H., Rueda, G., Campo, A., & Díaz, L. (2007). Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes, Bucaramanga, Colombia. *Rev. Salud Publica*, Vol.9(2). Recuperado en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v9n2/v9n2a06.pdf>.

- Medina, O., & Rubio, L. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol.41(3). Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502012000300007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000300007).
- Mestre , J., Brackett, M., Guil , R., & Salovey , P. (Febrero de 2014). Inteligencia emocional: definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey. *Motivacion y Emocion*: Disponible en: [http://www.researchgate.net/publication/259998138\\_inteligencia\\_emocional\\_definicion\\_evaluacion\\_y\\_aplicaciones\\_desde\\_el\\_modelo\\_de\\_habilidades\\_de\\_mayer\\_y\\_salovey](http://www.researchgate.net/publication/259998138_inteligencia_emocional_definicion_evaluacion_y_aplicaciones_desde_el_modelo_de_habilidades_de_mayer_y_salovey)
- Montoya , A., Corrales, C., & Segura, A. (2008). prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria municipio de guatapé antioquia. *Investigaciones Andina*, Vol.10(16). Disponible en:[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-81462008000100004&lng=en&tlng=es.%20](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462008000100004&lng=en&tlng=es.%20).
- Moreno, C., Saiz, V., & Martinez, C. (1998). Revision historica del concepto de inteligencia: una aproximacion a la inteligencia emocional.*Revista Latinoamericana de Psicología*,Vol.30,(1): <http://www.redalyc.org/pdf/805/80530101.pdf>
- Morgan, D. (2011). Estudio de caso basado en la terapia cognitiva conductual. *repositorio de la universidad san francisco de quito*. Recuperado de: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1226/1/101766.pdf>
- Mosquera, J., Artamónova, I., & Mosquera , V. S. (2011). Consumo de sustancias psicoactivas en la universidad tecnológica de pereira, Colombia. *Investigaciones Andina*, Vol.13(22). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-81462011000100008](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462011000100008).

- Muñoz, M., Gallego, C., Wartski, C., & Álvarez, L. (2012). Familia y consumo de sustancias psicoactivas: una búsqueda de lo ausente. *Index de Enfermería*, Vol.21(3). (3).DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000200006>.
- Otero, M. (2006). Emociones, Sentimientos y Razonamientos en Didáctica de las Ciencias. *Revista electrónica de investigación en educación en ciencias*, Vol.1(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-66662006000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-66662006000100003&script=sci_arttext).
- O.D.C. (2015). Sustancias Psicoactivas. *Observatorio de Drogas de Colombia*: <http://www.odc.gov.co/CONSUMO-DE-DROGAS/Sustancias-psicoactivas>
- O.M.S. (2006). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Obtenido de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)
- Pozo, M. (2013). "La inteligencia emocional, según Daniel Goleman y, el liderazgo transformador, según Bernard Bass, como elementos clave en la formación y desarrollo de equipos efectivos en la fuerza comercial de microfinanzas CREDI FE Zona Quito". *Repositorio de la Universidad Andina Simón Bolívar*: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3305/1/T1224-MGTH-Pozo-La%20inteligencia.pdf>
- Rambaut, L. (2013). *Diccionario crítico de psicología social*. Retrieved from Según la teoría del doctor Enrique Pichon Rivière.: <https://books.google.com.ec/books?id=fsFS32azZY4C&pg=PA64&dq=Pichon%20Rivi%C3%A9re%20conducta&hl=es&pg=PA6#v=onepage&q=Pichon%20Rivi%C3%A9re%20conducta&f=false>

- Ramos, V., Piqueras, J., Martínez, A., & Oblitas, L. (2009). Emoción y Cognición: Implicaciones para el Tratamiento. *Terapia psicológica*, Vol.27(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200008>
- Redondo, N., & Graña, J. (2015). Consumo de alcohol, sustancias ilegales y violencia hacia la pareja en una muestra de maltratadores en tratamiento psicológico. *Revista Adicciones* Vol.27,(1): <http://www.adicciones.es/files/191-527-2-PB.pdf>
- Robles, O. (2004). Consumo de alcohol en jóvenes Mexicanos. Recuperado de: World Rojas, C., Zegers, B., & Förster, C. (Junio de 2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci_arttext)
- Rojas, C., Zegers, B., & Förster, C. (Junio de 2009). La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Revista médica de Chile*, 137(6). Recuperado de: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872009000600009&script=sci_arttext)
- Rodríguez, G., Juárez, C., & Ponce, M. (2011). La culturalización de los afectos: Emociones y sentimientos que dan significado a los actos de protesta colectiva. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology* Vol. 45, (2): <http://www.redalyc.org/pdf/284/28422741010.pdf>
- Rodríguez, J. (Febrero de 2005). Cognición y ciencia, nuevas definiciones. *Repositorio Universidad de Gotemburgo*. Recuperado de: <http://supervivir.org/cgn/cgn02.html>
- Salvador, C., & Morales, J. (2009). El papel de la inteligencia emocional en jóvenes mexicanos. *Psicología para América Latina*(18). Recuperado de:



[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2009000200011&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2009000200011&script=sci_arttext).

Sánchez , E., Tomás, V., Gurrea, R., Molina, N., & Morales, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(81). Recuperado de : [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342007000300009&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0120-05342007000300009&script=sci_arttext)

Sanchez, R. (2011). Clasificación de las sustancias psicoactivas. Estimulantes (cocaína, anfetaminas). *Madrid Salud*: [http://www.madridsalud.es/temas/conocer\\_permite\\_actuar3.php](http://www.madridsalud.es/temas/conocer_permite_actuar3.php)

Shahzad, S., Sadaf, N., & Begum , N. (s.f.). Trait Emotional Intelligence and Psychological Wellbeing in Drug Addicts: A Correlational Study. *International Journal of Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*. Disponible en: <file:///C:/Users/User/Downloads/5909-21022-1-PB.pdf>

Slapak, S., & Grigoravicius, M. (2007). "Consumo de drogas": la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones*, 14. Diponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862007000100023&script=sci_arttext).

Toquero, M., & Salguero, M. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *Revista de Estudios de Género*. Vol.4,(38): <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88430445012>

Tortosa, G., & Mayor, L. (1992). Watson y la psicología de las emociones. *Psicomundo*, Vol.4,(1). Obtenido de Psicothema: <http://www.psicothema.com/pdf/833.pdf>.

Torres, Y., Posada, J., Bareño, J., & Berbesí , D. (Febrero de 2010). Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana:. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol.39. Disponible en :

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502010000500003#4](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000500003#4)

Trujillo , A., & Flórez , I. (2013). Consumo de Alcohol en los Adolescentes de Chía y su Percepción del Consumo y de la Permisividad Parental frente al Uso de Sustancias. *Revista Colombiana de Psicología*, Vol.22(1). Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692013000100004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-54692013000100004&script=sci_arttext).

Trujillo, M., & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional\*. *INNOVAR*, Vol.24. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a01.pdf>

U.N.O.D.C. (Junio de 2012). Informe Mundial Sobre las Drogas 2012. *Naciones Unidas*: [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)

Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a. *Repositorio de la Universidad de Lima*(4). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147118178005#>

Vértiz, E. (2000). Teoría triárquica de la inteligencia de Sternberg. Recuperado de: [http://www.academia.edu/4989396/Teor%C3%ADa\\_tri%C3%A1rquica\\_de\\_la\\_inteligencia\\_de\\_Sternberg](http://www.academia.edu/4989396/Teor%C3%ADa_tri%C3%A1rquica_de_la_inteligencia_de_Sternberg)

## **BASES DE DATOS - UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.**

**EBRARY:** Bravo, P., Bravo, S., & Porras, B. (2006). Prevalencia de Sustancias Psicoactivas asociadas a muertes violentas. *Red Colombia Medica*. Disponible en : [site.ebrary.com](http://site.ebrary.com)

**PROQUEST:** Coelho, P. (2008). Independencia emocional. Recuperado de: World Wide Web:<http://search.proquest.com/docview/308141479/abstract/A31FE342AB2A41D2PQ/1?accountid=36765>

**EBRARY:** Goleman, D., & Cherniss, E. (2005). Inteligencia Emocional en el trabajo. Recuperado de: <http://site.ebrary.com/lib/utasp/docDetail.action?docID=10316879&p00=inteligencia%20emocional%20trabajo>

**PROQUEST:** Robles , O. (2004). Consumo de alcohol en jovenes Mexicanos. Recuperado de: World Wide Web:<http://search.proquest.com/docview/311666873/abstract/19AB4582578845B7PQ/1?accountid=36765>

## ANEXOS

### 6.1. Test De Inteligencia Emocional- Tmms-24.

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

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

6.2. La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias  
(Assist V3.1).

**OMS - ASSIST V3.0**

ENTREVISTADOR  PAÍS   CLÍNICA

No. CONSULTANTE  FECHA

**INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)**

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

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

**NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE**

**Pregunta 1**

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, pildoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

consumido las sustancias que mencionó ( <i>PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC</i> )?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

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

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

### Pregunta 3

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



#### Pregunta 4

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

#### Pregunta 5

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

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

### Pregunta 6

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

### Pregunta 7

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



### Pregunta 8

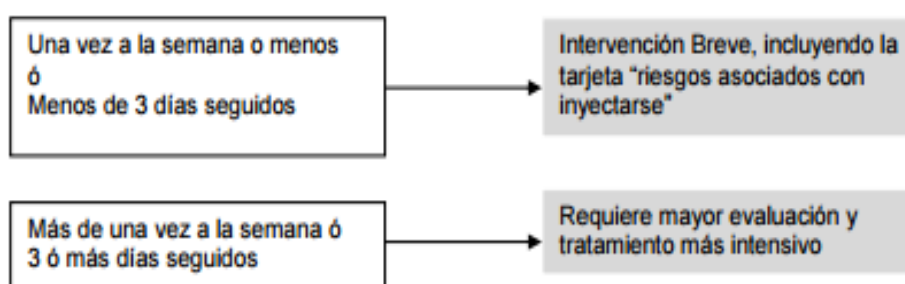
	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido <u>alguna vez</u> alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

#### NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

#### PATRÓN DE INYECCIÓN

#### GUÍAS DE INTERVENCIÓN



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

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

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

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

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 - 3	4 - 26	27+
b. Alcohol		0 - 10	11 - 26	27+
c. Cannabis		0 - 3	4 - 26	27+
d. Cocaína		0 - 3	4 - 26	27+
e. Anfetaminas		0 - 3	4 - 26	27+
f. Inhalantes		0 - 3	4 - 26	27+
g. Sedantes		0 - 3	4 - 26	27+
h. Alucinógenos		0 - 3	4 - 26	27+
i. Opiáceos		0 - 3	4 - 26	27+
j. Otras drogas		0 - 3	4 - 26	27+

NOTA: \*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible