



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de
comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024**

TESIS PARA OBTENER TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Psicología

AUTORAS:

Miranda Lujan, Szully Veronica (orcid.org/0000-0001-7012-1359)

Pariona Ramirez, Leonarda Angelica (orcid.org/0000-0002-3061-9344)

ASESOR:

Dr. Castro Garcia, Julio Cesar (orcid.org/0000-0003-0631-8979)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2024

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación va dirigido a nuestras familias por su apoyo incondicional, personas que se mantendrán toda la vida en nuestros corazones.

AGRADECIMIENTO

A Dios, debido que nos ha guiado a seguir adelante a pesar de los obstáculos. A nuestra familia que es el motor y motivo. Finalmente, al Dr. Julio Cesar Castro Garcia, por habernos encaminado en el desarrollo satisfactorio de esta investigación.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, CASTRO GARCIA JULIO CESAR, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024", cuyos autores son MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA, PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 06 de Junio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
CASTRO GARCIA JULIO CESAR DNI: 08031366 ORCID: 0000-0003-0631-8979	Firmado electrónicamente por: JCCASTROGA el 28- 06-2024 14:25:56

Código documento Trilce: TRI - 0756519



DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DE LAS AUTORAS



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Declaratoria de Originalidad de los Autores

Nosotros, MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA, PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA estudiantes de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaramos bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024", es de nuestra autoría, por lo tanto, declaramos que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. Hemos mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
LEONARDA ANGELICA PARIONA RAMIREZ DNI: 44908713 ORCID: 0000-0002-3061-9344	Firmado electrónicamente por: LPARIONAR el 06-06-2024 09:29:08
SZULLY VERONICA MIRANDA LUJAN DNI: 72251563 ORCID: 0000-0001-7012-1359	Firmado electrónicamente por: SMIRANDALU el 06-06-2024 09:26:03

Código documento Trilce: TRI - 0756520



ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DE LAS AUTORAS	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	10
III. METODOLOGÍA	24
3.1. Tipo y diseño de investigación	24
3.2. Variables y operacionalización	24
3.3. Población, muestra y muestreo, unidad de análisis	25
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.5. Procedimientos	30
3.6. Método de análisis de datos	31
3.7. Aspectos éticos	32
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN	37
VI. CONCLUSIONES	42
VII. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Población de estudio	35
Tabla 2. Muestra de estudio	36
Tabla 3. Prueba de normalidad de las variables	42
Tabla 4. Correlación entre inteligencia emocional y riesgo de recaída	42
Tabla 5. Correlación entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación	43
Tabla 6. Análisis comparativo de la inteligencia emocional según tiempo de internamiento y edad	43
Tabla 7. Análisis comparativo del riesgo de recaída según tiempo de internamiento y edad	44
Tabla 8. Nivel de inteligencia emocional	45
Tabla 9. Nivel de riesgo de recaída	45

RESUMEN

El propósito principal de esta investigación fue establecer la relación entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída entre residentes de comunidades terapéuticas en Puente Piedra en el año 2024. Se empleó un enfoque de investigación básica con un diseño no experimental de corte transversal correlacional. La población de estudio consistió en 296 residentes pertenecientes a tres comunidades terapéuticas, de los cuales se seleccionó una muestra de 206 residentes mediante un muestreo probabilístico estratificado. Los instrumentos utilizados para la medición fueron el TMMS-24, para evaluar la inteligencia emocional, y el AWARE 3.0, para evaluar el riesgo de recaída. Los resultados revelaron una correlación negativa moderada con un valor de Rho $r = -.506$ y un efecto mediano ($r^2 = .25$). Asimismo, se observó una correlación negativa e indirecta entre las dimensiones de la inteligencia emocional con el riesgo de recaída: atención emocional (Rho $r = -.290$ y $r^2 = .08$), claridad emocional (Rho $r = -.487$ y $r^2 = .23$), y reparación emocional (Rho $r = -.483$ y $r^2 = .23$). Además, se encontró que el 49% de los residentes exhibían un nivel bajo de inteligencia emocional. En cuanto al riesgo de recaída, el nivel medio alto representaba el 33%. En conclusión, mientras el nivel de inteligencia emocional disminuya, mayor será el nivel de riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra.

Palabras clave: inteligencia emocional, riesgo de recaída, residentes, comunidades terapéuticas.

ABSTRACT

The main purpose of this research was to establish the relationship between emotional intelligence and the risk of relapse among residents of therapeutic communities in Puente Piedra in the year 2024. A basic research approach was used with a non-experimental cross-sectional correlational design. The study population consisted of 296 residents belonging to three therapeutic communities, from which a sample of 206 residents was selected through stratified probabilistic sampling. The instruments used for measurement were the TMMS-24, to evaluate emotional intelligence, and the AWARE 3.0, to evaluate the risk of relapse. The results revealed a moderate negative correlation with a Rho value $r = -.506$ and a medium effect ($r^2 = .25$). Likewise, a negative and indirect correlation was observed between the dimensions of emotional intelligence with the risk of relapse: emotional attention (Rho $r = -.290$ and $r^2 = .08$), emotional clarity (Rho $r = -.487$ and $r^2 = .23$), and emotional repair (Rho $r = -.483$ and $r^2 = .23$). Additionally, 49% of residents were found to exhibit a low level of emotional intelligence. Regarding the risk of relapse, the medium-high level represented 33%. In conclusion, as the level of emotional intelligence decreases, the higher the level of risk of relapse in residents of Puente Piedra therapeutic communities.

Keywords: emotional intelligence, risk of relapse, residents, therapeutic communities.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel global, se observó un incremento en el número de personas que hacen uso de sustancias psicoactivas. Según datos expuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2023) en el año 2021, más de 296 millones de individuos consumieron drogas, reflejando un aumento del 23% en comparación con la década previa. Además, se ha registrado un notable incremento del 45% en el número de individuos afectados por trastornos vinculados al consumo de drogas, llegando a un total de 39.5 millones en una década (lapso de 10 años). Este incremento ha exacerbado la insuficiencia en la oferta de tratamientos para abordar estos trastornos, evidenciándose que solo una de cada cinco personas afectadas recibe atención médica adecuada. Asimismo, se observó una creciente disparidad en el acceso a tratamientos entre distintas regiones del mundo. En cuanto a las consecuencias mortales, se ha constatado un aumento del 17.5% en las muertes relacionadas con el consumo de drogas entre 2009 y 2019, alcanzando aproximadamente 500.000 casos. Entre las principales causas de deceso se encuentran la hepatitis C y las sobredosis, destacando los opioides como la heroína y el fentanilo como las sustancias más letales.

De este modo, el informe más reciente de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2023) proporciona un análisis detallado sobre la prevalencia del tratamiento para los trastornos por consumo de drogas. Este informe indica que aproximadamente el 20% de las personas diagnosticadas a nivel mundial reciben alguna forma de intervención. Sin embargo, se han observado significativas disparidades en función de las regiones geográficas y la calidad de los tratamientos ofrecidos. En particular, las mujeres enfrentan obstáculos específicos para acceder a los servicios de tratamiento. A pesar de que representan el 45% de los consumidores de estimulantes tipo anfetamínico, solo constituyen el 27% de quienes reciben atención especializada. Estas disparidades de género en el acceso al tratamiento son más pronunciadas en Asia y África, mientras que, en subregiones como Australia, Nueva Zelanda y América del Norte, la proporción de mujeres que reciben tratamiento es considerablemente mayor.

Por consiguiente, la Organización de los Estados Americanos (OEA) ostenta que el consumo de sustancias psicoactivas remarca un impacto negativo y significativo en la salud como en la esfera social. Esto se refleja en un aumento de los costos para los sistemas de salud, un mayor riesgo de contraer otras enfermedades relacionadas con la adicción y una alta probabilidad de que las personas adictas también sufran de trastornos psicológicos y psiquiátricos adicionales. Las consecuencias sociales incluyen la deserción laboral y académica, el deterioro económico de las familias y un incremento de la delincuencia y la violencia vinculadas al tráfico y consumo de drogas (OEA, 2019).

En relación con este tema, se ha evidenciado un incremento en el consumo de drogas a través del tiempo, lo que ha requerido enfocar los esfuerzos en la población de residentes de comunidades terapéuticas. Desde luego, se consideró la inteligencia emocional como variable clave para este contexto. Según Goleman (1998), la inteligencia emocional (IE) se describe como la suficiencia para reconocer los sentimientos propios y el de los demás. También, motivarse y gestionar las emociones personales, de esta manera, aplicar estas habilidades en las relaciones interpersonales. Asumir esta responsabilidad permitirá al individuo tener un mayor control sobre su comportamiento.

La Organización Internacional Six Seconds (2018), dedicada a la investigación del avance y la significancia de la IE, evidenciaron disminución del nivel de la misma en los años 2011 (101.6%) y 2017 (99.2%). Cabe resaltar, que esta tendencia pudo haberse estabilizado en la actualidad. De esta manera, afirmó que en Europa su estudio abarcó una muestra de aproximadamente 200,000 personas procedentes de 160 países diferentes, aquellas con un alto nivel de IE tienen una probabilidad 8.1 veces mayor de obtener resultados positivos y eficaces. Asimismo, Aguirre y Macas (2021) estudiaron 60 pacientes con problemas de drogodependencia. En su investigación, identificaron que el 40% de esta población exhibía niveles medios de IE, lo que sugiere que los participantes tenían habilidades para percibir, comprender, controlar y regular sus emociones. Sin embargo, también señalaron que algunos participantes podrían tener dificultades para alcanzar un alto nivel en estos componentes de la IE. Asimismo, tomó en cuenta

que el proceso de tratamiento residencial que los pacientes estaban experimentando podría haber influido en los resultados.

Tarazona et al. (2020) evidenciaron dentro de su investigación a drogodependientes en una comunidad terapéutica de Ecuador que el 10% de los individuos presentaron deficiencia en la preparación emocional; el 55% una adecuada preparación emocional y el 35% una preparación emocional excesiva. En consecuencia, gran parte de ellos tuvieron la capacidad de sentir, expresar sus emociones adecuadamente, esto contribuyó al proceso terapéutico de rehabilitación. Sin embargo, el menor porcentaje no contaba con la capacidad de canalizar sentimientos, lo que conllevó a un escaso control de impulsos, perjudicando su proceso de rehabilitación.

De igual forma, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones (CENADIC), manifestaron en sus investigaciones la confirmación de los estados emocionales negativos, los problemas interpersonales y la presión del ámbito social representan aproximadamente el 70% de las circunstancias de riesgo que desencadenan recaídas en personas con comportamientos adictivos. La recaída tiende a ocurrir cuando el individuo no puede emplear estrategias de afrontamiento efectivas en situaciones de alto riesgo (Cummings et al., 1980, citado en CONADIC y CENADIC, 2014).

En lo que concierne a la segunda variable de la investigación ligada a personas drogodependientes es el riesgo de recaída. Marlatt y Gordon (1985) la describen como el restablecimiento de un comportamiento problemático, especialmente en el contexto de la adicción, donde se refiere a la reanudación del consumo o la adopción de conductas de riesgo, después de un período de abstinencia.

Díaz (2021) evidenció que, en 559 adolescentes egresados del Programa Nuevos Horizontes, existen cifras preocupantes, ya que el 80% de los participantes experimentó una reincidencia en el consumo de drogas. De este grupo, el 75% recayó tres meses después de concluir su rehabilitación, el 50% lo hizo a los seis meses y el 25% al cabo de un año. Es importante destacar que el 61.4% de las

recaídas estuvo relacionado con el cannabis, mientras que el 35% involucró otras sustancias psicoactivas. Además, se observó un predominio del género masculino (58%), con el 65% de los recaídos en el rango de edades de 16 a 17 años, y el 80% no había completado la educación secundaria.

Joza y Chávez (2022) evidenciaron los factores de riesgo de las recaídas en su estudio dirigido a 37 participantes en proceso de tratamiento, donde el primer grupo mostró una prevalencia de 40% y el segundo 35.2%, seguidamente con 50% la deficiente autoestima (grupo 1) y 64.71% (grupo 2), también se asoció a la pobreza con el 10% en el grupo principal y el secundario no detonó resultados relevantes. De la misma manera, hallaron que en el primer grupo el 65% ha recaído al menos una vez y en el grupo dos un 45.5%. Relacionado a lo anterior, Del Cojo (2018) descubrió que los adolescentes con un coeficiente emocional más alto mostraban un menor consumo de sustancias psicoactivas.

A nivel nacional, es importante destacar que la dependencia de sustancias psicoactivas ha mostrado un notable incremento a través del tiempo. Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2022), se registraron un total de 4,744 casos de intervención por consumo de drogas entre 2015 y 2022.

De la misma manera, las reseñas proporcionadas por el Ministerio de Salud (MINSA), los hospitales generales, centros de salud convencionales y las instalaciones especializadas en la salud psicológica proporcionaron una totalidad de 14,611 servicios de atención relacionados con la adicción a sustancias psicoactivas. Destaca que aproximadamente el 9.4% de la población peruana enfrenta dificultades relacionadas con el consumo y la dependencia de alcohol, en tanto que el 1.5% presenta dependencia de sustancias ilegales (2020).

Por ende, el MINSA (2020) recomendó a las familias estar atentas a los signos que podrían indicar un problema de adicción. Las personas que hacen uso de sustancias suelen experimentar cambios emocionales, como irritabilidad, angustia, estado de ánimo deprimido y aburrimiento. Además, se observa una disminución en el interés por actividades que antes disfrutaban, acompañada de una sensación general de desmotivación. Entre las señales a tener en cuenta se incluyen la agitación, la excitación, la somnolencia y, en algunos casos, la

agresividad. Otros indicios incluyen la alteración del apetito, el distanciamiento familiar, el aislamiento, el insomnio, el deficiente rendimiento académico y laboral, la deserción, los cambios en las relaciones sociales, así como conductas tales como la mentira y el robo. Además de los problemas directamente asociados con el consumo de drogas, es crucial considerar el impacto social relacionado con fenómenos como la delincuencia y la violencia, entre otros aspectos destacados por el MINSA.

En el contexto previamente mencionado, es importante destacar que existe un vacío de conocimiento en el ámbito peruano respecto a ambas variables de estudio en residentes de comunidades terapéuticas. Aunque se han realizado numerosas investigaciones sobre la inteligencia emocional en diversos grupos de población, incluyendo niños, estudiantes y adultos, los estudios centrados en pacientes clínicos que residen en comunidades terapéuticas son escasos.

Aun así, se consideró relevante investigar la relación entre ambas variables para determinar si la inteligencia emocional puede ser un factor protector eficaz para prevenir el riesgo de recaída y, por ende, la reincidencia en el consumo de drogas. Por tanto, Neyra et al. (2020) resaltaron la importancia de identificar factores protectores, destacando la IE en individuos con problemas de adicción durante su proceso de rehabilitación y prevención de recaídas. Asimismo, Oliveros (2018) señaló que la IE ha emergido como un componente protector para reducir recaídas en personas con trastornos por consumo de sustancias. Se ha argumentado que el adecuado manejo de las emociones negativas, la gestión sobre los problemas internos y la resistencia a la influencia externa pueden actuar como elementos que disminuyen el riesgo de recaída.

Por otro lado, Bohórquez et al. (2019) señalaron que se han identificado múltiples factores que pueden desencadenar la recaída en consumidores de sustancias psicoactivas. En particular, se ha destacado el papel de las dinámicas familiares disfuncionales como un factor de riesgo significativo. La ausencia de límites y normas en el entorno familiar puede influir negativamente en la reincidencia de la conducta adictiva.

No obstante, Delgado-Ruiz y Barcia-Briones (2020) manifestaron que a través que han ido pasando los años las familias han ido modificando características, funciones, estilos de convivencia y no obstante su estructura; el cual genera limitaciones a cada miembro del hogar para poder integrarse como un ser bio-psico-social. En efecto, se entiende que el principal rol que cumple la familia es brindar afecto que consta de amor, seguridad, saber escuchar, saber comunicar y saber prestar atención, asimismo, potenciar aprendizajes funcionales y enseñanzas sobre el mundo. Todo ello, conllevará al menor a formar su propia personalidad y a tener conciencia del contexto, es decir, saber diferenciar lo bueno de lo malo.

Por lo tanto, la disfuncionalidad familiar impide que una familia funcione correctamente, además, pone en riesgo que se condicione la personalidad y la vida del individuo. Existe el bloqueo familiar en donde los padres no cumplen su rol y en efecto, puede verse perjudicado y afectado imposibilitando la normal adaptación biopsicosocial.

A lo expuesto, se destaca que el riesgo de recaída está directamente relacionado con la línea de violencia, de los cuales se plantean dos sustentos, primero son las causas que lleva a un adicto en abstinencia a un riesgo de recaída, enfatizando en las situaciones estresantes que son causadas por diversos factores como la familia disfuncional, baja autoestima, la estigmatización, entre otros. En base a ello, Espada et al. (2018) refieren que el estrés puede incrementar la vulnerabilidad de los individuos al riesgo de recaída, reduciendo su capacidad para manejar situaciones difíciles, generando que tales eventos estresantes desencadenen como respuestas emociones desagradables. Es por ello, que según García y López (2019), la familia disfuncional, así como el entorno social tienen una influencia significativa en el riesgo de recaída en personas con trastorno por uso de sustancias, ya que enfatizan que la falta de apoyo social, la comunicación, deficiente, conflictos familiares, abusos y agresiones dentro del hogar desencadenan tensión, además de estrés e inclusive sentimiento de no encontrarse en un entorno seguro y comprensivo. Sumado a ello, hacen mención al estigma asociado al consumo de sustancias lo que puede llevar a la exclusión social y discriminación, generando que las personas se sientan aisladas y marginadas, pudiendo disminuir la capacidad de encontrar y utilizar recursos de apoyo.

Por consiguiente, Zapata (2009) señala que durante la intervención en problemas de consumo y adicción a drogas pueden surgir obstáculos, tales como la ausencia de un sistema de apoyo familiar, la reticencia de la familia a participar en el proceso de recuperación, y la falta de aceptación por parte del entorno social hacia las etapas de rehabilitación de un individuo con adicciones. Todas las afirmaciones anteriores se encuentran respaldadas por CONADIC y CENADIC (2014) y Bohórquez et al. (2019), quienes resaltan la violencia, emociones negativas y la baja autoestima como factores que influyen en el riesgo de recaída.

El segundo argumento que vincula el riesgo de recaída con la violencia está relacionado con las consecuencias de este problema. Es crucial destacar que según Gorski y Miller (1982), estas consecuencias incluyen el retorno a patrones de comportamiento problemáticos, es decir, conductas desadaptativas como indican en sus 10 fases. Entre las más relacionadas con la violencia se encuentran la irritabilidad y agresividad, la dificultad para pensar con claridad, problemas en el manejo de emociones, una gestión inadecuada del estrés, comportamiento defensivo, tendencia compulsiva al aislamiento social, sensación de impotencia, ira y frustración, lo que ellos definen como "Pérdida del control del comportamiento". Si no se aborda adecuadamente, es probable que se produzca un retorno al consumo adictivo de sustancias, como señalan Brownell et al. (1986), lo que implica una pérdida de control sobre la conducta adictiva y el retorno al patrón de consumo anterior, centrando al paciente únicamente en consumir compulsivamente.

Es relevante también destacar el síndrome de abstinencia, ya que una persona que recae, al suspender o reducir su consumo, genera patrones de comportamiento que afectan tanto a la persona como a su entorno interpersonal. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (2014) señala que la abstinencia es una característica principal del adicto, lo que conlleva cambios significativos y problemáticos en el comportamiento, asociados a cambios fisiológicos y cognitivos debido a la interrupción o reducción del consumo prolongado y frecuente. En su mayoría, los individuos abstemios experimentan una intensa necesidad de volver a consumir la sustancia para reducir la sintomatología.

Además, lo mencionado anteriormente no solo implica el retorno de comportamientos problemáticos asociados con la adicción, tanto a nivel psicológico como físico, sino que también tiene un impacto significativo en los ámbitos personal, familiar y social. Este impacto suele manifestarse en forma de agresividad y delincuencia, según lo indica el MINSA (2020).

Considerando la investigación previamente realizada, se plantea la pregunta: ¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024?

La justificación de este estudio se fundamenta a nivel teórico destacando la importancia de realizar esta investigación para incrementar el conocimiento, proponer nuevas teorías y aspectos conceptuales de las variables en relación a los sujetos de estudio. A nivel práctico, se permite conocer los resultados producto de la relación de las variables, los cuales podrán ser utilizados como insumo para elaborar programas de intervención que podrían ser de uso conveniente para expertos de la salud mental pertenecientes al área de adicciones. Metodológicamente, se busca que los instrumentos de recolección sean verificados a nivel de confiabilidad y validez. Asimismo, este estudio servirá como antecedente para otras investigaciones relacionadas a inteligencia emocional o riesgo de recaída. Socialmente, esta investigación permitirá abordar un tema de actualidad, lo cual conlleva a reconocer y plantear alternativas de solución ante la problemática (Monje, 2011).

Por dicho motivo, el objetivo general fue establecer la relación entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024. Los específicos incluyen a) Establecer la relación entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación; b) Analizar diferencias significativas en el nivel de inteligencia emocional en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad; c) Analizar diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad; d) Describir

el nivel de inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra.

De acuerdo con los objetivos, se formularon las siguientes hipótesis, la principal siendo que existe relación significativa inversa entre inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024. Por ende, las específicas son las siguientes: a) Existe una relación significativa inversa entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra; b) Existen diferencias significativas en el nivel de inteligencia emocional en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra según tiempo de internamiento y edad; c) Existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad.

II. MARCO TEÓRICO

Tras la revisión de artículos tanto en inglés y español obtenidos de fuentes confiables tales como: EBSCO, Proquest, Scielo, Redalyc, Repositorio UCV se han recopilado los siguientes estudios previos:

A nivel nacional, Kamiche y Fernández (2023) llevaron a cabo una investigación que exploró la asociación entre el riesgo de recaída y la flexibilidad psicológica en individuos con dependencia a las drogas. Este estudio se desarrolló en comunidades terapéuticas ubicadas en Lima, utilizando el muestreo no probabilístico e intencional que comprendió a 253 participantes. La metodología adoptada fue cuantitativa, empleando el diseño no experimental correlacional. Los investigadores utilizaron dos instrumentos de medición, el AAQ-SA y el AWARE 3.0; observaron una correlación inversa mediana (-0.43) en individuos con adicción en tres comunidades terapéuticas. Además, identificaron que en los datos comparativos del nivel de riesgo de recaída no existen diferencias significativas, ya que en los tres grupos de meses de internamiento (1 a 5 meses; 6 a 9 meses; 10 a 48 meses) el p es mayor a 0.05 (0.36) con un tamaño de efecto menor a 0.10. Por otra parte, se evidenciaron diferencias en el rango de edades donde el p valor es de 0.039 cuyo tamaño de efecto fue pequeño mínimo de 0.04, las diferencias más significativas se muestran en los que tienen de 22 a 25 años con el de 41 a 74 años. En resumen, los resultados sugieren que los participantes con una menor flexibilidad psicológica presentaron un mayor riesgo de recaída en el estudio.

En una perspectiva internacional, Durán y Naranjo (2024) examinaron la relación entre las habilidades sociales y el consumo de OH en adolescentes ecuatorianos, con una muestra compuesta por 433 individuos. Estudio de tipo básico, diseño no experimental, descriptivo, transversal y correlacional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Habilidades Sociales (EHS) y el Test de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). Entre los resultados obtenidos, se observó un bajo riesgo de consumo de alcohol, y se identificó una correlación indirecta entre las habilidades sociales y el consumo de OH. Es decir, aunque el riesgo de consumo de OH era bajo, el desarrollo de habilidades sociales parece actuar como un factor protector.

Adekunle (2022) investigó la relación entre la familia disfunción, abuso de sustancias, apoyo social, inteligencia emocional y reincidencia en adultos jóvenes de Centro penitenciario de Agodi, para ello participaron 187 individuos elegidos mediante el muestreo de aleatorización simple. Se adoptó el diseño no experimental, descriptivo correlacional; utilizó los siguientes instrumentos The McMaster Family Assessment Device–General Functioning Subscale (FAD-GF), The Drug Abuse Screening Test (DAST) y The Emotional Intelligence scale developed by Afolabi. Los resultados obtenidos revelaron una relación significativa entre las variables independientes y la reincidencia, es decir, que el abuso de sustancias, la familia disfuncional y la inteligencia emocional juegan un papel importante en la reincidencia entre los reclusos adultos jóvenes del centro penitenciario de Agodi.

Villarreal et al. (2022) examinaron cómo el deseo intenso (craving) influye en el riesgo de recaída en individuos que están en proceso de rehabilitación por adicción al alcohol. En este estudio, se consideró la inteligencia emocional percibida (IEP) como un factor mediador en 274 adultos provenientes de centros de rehabilitación en Monterrey, Nuevo León. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo probabilístico en una investigación de diseño no experimental, descriptivo, transversal y predictivo. Para este estudio, se emplearon cuatro instrumentos de medición: el cuestionario de craving por alcohol (OH), el Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn, el cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al tratamiento, y una encuesta socio-demográfica. Los resultados obtenidos revelaron que la inteligencia emocional percibida (IEP) guarda una relación inversa tanto con el craving ($r = -, 354, p <,001$) como con el riesgo de recaída ($r = -, 381, p <,001$). Además, se observó un tamaño de efecto significativo y negativo de la inteligencia emocional percibida sobre el riesgo de recaída ($B = -, 3549; t = -5,151; p <,001$), lo que representa el 11,28 % de la varianza. En resumen, los individuos con un bajo nivel de inteligencia emocional percibida tienden a tener una menor capacidad para regular sus emociones, lo que a su vez aumenta tanto el craving como el riesgo de recaída en el consumo de OH.

Rezaei et al. (2021) se propusieron investigar cómo la inteligencia emocional, la resiliencia y los rasgos de personalidad influyen en la predisposición a la adicción entre estudiantes de la Universidad de Ciencias Médicas de Arak. El estudio incluyó a 200 participantes seleccionados mediante muestreo por conglomerados y se clasificó como un estudio básico de diseño no experimental correlacional. Se emplearon varias herramientas, como la Escala de inteligencia emocional de Schutte, la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), el Inventario de personalidad (NEO-FFI) y la Escala de potencial de adicción iraní. Los hallazgos revelaron una correlación significativa y negativa entre la resiliencia y la propensión a la adicción, así como entre los distintos componentes de la inteligencia emocional y dicha propensión. En cuanto a los rasgos de personalidad, se encontró que la extroversión, la amabilidad, la escrupulosidad y la apertura a la experiencia mostraron correlaciones significativas y negativas con la predisposición a la adicción. Por el contrario, se observó una relación positiva significativa entre el neuroticismo y la propensión a la adicción. En resumen, los resultados sugieren que el optimismo/regulación emocional, la escrupulosidad, el neuroticismo y la evaluación de las emociones pueden ser predictores del potencial de adicción en esta población estudiantil.

González et al. (2020) el propósito de su estudio fue analizar la inteligencia emocional en términos de rasgo/habilidad y su correlación con el consumo de cannabis en adolescentes españoles. Se basó en un muestreo aleatorio estratificado que incluyó a 799 participantes. Se trató de un estudio transversal de naturaleza cuantitativa y correlacional. Los instrumentos utilizados en el estudio fueron el Cuestionario de consumo de cannabis, el TMMS-24 y el Test de Inteligencia Emocional de la Fundación Botín para Adolescentes. Uno de los hallazgos destacados fue que el 74.9% de los adolescentes encuestados habían consumido cannabis en los últimos 12 meses. Además, se encontró una relación negativa entre la inteligencia emocional en términos de rasgo/habilidad y el consumo de cannabis en adolescentes. También se observó una correlación inversa entre claridad y reparación emocional con el consumo de cannabis. En consecuencia, se sugiere que tanto la inteligencia emocional como rasgo y

habilidad son factores que contribuyen a explicar el inicio del consumo de cannabis en esta población adolescente.

Villarreal et al. (2020), su objetivo de estudio fue relacionar la inteligencia emocional (IE), la espiritualidad y el apego al tratamiento, por lo que se realizó el muestreo no probabilístico siendo conformada por 80 adultos (25,6 años) internados en un centro de rehabilitación contra las adicciones de Saltillo en México. Su estudio es de tipo no experimental, descriptivo y transversal; utilizaron el inventario Ice Baron de inteligencia emocional, cuestionario de espiritualidad de Parsian y Dunning y el de variables predictoras de abandono y adhesión al tratamiento, evidenciando una correlación directa significativa entre apego al tratamiento e inteligencia emocional ($r = 0,243$, $p < 0,05$), es decir, se da a conocer la relevancia de la IE y la espiritualidad para mantener un apego eficaz al tratamiento en contra del consumo de drogas.

Megías-Robles et al. (2020) buscaron analizar si las habilidades de la inteligencia emocional eran un factor de protección contra las recaídas dentro de un programa para dejar de fumar de 12 meses, para ello, participaron 173 fumadores voluntarios en un programa bien establecido. Programa para dejar de fumar en España, acompañado de un seguimiento de 12 meses. Dicha investigación fue básica, diseño no experimental, descriptivo, longitudinal y correlacional. Aquellos instrumentos utilizados fueron La escala de metaconocimiento de los estados emocionales (TMMS-24), El índice de reactividad al estrés (IRE), Prueba de Fagerstrom para la dependencia de la nicotina (FTND) y fichas sociodemográficas. Los resultados obtenidos identificaron que la reparación emocional moderó el efecto de la reactividad al estrés en la recaída, así también que el nivel elevado de reactividad al estrés se vinculó con una mayor probabilidad de recaída en aquellos con menores capacidades de reparación emocional, de igual forma, la claridad y reparación emocional moderaron el efecto indirecto de dependencia de la nicotina en la recaída del tabaquismo mediante su influencia en la reactividad al estrés.

Suhail et al. (2020) indagaron sobre la autoeficacia, la IE y el apoyo social de los drogodependientes en recaída, cuyo fin fue establecer la correlación entre las variables. Para este fin, se incluyeron 250 participantes de tres Centros de Rehabilitación de Cure and Care (CCRC) ubicados en la costa este de Malasia, seleccionados por un muestreo aleatorio simple. El enfoque metodológico adoptado fue de naturaleza básica, diseño correlacional, no experimental. Recolectaron los datos a través de cuatro herramientas: la Escala de Autoeficacia General (GSES), la Escala de Inteligencia Emocional (EIS), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Recaída de Drogas (DRS). El estudio reveló una correlación negativa significativa entre la autoeficacia, la IE y el apoyo social con el drogodependiente en recaída.

En el ámbito de la investigación sobre la violencia, es importante destacar que este fenómeno es complejo y oscuro debido a sus diversas manifestaciones. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) identifica que la violencia tiene raíces profundas en factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Esta perspectiva se alinea con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) que describe la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea mediante amenazas o acciones directas, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, lo que puede resultar en lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Por ende, la permanencia en un entorno violento puede llevar a una recaída, afectando tanto a nivel personal como a nivel comunitario. Las víctimas de la violencia no solo enfrentan problemas de salud, sino también posibles traumas que dificultan su aprendizaje, su conducta y sus relaciones interpersonales, evidenciando una baja competencia emocional para afrontar estas situaciones (Cueva, 2012).

La violencia, además, tiene un impacto diferenciado según sus distintas formas. La OMS (1996) distingue tres tipos de violencia que a continuación se describen. La violencia interpersonal abarca el abuso doméstico, la agresión física y el acoso, mientras que la autoinfligida se refiere a conductas autodestructivas como el suicidio y las autolesiones, vinculadas a problemas de salud mental y

emocionales. Por su parte, la violencia colectiva implica actos violentos perpetrados por grupos contra otros grupos o comunidades, como conflictos armados o terrorismo.

Por consiguiente, la OMS (1996) también resalta lo importante de identificar los componentes de riesgo comunes a los diferentes tipos de violencia interpersonal, como problemas psicológicos, experiencias traumáticas previas, y factores sociales como la pobreza y las desigualdades. El abuso de sustancias también se asocia frecuentemente con la violencia interpersonal. Estos elementos subrayan la complejidad del fenómeno de la violencia y la necesidad de abordarlo desde múltiples perspectivas para prevenir sus consecuencias negativas en individuos, familias y comunidades.

Por lo tanto, surge una complejidad problemática al relacionar la violencia y el riesgo de recaída debido a una gestión inadecuada de las emociones, lo que implica no aprovechar la inteligencia emocional. Molina (2002) señala que la inteligencia abarca aspectos como la memoria, la voluntad, los sentimientos y la comprensión, reflejando así el constante interés humano en esta capacidad, la cual es fundamental para el aprendizaje, el desarrollo personal y la interacción social. En otras palabras, las emociones ejercen una fuerte influencia en nuestra identidad, comportamientos y relaciones, pues la inteligencia trasciende los procesos cognitivos al comenzar con nuestra propia conciencia y expandirse hacia la conciencia social, como explica Goleman (1995).

Para entender el contexto de la investigación, es esencial destacar que uno de los enfoques más respaldados por evidencia científica es la terapia cognitivo-conductual (TCC), que se presenta como un fundamento clave en la intervención psicoterapéutica para tratar la adicción y evitar recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas (Del Pozo y Castillo, 2008). Esta terapia se basa en la premisa de la estrecha relación entre pensamientos, emociones y conductas, y tiene como propósito desarrollar habilidades específicas que permitan detener conductas no deseadas, así como prevenir y manejar de manera efectiva situaciones difíciles y factores de riesgo asociados (González y López, 2017). En el contexto de la adicción, se focaliza en identificar y modificar los pensamientos

irracionales y distorsionados que mantienen el consumo de drogas, al mismo tiempo que se desarrollan estrategias efectivas para afrontar los desencadenantes y situaciones de riesgo (Espinosa, 2023).

Asimismo, es crucial analizar la etimología de la palabra "inteligencia". Según la Real Academia Española (RAE), esta palabra tiene sus raíces en el verbo en latín "intelligentia", que se refiere a la habilidad de entender o comprender. Por otro lado, el término "emoción" está relacionada con "emotio" en latín, que tienen como significado una alteración profunda y pasajera del ánimo, ya sea grata o vergonzosa, de la mano con la conmoción somática. Al combinar estas dos palabras, se forma el término "inteligencia emocional", que se traduce como "intelligentia-emotio". En este contexto, se expone como dicha capacidad para percibir y gestionar emociones propias, así como interpretar las emociones de los demás (RAE, 2022).

Tal como sostienen diferentes autores la IE es la capacidad de comprender y regular las emociones. Dentro de ellos, Goleman (1995) refiere que engloba atributos que incluyen la autorregulación, la habilidad de mantener el compromiso incluso en circunstancias angustiantes, el control de los impulsos, la postergación de la búsqueda de recompensas, la gestión de las emociones personales, la prevención de que la angustia interfiera con la capacidad cognitiva, la manifestación de empatía y la confianza en las demás personas. Otro autor que es destacable en la formulación de la definición de la primera variable es Bar-On, quien la describe como un conjunto de destrezas, aptitudes y competencias que impactan en la manera en que las personas reconocen y comunican sus emociones, comprenden y gestionan tanto sus propios estados emocionales como los de los demás, estableciendo relaciones satisfactorias y eficaces (Bar-On, 1997).

El modelo teórico central, según lo planteado por Mayer y Salovey (1997), define la IE como habilidad para comprender, identificar y gestionar las propias emociones, así como para reconocer, percibir e influir en las emociones de los demás. Dentro de este marco conceptual, se destacan varias dimensiones importantes de la inteligencia emocional. En primer lugar, encontramos la atención emocional, que se refiere a la capacidad de percibir y entender de manera precisa

las emociones propias y ajenas, prestando especial atención a las señales emocionales internas y externas y siendo consciente de cómo estas afectan el pensamiento y el comportamiento. La atención emocional facilita una mayor autoconciencia y empatía hacia los demás, lo que a su vez mejora la regulación emocional y la toma de decisiones. En segundo lugar, está la claridad emocional, que implica la habilidad de identificar y comprender las emociones de forma clara y precisa, incluyendo el reconocimiento apropiado y la etiquetación de las propias emociones, así como la comprensión de sus orígenes y consecuencias. La claridad emocional fomenta la expresión emocional y la comunicación efectiva, promoviendo relaciones interpersonales saludables y una mayor aceptación de uno mismo. Por último, la reparación emocional se refiere a la capacidad de manejar y regular las emociones de manera efectiva, utilizando estrategias para gestionar el estrés, recuperarse de experiencias emocionales negativas y cultivar emociones positivas como la gratitud y la esperanza. Estas habilidades son esenciales para el bienestar emocional y la adaptación psicológica en situaciones desafiantes.

Este enfoque se caracteriza por ser circular y procesual, dado que estas capacidades fundamentales ofrecen información para avanzar en el desarrollo y ayudar en la resolución de situaciones particulares. Mayer y Salovey (1997) señalan que el progreso en estas dimensiones de la inteligencia emocional trae consigo varios beneficios, como una mayor autoconciencia, una gestión emocional mejorada, relaciones interpersonales más eficaces y una mayor habilidad para afrontar el estrés y la adversidad.

De igual manera, (Salovey y Mayer, 1997, como se citó en Vásquez et al., 2022) señalaron las siguientes habilidades con las que el individuo debería adecuarse al medio, entre ellas está: la habilidad de la percepción emocional, referido a la disposición de saber recepcionar, valorar y exteriorizar cada emoción. También, cuenta con la habilidad de la facilitación emocional del pensamiento que comprende emplear las emociones que faciliten el proceso del pensamiento, es decir, que favorezcan al buen juicio y análisis de los problemas intra y extra personal. Seguido, está la comprensión emocional cuyo significado representa la capacidad de integrar las emociones y hacer uso de la cognición emocional. La habilidad más compleja es la regulación emocional ya que representa la capacidad

de gestionar las emociones, es decir, permite regular las emociones desagradables y engrandecer las que nos generen agrado o placer.

No obstante, Buendía (2018) ostenta en relación con la conexión entre IE y el consumo de estupefacientes, los resultados obtenidos demostraron una asociación clara: a menor inteligencia emocional, mayor es la probabilidad de desarrollar una dependencia de sustancias. Estos hallazgos refuerzan las conclusiones del estudio realizado por Fernández et al. (2009).

En relación a la definición etimológica de la segunda variable, el término "riesgo" tiene su origen en el italiano "Rischio", que a su vez proviene del árabe "RIZQ", significando lo que nos depara la providencia. Por otro lado, la palabra "riscus" en latín, que se traduce como "contingencia o proximidad de un daño", evolucionó hacia el término "riesgo". En cuanto a "recaída", esta palabra tiene sus raíces en el latín "recidium", que denota volver a caer o reincidir en un error o vicio (RAE, 2022).

La definición conceptual de la segunda variable la describen diversos autores, Gorski y Miller (1982) la comprenden como la probabilidad de retornar a patrones problemáticos de comportamiento durante el periodo de rehabilitación en casos de adicciones. En un contexto similar, Marlatt y Gordon (1985) la explican como la reanudación de comportamientos problemáticos, especialmente en el ámbito de las adicciones, que implica volver al consumo de sustancias o la adopción de conductas de riesgo después de un período de abstinencia. Por su parte, McMurrin (1993) desde la perspectiva de Chiauzy refieren que se comprende como el regreso de comportamientos adictivos, pensamientos y emociones después de un período sin consumir sustancias, y se vincula con la influencia combinada de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, que también dependen de la historia de aprendizaje de cada individuo, sus características físicas, predisposición psicológica y entorno.

En las teorías relacionadas, se hace referencia al Modelo transteórico de Prochaska y Diclemente, donde se plantea que el cambio no ocurre de manera lineal a través de etapas; en su lugar, la mayoría de los individuos atraviesan estas etapas en un patrón espiral. Este proceso comienza con la precontemplación, durante la cual la persona no tiene la intención de cambiar debido a que no es consciente de su problema. En la etapa de contemplación, la persona se hace más consciente de la existencia del problema y comienza a considerar superarlo, aunque aún no se compromete completamente. Luego sigue la preparación, donde se tiene la intención de tomar medidas y realizar pequeños cambios en el comportamiento. La acción es la etapa en la cual los individuos efectivamente modifican su comportamiento, experiencias o entorno para superar el problema. A continuación, el mantenimiento se da después de los seis meses e implica trabajar para evitar recaídas y consolidar los logros obtenidos durante la acción. En última instancia, la recaída se produce cuando la persona vuelve a adoptar el comportamiento que había intentado cambiar o estaba en el proceso de modificar. Las personas experimentan este proceso de cambio espiralmente, moviéndose de la contemplación a la preparación, acción y mantenimiento, aunque la mayoría eventualmente puede recaer. Finalmente, cabe mencionar que dentro de los estadios la recaída es frecuente por lo que se integra como parte del proceso, aun así, la recaída no se considera un fracaso, todo lo contrario, es un nuevo aprendizaje. (Prochaska et al., 2013).

El modelo cognitivo conductual de Marlatt y Gordon (1985) refieren que la recaída es un proceso donde la conducta adictiva puede ser descrita, predicha y modificada considerando los factores ambientales, sociales, etc. Es decir, la conducta de la persona tiene relación con la evaluación cognitiva y la respuesta comportamental ante una situación determinada.

Por consiguiente, los autores dividieron los factores que contribuyen a la recaída en dos categorías principales: intrapersonales e interpersonales. Los primeros abarcan estados emocionales negativos, cambios fisiológicos negativos relacionados o no con el consumo de sustancias, el deseo de mejorar estados emocionales positivos, la falta de habilidades para controlar la situación y la incapacidad para resistir tentaciones o impulsos. Por otro lado, los factores

interpersonales incluyen enfrentar conflictos con otras personas, la presión social y el aumento de estados emocionales positivos (como placer, excitación sexual, euforia, etc.) asociados principalmente a interacciones con otras personas. Por lo tanto, existe una probabilidad de recaída debido a una percepción errónea de la autoeficacia y a los patrones de comportamiento habituales. En otras palabras, la persona busca gratificaciones positivas en el consumo de sustancias, ignorando las consecuencias negativas asociadas (Becoña et al., 2008).

En otro estudio relacionado, Marlatt (1993) argumenta que la recaída puede considerarse como un tropiezo, un error o un momento de debilidad, y no necesariamente como un retorno al punto inicial del tratamiento, desde el cual se debe empezar nuevamente. Además, identificó categorías de alto riesgo relacionadas con las tasas de recaída, que incluyen estados emocionales (ansiedad, frustración, ira, aburrimiento, etc.), conflictos interpersonales (problemas de pareja, situaciones en el trabajo y/o familiares, entre otros) y presión social directa o indirecta vinculada a la conducta no deseada, en este caso, el consumo de sustancias (Castillo, 2016).

Para respaldar lo ya mencionado, Parks y Marlatt (2000) explican que el término "recaída" denota un retroceso en el esfuerzo de una persona por mantener un cambio en cualquier comportamiento. En el contexto de las adicciones, la recaída es definida como cualquier consumo de la sustancia adictiva luego de un periodo de abstinencia; si se produce un desliz o una caída, aparece lo que se conoce como el Efecto de Violación a la Abstinencia, caracterizado por una discrepancia cognitiva y la asignación de la responsabilidad por la recaída a rasgos internos y persistentes de la persona. Este efecto, combinado con los efectos de la intoxicación por el consumo de la sustancia, aumenta la probabilidad de una recaída.

La teoría biopsicosocial desarrollada por Gorski y Miller (1994) analiza la recaída como un fenómeno complejo que se ve influenciado por múltiples factores. Esta teoría sostiene que la predisposición a recaer se origina en una combinación de elementos biológicos, como los cambios químicos en el cerebro tras el consumo de sustancias; factores psicológicos, como el estrés, la depresión o la falta de

habilidades para manejar las situaciones; y factores sociales, como la presión del grupo de amigos o el ambiente familiar.

Gorski y Miller (1994) dividieron las señales de recaída en 10 fases donde enfatizan que no necesariamente todos los síntomas están presentes, pero es frecuente que sí la mayoría de ellos:

En la primera fase, denominada "Señales internas de recaída", las personas en recuperación enfrentan conflictos para continuar con sus actividades diarias habituales. Los síntomas incluyen problemas para pensar con claridad, manejar emociones y sentimientos, recordar eventos, gestionar el estrés, experimentar dificultades para dormir, coordinación física deficiente y accidentes, junto con sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza.

En la segunda fase, llamada "Retorno a la negación", las preocupaciones personales surgen, como el miedo a no poder mantener la abstinencia, pero estas preocupaciones son negadas temporalmente para poder sobrellevar la situación. La persona niega estas preocupaciones y, en muchos casos, no es consciente de esta negación.

En la tercera fase, "Conducta evasiva y a la defensiva", aparecen creencias como "Nunca volveré a consumir alcohol", junto con preocupación excesiva por los demás, actitudes defensivas, comportamientos compulsivos, tendencia al aislamiento y soledad.

En la cuarta fase, "Creación de crisis", se desarrolla una visión de túnel, enfocándose solo en una pequeña parte de la vida, acompañada de una depresión leve y la incapacidad para planificar el futuro de manera constructiva, lo que lleva al fracaso de los planes.

La quinta fase, "Inmovilización", se caracteriza por pensamientos fantasiosos y ensueños, una sensación de que nada tiene solución, inmadurez en el deseo de la felicidad, ignorando los pasos necesarios para alcanzarla y la realización de comportamientos que impiden la felicidad.

La sexta fase, "Confusión y sobrerreacción", se manifiesta con períodos de confusión e irritabilidad hacia los demás, mostrando una disposición fácil para el enojo.

En la séptima fase, "Depresión", los hábitos alimenticios y de sueño se vuelven irregulares, hay una falta de voluntad para tomar acción, y la estructura diaria se desmorona debido a períodos prolongados de depresión profunda.

La octava fase, "Pérdida del control del comportamiento", se observa en la asistencia irregular a las reuniones de tratamiento, actitudes de indiferencia, rechazo abierto a la ayuda, descontento con la vida y una sensación de impotencia e ineficacia.

La novena fase, "Reconocimiento de la pérdida del control", se caracteriza por autocompasión, pensamientos de consumo social, mentiras conscientes y pérdida total de la autoconfianza.

En la décima fase, "Reducción de opciones", la persona se siente atrapada por el dolor y la incapacidad para manejar la vida, experimentando resentimiento irracional, asistencia irregular a los tratamientos, abrumadora soledad, ira, frustración, tensión y pérdida del control de los comportamientos.

Finalmente, "Regreso al uso adictivo o colapso físico/emocional", se produce un retorno al consumo controlado, acompañado de sentimientos de vergüenza, culpa, pérdida de control y problemas en la vida y la salud.

Gorski y Miller (2001) examinaron la influencia de la edad en el riesgo de recaída en individuos con adicciones, destacando varios aspectos clave. Argumentaron que el envejecimiento puede tener un impacto significativo en la capacidad de las personas para afrontar el estrés, resistir las presiones del entorno y mantener un compromiso constante con su recuperación. Esta mejora se atribuye a diversos factores:

En primer lugar, el desarrollo emocional y cognitivo: a medida que las personas envejecen, es común que experimenten un mayor desarrollo en estas áreas, lo que les facilita manejar situaciones estresantes y resistir las tentaciones asociadas con la adicción. Como resultado, es plausible que los individuos mayores presenten un riesgo menor de recaída en comparación con los más jóvenes.

En segundo lugar, la experiencia y la madurez también desempeñan un papel crucial. Con el transcurso del tiempo, las personas acumulan vivencias que contribuyen a un mayor nivel de madurez emocional, lo que les permite tomar decisiones más conscientes y resistir las influencias sociales o ambientales que podrían precipitar una recaída.

Además, se mencionan los cambios en el estilo de vida. A medida que las personas envejecen, es probable que modifiquen sus hábitos y rutinas de manera más estable, lo que puede reducir las situaciones de riesgo asociadas con la adicción y, por ende, disminuir el riesgo de recaída.

Es crucial resaltar que, según Gorski y Miller, aunque la edad juega un papel significativo, no es el único factor determinante del riesgo de recaída. Otros aspectos, como el apoyo social, el acceso continuo al tratamiento, el manejo efectivo del estrés y las emociones, así como la motivación personal, también son elementos clave que influyen en la prevención de recaídas en individuos con adicciones.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo

Según Ato et al. (2013), la investigación básica, también denominada como fundamental o pura, se enfoca en expandir el conocimiento teórico sin una aplicación práctica inmediata. El objetivo primordial de este tipo de investigación es desarrollar teorías y comprender los principios fundamentales que explican diversos fenómenos.

Diseño

Asimismo, Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) en el diseño de estudio no experimental, las variables no se manipulan; en su lugar, se enfoca en observar o medir las variables de interés sin intervenir en su entorno natural. Por consiguiente, Ato et al. (2013) también señala que los estudios transversales se llevan a cabo en un punto específico en el tiempo y se caracterizan por seguir una tradición predominantemente asociativa, donde la prioridad no es establecer relaciones de causa y efecto, también es correlacional porque busca establecer relaciones entre las variables de estudio.

3.2. Variables y operacionalización

La inteligencia emocional, según Mayer y Salovey (1997), se define como la capacidad para comprender, reconocer y manejar las emociones personales, así como para reconocer, entender e influir en las emociones de otras personas.

En términos operativos, la variable se evaluó utilizando las puntuaciones obtenidas mediante la escala TMMS-24, la cual abarca tres dimensiones: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, representadas por 24 ítems que se subdividen en los siguientes indicadores: prestar atención a las emociones (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), comprender (claridad) los sentimientos (ítems 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16) y regular (reparación) las emociones (ítems 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24). Cabe destacar que la escala utilizada es de tipo ordinal.

El riesgo de recaída de acuerdo con Gorski y Miller (1982) es la probabilidad de volver a patrones problemáticos del comportamiento, dentro del proceso de rehabilitación en adicciones.

De forma operacional la variable fue medida considerando las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Riesgo de Recaída - AWARE 3.0 diseñado por Gorski y Miller consta de 28 ítems teniendo preguntas de puntuación inversa (ítems 8, 14, 20, 24, 26), además es unidimensional y de escala ordinal.

3.3. Población, muestra y muestreo, unidad de análisis

Según la definición propuesta por Ñaupas et al. (2018), la población se refiere al grupo completo de elementos que comparten características similares, ya sean objetos, eventos, fenómenos o individuos, y que son fundamentales para un estudio de investigación. En este caso, la población de estudio estuvo constituida por 296 hombres residentes de tres comunidades terapéuticas en Puente Piedra (Dirección General de las tres comunidades terapéuticas, 2024).

En efecto, se emplearon los siguientes criterios de inclusión: ser varones, mantener un contrato vigente con la comunidad, otorgar su consentimiento informado para participar, tener educación primaria completa y estar diagnosticados con adicción a alguna sustancia psicoactiva.

Los criterios de exclusión se aplicaron a los residentes que tuvieran diagnósticos psicóticos u orgánicos, fueran menores de edad o adultos mayores, o tuvieran otra nacionalidad. Esta selección rigurosa garantizó la integridad y relevancia de los datos recolectados para la investigación.

Tabla 1

Población de estudio

Distrito	Comunidades	Total, de residentes por comunidad
Puente Piedra	A	100
	B	131
	C	65
Total		296

Con referencia a la muestra, Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) mencionan que es un conjunto representativo extraído de la población total, y se recolectó información mediante el uso de los instrumentos. Para ello, se utilizó el muestreo probabilístico estratificado, ya que la población se encuentra dividida con relación a la comunidad perteneciente, considerando segmentos de la población, es decir, que serán divididos y de ellos se elige un ejemplar para cada fragmento. También, para el muestreo se inició determinando el tamaño de la muestra, haciendo uso de la siguiente fórmula para muestras finitas:

$$\eta = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{(N - 1) \cdot E^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Nivel de confianza: 2.57

p: La ocurrencia: 50%

q: La no ocurrencia: 50%

N: La población

e: Margen de error: 5%

Resultando que el tamaño de la muestra sean 206 residentes.

El muestreo estratificado se llevó a cabo con el fin de que se represente idóneamente a los grupos que son parte de la población; Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) plantean dicha fórmula: $f=n/N$, donde f es el factor de fijación, n la muestra (206) y N la población total (296), lo que da como el siguiente resultado $f=0.695$

Tabla 2

Muestra de estudio

Distrito	Comunidades	Población	Factor	Muestra
	A	100	0.695	70
Puente	B	131	0.695	91
Piedra	C	65	0.695	45
Total		296		206

Finalmente, la unidad de análisis incluyó a cada uno de los residentes que formarán parte de la muestra final. Con relación a ello, López y Fachelli (2015) se refieren a cada uno de los componentes que constituyen la muestra o población.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se decidió utilizar la técnica de recolección de datos a través de encuestas, la cual, según la definición de Sánchez et al. (2018), es una técnica comúnmente empleada en el método de encuesta por muestreo.

Los instrumentos utilizados fueron, en primer lugar, una ficha sociodemográfica. En segundo lugar, la escala TMMS-24 y el cuestionario AWARE 3.0 que a continuación se describen:

En la investigación, se empleó inicialmente una ficha sociodemográfica que recopiló información sobre datos personales y detalles relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Dicha ficha incluyó aspectos como la edad, nivel educativo, droga adictiva, tiempo de consumo e internamiento, si tuvo recaídas y la comunidad a la que pertenece.

Después de ello, se utilizó el Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) fue inicialmente desarrollada por Salovey y Mayer (1995). Originalmente, el cuestionario constaba de 48 ítems diseñados para evaluar tres factores distintos. En primer lugar, estaba la atención emocional, compuesta por 21 ítems y evaluada por el indicador "pienso en mi estado de ánimo constantemente". El segundo factor era la claridad emocional, que incluía 15 ítems y se medía a través del indicador "con frecuencia me confundo con mis sentimientos". Por último, la dimensión de reparación emocional constaba de 12 ítems y su indicador era "aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista". Esta escala tenía como objetivo analizar la inteligencia emocional intrapersonal percibida y estaba dirigida a adolescentes y adultos. Sin embargo, la versión adaptada al español por Fernández et al. (2004) fue reducida a 24 ítems, manteniendo los mismos factores o dimensiones originales, pero con la mitad de ítems: 8 ítems por dimensión, distribuidos del 1 al 8 para el primer factor, del 9 al 16 para el segundo, y del 17 al 24 para el tercero.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento original, la confiabilidad se rige de 3 factores, teniendo un coeficiente de alfa de Cronbach alto resultando un $\alpha = 0.86$ para atención, $\alpha = 0.87$ para claridad y $\alpha = 0.82$ para reparación.

La versión adaptada al español por Fernández et al. (2004) presentó resultados que evidenciaron óptimas propiedades psicométricas similares a la escala original, con coeficientes de confiabilidad para los tres factores: Atención ($\alpha = 0,87$), Claridad ($\alpha = 0,81$) y Reparación ($\alpha = 0,76$). Posteriormente, se desarrolló una versión reducida, el TMMS-24, manteniendo los mismos tres factores con 8 ítems cada uno. La confiabilidad de los componentes fue alta: atención (.90), claridad (.90) y reparación (.86), y se encontraron correlaciones adecuadas entre los subfactores.

Además, se llevó a cabo una adaptación en Perú por Ruiz et al. (2022), con la participación 699 sujetos. En el análisis factorial confirmatorio, se obtuvieron los siguientes resultados: TLI= 0,963; CFI= 0,967; RMSEA= 0,034; SRMR= 0,041, mostrando índice de ajuste adecuado; asimismo, con una confiabilidad alta ($\alpha= 0,93$).

Así también, tras la prueba piloto que se llevó a cabo a 100 residentes de un centro de rehabilitación ubicado en el Rímac se verificó hallazgos sobre la consistencia interna de validez y confiabilidad en la escala TMMS-24 donde se evidenció el Análisis Factorial Confirmatorio empleando el estimador ULS, revelando un índice χ^2/gf de 1.2 Sumado a ello, los índices de CFI y TLI tienen valores de 99-99 indicando un buen ajuste relativo lo que fortalece la validez. El SRMR es .10 y el RMSEA tiene un valor de .05. Dentro de ello, se evidenció la confiabilidad del TMMS-24 partiendo de sus 3 dimensiones. Obteniendo índices altos aceptables debido que superan el valor mínimo de confiabilidad pactado de .87 (Atención emocional, comprensión emocional (.85) y reparación emocional (.85), por lo que se tiene una consistencia interna confiable en cada una de las dimensiones y a nivel general de la escala $\alpha=.92$ (Jordan, 2021).

El cuestionario AWARE 3.0 fue inicialmente creado por Gorski y Miller (1986), el cuestionario original figura de 37 ítems, las cuales 26 son directos y 10 son inversos. Posteriormente, Miller y Harris (2000) realizaron modificaciones en la versión original, disminuyéndola a 28 preguntas, y esta versión es la que se utiliza actualmente; los cuales 23 son ítems directos y 5 de ellos son invertidos. Además, el instrumento fue adaptado para su aplicación en Perú por Solano y Copez-Lonzoy (2017). Su propósito es evaluar el nivel de riesgo de recaída en individuos con adicciones. Este cuestionario está diseñado para la población adulta y puede ser administrado tanto de forma grupal como individualmente.

En relación con la versión desarrollada por Miller y Harris (2000), se observó una alta consistencia interna, con coeficientes alfa de 0.92 a 0.93. Para evaluar la confiabilidad de la escala, se realizó un análisis con el coeficiente de estabilidad Test-Retest, con evaluaciones llevadas a cabo cada dos meses durante un año, y se encontró una confiabilidad de $r = 0.80$.

Solano y Copez-Lonzoy (2017) realizaron una adaptación del cuestionario AWARE 3.0 en 240 consumidores de sustancias psicoactivas peruanos, dentro de AFC obtuvieron: CFI=.951; TLI= .947; SRMR=.078; RMSEA= .076 obteniendo un ajuste adecuado manteniendo la unidimensionalidad de la prueba. Aún así, tras un análisis preliminar llegaron a la conclusión de que en el AWARE 22 el ajuste de modelo obtuvo una mejora CFI=.968; TLI= .965; SRMR=.068; RMSEA= .068 [.068; .085].

Así también, tras la prueba piloto aplicada a 100 residentes de un centro de rehabilitación del Rímac se verificó hallazgos sobre la consistencia interna de validez y confiabilidad del cuestionario AWARE 3.0 donde se evidenció el AFC mediante el estimador ULS. Sumado a ello, los índices de CFI y TLI tienen valores de 1.0 en ambos casos superando .90 indicando un buen ajuste relativo lo que fortalece la validez. El SRMR es .07 inferior a 0.08 evidenciando una aceptable discrepancia de las correlaciones vistas. De igual forma, el RMSEA tiene un valor de .00. Sumado a ello, se evidenció la confiabilidad del AWARE 3.0 el cual es unidimensional. Obteniendo un índice alto aceptable debido que superan el valor mínimo de confiabilidad pactado de 0.80, por lo que se tiene una consistencia interna confiable $\alpha=.98$ (Jordan, 2021).

3.5. Procedimientos

La investigación se realizó en base a las variables de inteligencia emocional y riesgo de recaída. No obstante, se procedió a indagar y recopilar datos relevantes acorde a cada capítulo. De esta manera, se coordinó con la directora de la Escuela de Psicología que defiende la presente investigación para el trámite de los permisos correspondientes. Por consiguiente, se coordinó con los directores de las tres comunidades terapéuticas de Puente Piedra, para la aplicación de los instrumentos a los residentes. Es así, que se aplicaron las pruebas en tres días, ya que un día se le dedicaba a cada comunidad, la aplicación siguió el mismo proceso en las tres comunidades, se reunió a los residentes, luego se explicó las instrucciones a la hora de responder cada ítem, después de ello, se entregó los cuestionarios a cada residente para su culminación en un tiempo aproximado de 40 minutos. Por último, tras los resultados obtenidos en la aplicación se realizó el baseado de datos en el

Programa Microsoft Excel para transferirlos al software estadístico SPSS 25 y continuar con el análisis de los datos estadísticos (inferenciales y descriptivos).

3.6. Método de análisis de datos

Después de completar la recolección de datos, se llevó a cabo el análisis estadístico para examinar la relación entre ambas variables. Esto implicó la tabulación de datos utilizando Microsoft Excel 2019 y la transferencia de los datos al software estadístico JAMOV 2.3.28 y SPSS 25 para el análisis, la creación de tablas y la evaluación de las dimensiones, niveles de significancia y correlación de las variables según los objetivos establecidos.

Dentro del análisis inferencial se examinó las correlaciones entre las variables de inteligencia emocional y riesgo de recaída, pero antes se llevó a cabo la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para verificar la distribución de los datos de ambas variables, ya que la distribución de los datos no era normal siendo menor 0.05, lo que indica utilizar pruebas no paramétricas, por lo que se empleó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho) para la correlación.

También se empleó la prueba Kruskal-Wallis para detectar diferencias entre variables de más de dos rangos, como en el caso de las edades y tiempo de internamiento. Por último, se utilizaron estadísticas de frecuencia y porcentaje para identificar los niveles predominantes de ambas variables. En ello, para estimar los tamaños del efecto se dividieron en: .01 a .20 (inexistente), .21 a .49 (pequeño), .50 a .70 (moderado) y .80 a más (grande) (Caycho et al., 2016).

Durante este proceso, se llevó a cabo un análisis descriptivo para calcular porcentajes y frecuencias de las variables de estudio, con el propósito principal de identificar medidas de tendencia central, medidas de dispersión y la distribución de los datos en el caso de variables continuas, siguiendo la referencia de Peña (2017).

3.7. Aspectos éticos

Este estudio no causó ningún perjuicio a ninguno de los participantes involucrados. En este sentido, se describió la disposición de los evaluados y su participación de manera confidencial, obteniendo el consentimiento informado. Se procuró brindar un trato equitativo sin hacer distinciones.

En el capítulo II, artículo 3° del Código de Ética en Investigación de la Universidad César Vallejo (2022), se destaca la relevancia de los principios generales que se aplican a todas las investigaciones; siendo los más relevantes en este estudio la integridad científica e integridad humana. Esto quiere decir; que se debe evitar contaminar el estudio respetando la autoría de otras investigaciones. Asimismo, a los participantes, respetando cultura, etnia, género y otras características que los involucren. También, en el Capítulo III, artículo 7° explica que el consentimiento y asentimiento informado juega un rol importante para cualquier tipo de estudio, ya que con ello se deberá brindar la información apropiada y clara con un propósito sin fines de lucro más solo académicos.

De la misma manera, el (Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica [CONCYTEC], 2023) ostenta que los principios sobre la integridad científica se encuentran cohesionados a una lista de capítulos acorde a distintos incumplimientos que serán sancionados. El capítulo II muestra las fases que conllevaran a una buena investigación tales como: la honestidad intelectual y la justicia, además, de cubrir la integridad, de los participantes antes, durante y después de la investigación.

Desde el ámbito internacional, se consideró lo que refiere la (Asociación Médica Mundial [AMM], 2017) que la privacidad, confidencialidad y la toma de conocimiento sobre el consentimiento informado suman importancia para lograr los distintos estudios con los individuos sin invadir su integridad. Ello conllevará a promover y asegurar el respeto a cada participante, asimismo, a proteger sus derechos individuales.

IV. RESULTADOS

Tabla 3

Prueba de normalidad de las variables y dimensiones

	K-S	gl	p
Inteligencia emocional	.077	206	.004
Atención	.123	206	.000
Claridad	.082	206	.002
Reparación	.135	206	.000
Riesgo de recaída	.112	206	.000

Nota: K-S= Kolmogorov Smirnov, gl= grados de libertad, p= significancia

Se observa en la tabla 3, que el valor de significancia es menor a 0.05, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal, razón por la cual se empleó el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba comparativa Kruskal Wallis.

Análisis inferenciales

Tabla 4

Correlación entre inteligencia emocional y riesgo de recaída

		Riesgo de recaída
	Rho	
	Spearman	-.506
Inteligencia emocional	r ²	.25
	p	.000
	N	206

Nota: rho= rho de Spearman, r²= tamaño del efecto, p= significancia, n= muestra

En la tabla 4 se evidencia, una correlación inversa moderada entre ambas variables de estudio. Asimismo, se obtuvo un sig. de 0.00 por lo que se acepta la hipótesis de trabajo y se rechaza la hipótesis nula. Así también, al identificar el tamaño del efecto, este se encontró en la categoría de efecto pequeño, lo que representa una varianza compartida del 25% entre ambos factores (Caycho et al., 2016).

Tabla 5

Correlación entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación

		Atención	Claridad	Reparación
Riesgo de recaída	Rho Spearman	-.290	-.487	-.483
	r ²	.08	.23	.23
	p	.000	.000	.000
	n	206	206	206

Nota: rho= rho de Spearman, r²= tamaño del efecto, p= significancia, n= muestra

En la tabla 5, se evidencia una correlación inversa significativa (Sig. 0.00) entre riesgo de recaída y las dimensiones claridad y reparación, las cuales son -.483 y -.487, resaltando la claridad emocional, también se evidenció la correlación inversa leve con atención emocional. Asimismo, se calcularon los tamaños del efecto, siendo para claridad y reparación medianos con varianza compartida del 23% siendo pequeños, de su lado un efecto *inexistente* en atención y una varianza compartida del 8% entre ambos factores (Caycho et al., 2016).

Tabla 6

Análisis comparativo de la inteligencia emocional según tiempo de internamiento y edad

Kruskall Wallis	Grupo	n	M	DE	p	TE	
Inteligencia emocional	Menos de un mes	66	74.5	14.9	.904	.002	
	Tiempo de internamiento 1 a 6 meses	62	72.4	17.1			
	7 a 12 meses	16	75.1	14.0			
	13 meses a más	62	74.6	13.5			
	Edad	18 a 29	109	72.7	15.98	.484	.012
		30 a 41	59	75.0	12.98		
		42 a 54	33	74.7	16.34		
		55 a 65	5	82.6	1.34		

Nota: n= muestra; M= media; DE= desviación estándar, p= significancia, TE= tamaño del efecto

En la tabla 6 mediante la prueba comparativa de Kruskall Wallis, en el grupo de tiempo de internamiento, no se encontraron diferencias significativas al hacer la comparativa por grupos ($p=904$). Asimismo, en los rangos de edad tampoco se obtuvo una mayor representatividad significativa que demuestre las diferencias en las puntuaciones obtenidas ($p=.484$). Por consiguiente, se rechaza la premisa hipotética propuesta inicialmente y se acepta el planteamiento nulo, dado que los tamaños del efecto fueron inexistentes (Caycho et al., 2016).

Tabla 7

Análisis comparativo del riesgo de recaída según tiempo de internamiento y edad

Kruskall Wallis	Grupo	n	M	DE	p	TE
Riesgo de recaída	Menos de un mes	66	82.6	22.7	.207	.022
	Tiempo de internamiento 1 a 6 meses	62	79.8	25.2		
	7 a 12 meses	16	75.6	23.6		
	13 meses a más	62	74.5	21.8		
	18 a 29	109	83.6	22.6	.025	.045
	Edad 30 a 41	59	72.4	23.6		
	42 a 54	33	75.0	22.8		
	55 a 65	5	73.4	25.3		

Nota: n= muestra; M= media; DE= desviación estándar, p= significancia, TE= tamaño del efecto

En la tabla 7 mediante la prueba comparativa de Kruskall Wallis, se observa en el grupo de tiempo de internamiento no se encontraron diferencias significativas, a causa de que el valor de significancia fue superior a 0.05 ($p=.207$). No obstante, en los rangos de edad si se demostraron diferencias significativas, siendo que el grupo de 18 a 29 años de edad obtuvieron una mayor puntuación en comparación de los demás grupos segmentados ($M=83.6$, $DE=22.6$). Así también, se destacó el tamaño del efecto, el cual fue inexistente ($TE=.045$) (Caycho et al., 2016), concluyéndose así que las diferencias obtenidas son mínimas.

Análisis descriptivos

Tabla 8

Nivel de inteligencia emocional

Niveles	F	%
Nivel bajo	101	49
Nivel medio	56	27.2
Nivel alto	49	23.8
Total	206	100%

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 8 se reporta que el nivel más representativo fue el bajo (49%), siendo seguido por el nivel medio (27.2%) y finalmente, el de menor representatividad el nivel alto (23.8%).

Tabla 9

Nivel de riesgo de recaída

Niveles	F	%
Bajo	53	25.7
Medio bajo	51	24.8
Medio alto	68	33
Alto	34	16.5
Total	206	100

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje

En la tabla 9 se reporta que el nivel con mayor representatividad fue el medio alto (33%), seguido de los niveles bajo (25.7%), medio bajo (24.8%) y de menor preponderancia fue el nivel alto (16.5%).

V. DISCUSIÓN

El propósito de esta investigación consistió en explorar la relación entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída en individuos residentes en comunidades terapéuticas en Puente Piedra. Para ello, se emplearon la Escala TMMS-24 y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0, junto con una ficha sociodemográfica. La validez y confiabilidad de estos instrumentos se verificaron mediante una prueba piloto antes de su implementación en la muestra final. Los análisis descriptivos e inferenciales se llevaron a cabo para contrastar las hipótesis formuladas en relación con los objetivos de la investigación.

En el objetivo general los resultados revelaron una correlación moderada inversa (-.506) entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída. Es relevante señalar que la revisión de la literatura no ha arrojado antecedentes específicos que vinculen la inteligencia emocional y el riesgo de recaída de manera independiente, sino que suelen estar asociados con otras variables. Por ejemplo, Suhail et al. (2020) encontraron una correlación negativa significativa entre la autoeficacia, la inteligencia emocional y el apoyo social con individuos en recaída por drogodependencia, lo que sugiere una relación inversa entre la inteligencia emocional y la recaída en esta población.

Además, Villarreal et al. (2022) respaldaron los hallazgos de esta investigación al concluir que la inteligencia emocional percibida está indirectamente relacionada con el craving y el riesgo de recaída en personas en tratamiento por consumo de alcohol. Asimismo, se encontró un efecto negativo significativo ($B = -.3549$; $t = -5,151$; $p < ,001$) de la inteligencia emocional percibida en el riesgo de recaída, lo que sugiere que aquellos individuos con un nivel adecuado de inteligencia emocional percibida tienen una mayor capacidad para manejar sus emociones, lo que disminuye el riesgo de recaída en el consumo de alcohol.

Por otra parte, otro estudio de Villarreal et al. (2020) resalta la importancia de la inteligencia emocional en la adherencia al tratamiento en centros de rehabilitación para adicciones, al evidenciar una relación directa significativa entre la inteligencia emocional y el apego al tratamiento ($r = 0,243$, $p < 0,05$). Esto sugiere

que una mayor adherencia al tratamiento podría estar asociada con una menor reincidencia en el consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados obtenidos evidencian que existe una relación inversa entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída. Esta afirmación se respalda en la literatura, ya que Marlatt y Gordon (1985) identificaron diversos factores que contribuyen a la recaída, entre ellos los aspectos intrapersonales, como los estados emocionales negativos, el deseo de alcanzar estados emocionales positivos, la falta de habilidades para el control de la situación y la resistencia a estímulos externos. Por otro lado, Oliveros (2018) señala la existencia de un factor protector que reduce la probabilidad de comportamientos negativos, como la recaída en el consumo de sustancias, y destaca la importancia de la inteligencia emocional en el manejo de las emociones negativas, la resolución de problemas internos y la resistencia a la influencia social. Este planteamiento se alinea con la perspectiva de Mayer y Salovey (1997) la inteligencia emocional influye en la capacidad de resolver situaciones conflictivas, además de traer consigo autoconciencia, regulación emocional y habilidad para el afrontamiento de estrés y diferentes adversidades.

El primer objetivo específico se centró en analizar la relación entre el riesgo de recaída y las distintas dimensiones de la inteligencia emocional. Los resultados mostraron una correlación inversa entre la atención ($Rho = -.290$), la claridad ($Rho = -.487$) y la reparación emocional ($Rho = -.483$). Esto indica que todas las dimensiones de la inteligencia emocional tienen un impacto en el riesgo de recaída en los residentes de comunidades terapéuticas. Estos hallazgos están en línea con el estudio de Megías-Robles, Perea-Baena y Fernández-Berrocal (2020), que investigó si las habilidades de la inteligencia emocional actúan como factor protector contra las recaídas en un programa de cesación tabáquica de 12 meses. Ellos encontraron que la reparación y la claridad emocional moderan la reactividad al estrés durante la recaída, y también ejercen un efecto indirecto en la recaída del tabaquismo a través de su influencia en la reactividad al estrés. Además, González, Palomera y Lázaro (2020) identificaron una asociación inversa entre la claridad y la reparación emocional con el consumo de cannabis, lo que sugiere que estos componentes son relevantes para describir el inicio del consumo en adolescentes.

Por lo tanto, respaldando lo mencionado anteriormente, Mayer y Salovey (1997) subrayan la importancia de las dimensiones de la inteligencia emocional en el manejo de las emociones y el comportamiento en situaciones de alto riesgo o estrés. Entre estas dimensiones, definen la atención emocional como la capacidad de percibir y comprender tanto las propias emociones como las de los demás, lo cual favorece una adecuada autoconciencia y empatía, contribuyendo a mejorar la regulación emocional y la toma de decisiones. Asimismo, destacan la claridad emocional, que se refiere a la habilidad para identificar y entender las emociones, incluyendo su origen y sus consecuencias. Esta habilidad fortalece la expresión emocional y facilita una comunicación efectiva. Finalmente, la reparación emocional implica la capacidad para regular las emociones, recuperarse de experiencias emocionales negativas y promover emociones positivas.

En otras palabras, si una persona posee niveles adecuados en las dimensiones de la inteligencia emocional, como la atención, claridad y reparación, es menos probable que enfrente un riesgo de recaída. Esto se debe a que el individuo será capaz de manejar de manera efectiva las situaciones de alto riesgo relacionadas con el factor emocional. Este concepto coincide con lo planteado por Castillo (2016), quien identificó diversas categorías de alto riesgo vinculadas a la recaída, destacando los estados emocionales (como ansiedad, frustración, ira y aburrimiento), los conflictos interpersonales (como problemas de pareja, situaciones laborales y familiares) y la presión social, ya sea directa o indirecta, asociada con conductas no deseadas como el consumo de sustancias.

En el segundo objetivo específico, se determinó que no se hallaron diferencias significativas en el nivel de inteligencia emocional respecto al tiempo de internamiento ($p=904$) y la edad ($p=.484$). Hasta ahora, no se han encontrado investigaciones previas que comparen la edad y el tiempo de internamiento con la inteligencia emocional. No obstante, Mayer y Salovey (1997) argumentan que, aunque la edad puede influir en la IE, esta relación no es uniforme debido a la variabilidad individual y a factores como el entorno social, las oportunidades de aprendizaje emocional y la salud mental, los cuales desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la IE a lo largo de la vida. Aunque la inteligencia emocional

puede ser importante para la recuperación y prevención de recaídas en adictos, su relación directa con el tiempo de internamiento no se ha investigado a fondo.

En cuanto al tercer objetivo específico, se identificaron diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída según la edad ($p=.207$ y $TE=.045$). El grupo de 18 a 29 años mostró una puntuación más alta, con un tamaño de efecto pequeño, pero no hubo diferencias significativas según el tiempo de internamiento. Un estudio similar realizado por Kamiche y Fernández (2023) en comunidades terapéuticas de Lima también encontró diferencias en el riesgo de recaída según la edad ($p=.039$ y $TE=.04$), especialmente entre los grupos de 22 a 25 años y de 41 a 74 años, aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al tiempo de internamiento ($p=.36$).

Los hallazgos de Gorski y Miller (2001) respaldan la idea de que la edad puede influir en el riesgo de recaída debido a cambios en el desarrollo emocional y cognitivo, la acumulación de experiencias y la madurez, así como los cambios en el estilo de vida. Sin embargo, es importante tener en cuenta que estos factores deben considerarse junto con otros elementos para comprender plenamente el riesgo de recaída en personas con adicciones. Respecto al tiempo de internamiento, se destaca su importancia, pero no puede garantizar la prevención de recaídas por sí solo; esto depende del seguimiento continuo, el apoyo social y familiar, el acceso a recursos comunitarios y el compromiso personal con la recuperación.

En relación con el cuarto objetivo, se describieron los niveles de inteligencia emocional y riesgo de recaída, encontrando que la mayoría de los residentes presentaban niveles bajos de inteligencia emocional (49%) y niveles medios-altos de riesgo de recaída (33%). Dichos datos obtenidos son similares a los de Kamiche y Fernández (2023) en su estudio con drogodependientes de comunidades terapéuticas en Lima, donde el 33.20% de los residentes tenía un alto riesgo de recaída, el 33.60% un riesgo promedio y el 33.20% un riesgo bajo. Asimismo, Aguirre y Macas (2021) identificaron que el 40% de esta población exhibía niveles medios de IE, lo que sugiere que los participantes tenían habilidades para percibir, comprender, controlar y regular sus emociones. También, señalaron que algunos

participantes podrían tener dificultades para alcanzar un alto nivel en estos componentes de la IE. Asimismo, tomó en cuenta que el proceso de tratamiento residencial que los pacientes estaban experimentando podría haber influido en los resultados. Estos hallazgos respaldan la idea de que la mayoría de los internos por adicciones muestran niveles bajos de IE y niveles medios-altos de riesgo de recaída, según las investigaciones realizadas en comunidades terapéuticas.

Finalmente, las fortalezas de la investigación incluyeron la identificación de una correlación moderada entre las variables, así como la posibilidad de comparar los resultados con otros estudios, lo que favorece la validez externa. Sin embargo, la investigación presentó ciertas limitaciones: se realizó exclusivamente en comunidades terapéuticas en Puente Piedra, lo que puede restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones o contextos geográficos. Además, el tipo de población estudiada es limitado, lo que impidió acceder a una mayor cantidad de participantes para el estudio piloto y la muestra final.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA

Se identificó una correlación negativa entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída. Esto significa que, a medida que la inteligencia emocional disminuye, el riesgo de recaída se incrementa.

SEGUNDA

Se observó una relación inversa entre las dimensiones de la inteligencia emocional, y el riesgo de recaída. Este resultado indica que, a menores niveles de atención, claridad y reparación emocional, se incrementa el riesgo de recaída en los residentes de las comunidades terapéuticas de Puente Piedra.

TERCERA

Se demostró que no hay diferencias notables en la variable de inteligencia emocional entre los residentes de comunidades terapéuticas al considerar el tiempo de internamiento y la edad.

CUARTA

No se evidenció diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída según tiempo de internamiento, sin embargo, dentro de los rangos de edad se demostraron diferencias significativas, teniendo un tamaño de efecto pequeño. En especial dentro del rango de 18 a 29 años donde se obtuvo una mayor puntuación en comparación de los demás grupos.

QUINTA

Se describió los niveles de inteligencia emocional y riesgo de recaída, donde la mayor parte de residentes de comunidades terapéuticas presentó un nivel bajo de IE y un nivel medio alto de riesgo de recaída.

VII. RECOMENDACIONES

PRIMERA

En base a los resultados, se sugiere la implementación de programas preventivos y promocionales para fortalecer la inteligencia emocional durante el proceso de rehabilitación en comunidades terapéuticas.

SEGUNDA

Sería factible realizar otras investigaciones relacionando la inteligencia emocional y riesgo de recaída, ya que no se evidencian investigaciones correlacionales de las variables mencionadas dentro del país.

TERCERA

Sería conveniente explorar la variable de riesgo de recaída en relación con los diferentes tipos de sustancias psicoactivas utilizadas por los pacientes. Esto con el propósito de crear estrategias personalizadas que mejoren la orientación en el tratamiento.

CUARTA

Fortalecer la capacitación de los profesionales que integran las comunidades terapéuticas de Puente Piedra sobre programas de prevención del riesgo de recaída que se centre en evaluar las situaciones de alto riesgo que puedan influir en las recaídas.

QUINTA

Impulsar a los profesionales de la salud a seguir investigando y dedicándose al estudio del uso de sustancias psicoactivas en el país, dado que es un tema de gran relevancia en términos sociales en la actualidad.

SEXTA

Se recomienda realizar estudios con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en féminas pertenecientes a comunidades terapéuticas, debido que no se han encontrado investigaciones.

REFERENCIAS

- Acosta, H., Llorens, S., Escaff, R., Díaz-Muñoz, J. P., Troncoso, S., Salanova, M., & Sanhueza, J. (2019). ¿Confiar o no Confiar?: El rol mediador de la confianza entre el trabajo en equipo y el work engagement. *Revista Interamericano de Psicología Ocupacional*, 38(1), 85–99. <https://doi.org/10.21772/ripo.v38n1a07>
- Adekunle Odedokun, S. (2022). The relationship between dysfunctional family, substance abuse, emotional intelligence and recidivism among young adult inmates in Agodi correctional centre, Ibadan, Nigeria. *European Journal of Social Sciences Studies*, 7(5), 29-40. <http://dx.doi.org/10.46827/ejsss.v7i5.1284>
- Aguirre Coello, A. A. y Macas Cartuche, X. A. (2021). *Inteligencia emocional y resiliencia en pacientes drogodependientes del Centro Especializado Hacia una Nueva Vida en el cantón Cuenca-Azuay, periodo 2020-202*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca]. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/35972/6/Trabajo%20de%20Titulacion.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (23 de mayo de 2023). *Declaración DE Helsinki de la amm – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ato, Manuel, López, Juan J., & Benavente, Ana. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R. y Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona: Socidrogalcohol. <http://www.socidrogalcohol.org/manualesy-gu%C3%ADas-cl%C3%ADnicas-de-socidrogalcohol.html>
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., Secades, R., & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica*

en

adicciones.

Socidrogalcohol.

<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaClinicaIntPsicologica.pdf>

Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41(2), 765-782.

Buendia Poyo, M. (2018). *Inteligencia emocional y drogodependencia: Factores de riesgo psicosociales*. [Tesis de Grado, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://core.ac.uk/download/160011454.pdf>

Campo, A. y Oviedo, H. (2005). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios: Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 14 (4), 527-580. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>

Caycho, T., Ventura, J. y Castillo, R. (2016). Magnitud del efecto para la diferencia de dos grupos en ciencias de la salud. *Anales Sis San Navarra*, 39(3), 459-461. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272016000300017

McMurrán, M. (1993). Prevención de la recaída en las adicciones: un enfoque biopsicosocial Emil J. Chiauuzzi. Nueva York: Pergamon Press, 1991. págs. 160. Tapa blanda de £ 15,95. *Psicoterapia conductual y cognitiva*, 21 (4), 376–378. <https://doi.org/10.1017/S1352465800011723>

Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: LEA.

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. (2023). *Código Nacional de la Integridad Científica*. <https://portal.concytec.gob.pe/images/publicaciones/Codigo-integridad-cientifica.pdf>

Cueva, G. (2012). Violencia y adicciones: problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 99-103. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342012000100015&lng=es&tlng=es

- Del Cojo, M. (2018). *¿Cómo influye la inteligencia emocional en el consumo de sustancias adictivas en adolescentes?* [Trabajo de maestría, Universidad Pontificia Comillas, Madrid]. <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/31688/1/TFM001030.pdf>
- Del Pozo, L y Castillo, I. (2008). Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína. *Trastornos adictivos*, 14(4), 252-274. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-cognitivo-conductual-aplicado-deshabitacion-13131181>
- Díaz, J. (2021). Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes- San José, Costa Rica, 2014-2017. *Revista Cúpula*, 35(2), 9-22. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art02.pdf>
- Durán, G. G. & Naranjo, W. (2024). Habilidades sociales y consumo de alcohol en adolescentes de Ecuador. *Psicología UNEMI*, 8, 52-64. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol8iss14.2023pp52-64p>
- Espada, J. P., Orgilés, M., & Méndez, X. (2018). Factores de riesgo de recaída en el tratamiento de adicciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(2), 21-34. <https://doi.org/10.54108/10056>
- Espinosa, J. (2023). Tratamiento cognitivo y su incidencia en las distorsiones cognitivas en pacientes del CETAD La Estancia. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 7(6). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9294364>
- Fernández, B., Jorge, V. & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: Una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256. [file:///C:/Users/user/Downloads/ecob,+15+PSICOONCOLOGIA+6\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/ecob,+15+PSICOONCOLOGIA+6(1).pdf)
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- García, Á. F., y López, V. A. (2019). Influencia del entorno social en la recaída de personas con trastorno por uso de sustancias. *Salud y Sociedad*, 10(1), 15-28.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona, España: Kairós.
- Goleman, D. (1998). *LA PRÁCTICA DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL*. Barcelona, España: Kairós.
<https://mendillo.info/Desarrollo.Personal/La.practica.de.la.inteligencia.emocional.pdf>
- González, S., Palomera, R., & Lázaro-Visa, S. (2020). Inteligencia emocional rasgo y habilidad como factores asociados al consumo de cannabis en la adolescencia. *Adicciones*, 33(4), 345-358.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1364>
- Gorski, T., & Miller, M. (1986). *Assessment of Recovery: The Relapse Inventory*. Herald House/Independence Press.
- Gorski, T., & Miller, M. (1994). *Sobriedad: Una guía para la prevención de recaídas* (J. Sánchez, Trans.). (Obra original publicada en 1984).
- Gorski, T., & Miller, M. (1994). *Sobriedad: Una guía para la recuperación del alcoholismo* (1ra ed.). Herald Pub House.
- Gorski, T., & Miller, M. (2001). Understanding the High Risk of Relapse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(4), 247-252. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(01\)00202-7](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00202-7)
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Education.
<https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>
- INEI. (2022). *TRÁFICO DE DROGAS*. <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/drug-dealing/>
- Jordan, F. M. (2021). Valor de corte de los índices de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Pscocial*, 7(1), 1-5.
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1232225009/index.html>

- Joza, S., & Chávez, M. (2022). Factores desencadenantes de recaídas en personas drogodependientes. *Psicología UNEMI*, 6(10), 21-35. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss10.2022pp21-35p>
- Kamiche, M. A. & Fernández, L. M. (2023). Relación entre riesgo de recaída y flexibilidad psicológica en personas con conducta adictiva en comunidades terapéuticas de Lima. *Polo del Conocimiento*, 8(2), 353-376. <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5196>
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling*. The Guildford Press
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). Basic Books.
- Megías-Robles, A., Perea-Baena, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (2020) The protective role of emotional intelligence in smoking relapse during a 12-month follow-up smoking cessation intervention. *PLOS ONE*, 15(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234301>
- Ministerio de Economía y Finanzas. (2023). SISTEMA DE GESTION PRESUPUESTAL. CLASIFICADOR ECONÓMICO DE GASTOS PARA EL AÑO FISCAL 2023. https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/anexos/2023/Anexo_2_Clasificador_Economico_Gastos_2023.pdf
- Ministerio de Salud, Dirección de Salud Mental. (2020). Atienden más de 14 mil casos por consumo de sustancias adictivas en lo que va del 2020. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/189007-atienden-mas-de-14-mil-casos-por-consumo-de-sustancias-adictivas-en-lo-que-va-del-2020>
- Ministerio de Sanidad. (2023). *Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023)* . <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolenci>

a/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf

Molina de Colmenares, N., (2002). Inteligencia racional versus inteligencia emocional: implicaciones para la educación integral. *Lauro* , 8 (14), 61-70. https://www.redalyc.org/pdf/761/Resumenes/Resumen_76111334005_1.pdf

Monje, C. A. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa: Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Nunnally, J., y Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. Mc Graw-Hill.

Ñaupas, H., Valdivia, M. R., Palacios, J. J., & Romero, H. E. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la tesis* (5a ed.). Bogotá: Ediciones de la U.

Oliveros P., VB, (2018). La inteligencia emocional desde la perspectiva de Rafael Bisquerra. *Revista de Investigación* , 42 (93). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=376157736006>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2023). *El Informe Mundial sobre las Drogas 2023*. <https://www.unodc.org/lpomex/es/noticias/junio-2023/el-informe-mundial-sobre-las-drogas-2023-de-unodc-advierte-sobre-crisis-convergentes-a-medida-que-los-mercados-de-drogas-ilicitas-siguen-expandindose.html>

Organización de los Estados Americanos. (2019) El problema de drogas en las Américas: estudios. http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2019) El problema de drogas en las Américas: estudios. http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Violencia: una prioridad de salud pública* (WHO/EHA/SPI.POA.2). Consulta Mundial de la OMS sobre Violencia y Salud. Ginebra, Suiza.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67411/a77102_spa.pdf?sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC.
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf>
- Parks, G. A. and Marlatt, G. A. (2000). Relapse Prevention Therapy: A Cognitive-Behavioral Approach. *The National Psychologist*, 161- 233.
https://www.researchgate.net/publication/259289380_Relapse_Prevention_Therapy_A_Cognitive-Behavioral_Approach
- Peña, S. (2017). Análisis de datos. Bogotá, Colombia: AREANDINA.
<https://digitk.areandina.edu.co/handle/areandina/1177>
- Prochaska, J., Norcross, J. and DiClemente, C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19(2), 10-15.
http://www.psychotherapy.com.au/fileadmin/site_files/events/pdfs/APPLYING_THE_STAGES_OF_CHANGE_JOHN_NORCROSS.pdf
- Real Academia Española. (2022). Emoción: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/emoción?m=form>
- Real Academia Española. (2022). Inteligencia emocional: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/inteligencia>
- Real Academia Española. (2022). Inteligencia emocional: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/inteligencia>
- Real Academia Española. (2022). Inteligencia: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/inteligencia>

- Real Academia Española. (2022). Recaer: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/recaer#VMur3Uy>
- Real Academia Española. (2022). Riesgo: En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 23 de octubre, 2022, de <https://dle.rae.es/riesgo?m=form>
- Rezaei, M., Naeim, M., Asadi, R., Ardebil, F., Bayat, M. & Khoshroo, K. (2021). The Predictive Role of Emotional Intelligence, Resilience, and Personality Traits in Addiction Potential of Students at Arak University of Medical Sciences. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 20(4), 472-478. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000276>
- Ruiz Mamani, P., Cunza-Aranzábal, D., White, M., Quinteros-Zúñiga, D., Jaimes-Soncco, J. y Wilter C. Morales-García. (2022). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA “ESCALA RASGO DE METACONOCIMIENTO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES” PARA MEDIR INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ESTUDIANTES PERUANOS. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(2), 447-463. <https://doi.org/10.51668/bp.8322207s>
- Sánchez, C. (31 de enero de 2020). Introducción. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/introduccion/>
- Sánchez, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística* (1a ed.). Universidad Ricardo Palma. <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Six Seconds. (2018). Global trends in emotional intelligence Europe 2018 [Tendencias globales en inteligencia emocional Europa 2018]. <https://www.blueegg.nl/resources/SOH-2018-EUROPE.pdf>
- Solano, C. y Copez-Lonzoy, A. (2017). Análisis preliminar del cuestionario señales de recaída (AWARE) en drogodependientes peruanos. *INTERACCIONES*, 3(2), 87-93. <https://doi.org/10.24016/2017.v3n2.65>

- Suhail, N. S., Shah, K.M., Mohd, N. S., Yusoff, S. & Suhaimi, I. C. (2020). The Relationship Between Self Efficacy, Emotional Intelligence, and Social Support of Drug Addict On Relapse. *Solid State Technology*. 63. 1688-1697. <https://www.researchgate.net/publication/351096293> The Relationship Between Self Efficacy Emotional Intelligence and Social Support of Drug Addict On Relapse
- Tarazona, A. K., Ormaza, M. G., Saldarriaga, K. & Vázquez, A. (2020). Resiliencia e inteligencia emocional en la rehabilitación de pacientes drogodependientes. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(3), 94-111. <https://doi.org/10.37960/rvg.v25i3.33355>
- Ugarriza Chávez, N., & Pajares Del Águila, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, (8), 11-58. <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147>
- United Nations Office on Drugs and Crime (2023). *Informe mundial sobre las drogas*. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_points_S.pdf
- Universidad César Vallejo (2022). RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO N°0470-2022/UCV. <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/RCUN%C2%B0470-2022-UCV-Aprueba-actualizacion-del-Codigo-de-Etica-en-Investigacion-V01.pdf>
- Universidad César Vallejo (2022). RESOLUCIÓN DE CONSEJO UNIVERSITARIO N°0470-2022/UCV. <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/09/RCUN%C2%B0470-2022-UCV-Aprueba-actualizacion-del-Codigo-de-Etica-en-Investigacion-V01.pdf>
- Vásquez Barboza, M. S., Arapa Turno, R. T., Pancca Calsin, N. C., Paricahua Palli, N. Y. y Del Águila Gonzáles de del Castillo, M. (2022). Inteligencia emocional y sus modelos: su importancia para el proceso enseñanza aprendizaje. *Paidagogo. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*, 4(1), 116-130. [file:///C:/Users/user/Downloads/Inteligencia emocional y sus modelos su importanci.pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Inteligencia%20emocional%20y%20sus%20modelos%20su%20importanci.pdf)

- Ventura, J. (2020). Dos formas fáciles de interpretar las famosas cargas factoriales. *Gaceta sanitaria*, 33(6).
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112019000600599
- Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I., Bresó, E., & Pérez, E. (2020). Inteligencia emocional y espiritualidad en el tratamiento de adultos con adicciones al alcohol y drogas. *Know and share psychology*, 1(4).
<https://doi.org/10.25115/kasp.v1i4.4345>
- Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I., Alonso, M. M., Guzmán, F. R., López, K. S. y Bresó, E. (2022). Inteligencia emocional como mediador del craving y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol. *Salud Uninorte*, 38(3).
<https://dx.doi.org/10.14482/sun.38.3.152.4>
- Ximénez, C. y García, A. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación Monte Carlo. *Psicothema*, 17(3), 528-535. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717327.pdf>
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología*, 2(2).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3179993.pdf>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES E ÍTEMS		MÉTODO
¿Cuál es la relación entre inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024?	General	General	Variable 1: Inteligencia emocional		Diseño: No experimental y transversal
	Existe relación significativa indirecta entre inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.	Establecer la relación entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.	Atención emocional	1,2,3,4,5,6,7,8	
			Claridad emocional	9,10,11,12,13,14,15,16	Nivel: Descriptivo-correlacional.
			Reparación emocional	17,18,19, 20, 21, 22, 23, 24	
	Específicos	Específicos	Variable 2: Riesgo de recaída		POBLACIÓN N= 296
	a) Existe una relación significativa inversa entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación.	a) Establecer la relación entre riesgo de recaída y las dimensiones de inteligencia emocional expresados en atención, claridad y reparación.	Dimensiones	Ítems	
	b) Existen diferencias significativas en el nivel de inteligencia emocional en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra según tiempo de internamiento y edad.	b) Analizar diferencias significativas en el nivel de inteligencia emocional en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad.			Instrumentos TMMS-24 AWARE 3.0
	c) Existen diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad.	c) Analizar diferencias significativas en el nivel de riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, según tiempo de internamiento y edad.	Señales de alerta de recaída	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	
		d) Describir el nivel de inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra.			

Anexo 2: Tabla de operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA
Inteligencia Emocional	Mayer y Salovey (1997) es la habilidad para comprender, reconocer y gestionar emociones personales, para para ser capaz de reconocer, comprender e influir en las emociones de los demás.	Se midió a través de la Escala TMMS-24 de Salovey y Mayer; que está compuesta por 24 ítems con una opción de respuesta tipo Likert.	Atención emocional	Presto atención a mis sentimientos	1-8	Ordinal
			Claridad emocional	Comprensión de los sentimientos	9-16	
			Reparación emocional	Regular los sentimientos	17-24	
Riesgo de Recaída	Gorski y Miller (1982) es la probabilidad de volver a patrones problemáticos del comportamiento, dentro del proceso de rehabilitación en adicciones.	Se empleó el Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0 elaborado por Gorski y Miller. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). Si el puntaje es mayor, la persona presenta más señales de riesgo a una recaída.	Señales de alerta de recaída	<ul style="list-style-type: none"> ● Señales internas de aviso de recaída ● Regreso a la negación ● Impedimentos y comportamientos defensivos ● Construyendo la crisis Inmovilización ● Confusión y sobre reacción ● Depresión ● Pérdida del control del comportamiento ● Reconocimiento de pérdida del control ● Reducción de opciones ● Episodio de recaída 	1-28	Ordinal

Anexo 3: Instrumentos

Escala TMMS-24

Mayer y Salovey (1997)
Adaptado al español por Fernández et al. (2004)
Adaptación peruana Pérez et al. (2020)

INSTRUCCIONES:

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.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Nota: Considerar las siguientes palabras: frecuentemente, a menudo, casi siempre y a veces como "en un determinado tiempo"

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

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

Cuestionario de Riesgo de Recaída – AWARE 3.0

Gorski y Miller (1986)
Adaptado por Miller y Harris (2000)
Adaptación peruana Valles (2016)

***Instrucciones:** Lea las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 a 7), con un círculo, para indicarcuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Por favor, encierre un sólo un número por cada enunciado.*

	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(s) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico a hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están tan mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas sobre ya no volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4: Ficha sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Las respuestas y datos que usted proporcione en esta ficha, serán completamente confidenciales.

Por favor, conteste las preguntas con la mayor sinceridad posible

1. Edad:

2. Grado de instrucción: Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completa ()
Superior post grado ()

3. Droga adictiva:

4. Tiempo de consumo de la droga adictiva:

Menos de 2 años () 2 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 14 años ()
Más de 15 años ()

5. Ha tenido tratamientos anteriores a causa de la adicción: SI () NO ()

6. Recaídas: SI () NO ()

7. Cantidad de recaídas:

8. Tiempo de internamiento: Menos de un mes () 1 a 6 meses () 7 a 12 meses ()
13 meses a más ()

9. Comunidad perteneciente:

Anexo 5: Cartas de presentación de la escuela firmadas para la prueba piloto



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Los Olivos, 4 de Marzo de 2024

CARTA N° 075 -2024/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
VIDALON MEDINA, RAMÓN
DIRECTOR GENERAL
APRENDAMOS A VIVIR
JIRÓN CAJAMARCA 522, LIMA 15093

Presente.-


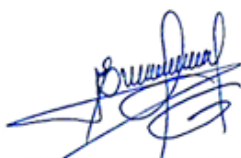
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para los estudiantes **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA** con **DNI 44908713**, con código de matrícula **N° 7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA** con **DNI 72251563**, con código de matrícula **N° 7001219632** estudiantes de la carrera de psicología del **XI** ciclo quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024"**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con la Muestra piloto obtenida.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 6: Cartas de presentación de la escuela firmada para la muestra final



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Los Olivos, 4 de Marzo de 2024

CARTA N° 077 -2024/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Srta.

JIMÉNEZ VIOLETA MARÍA DEL PILAR

DIRECTORA GENERAL

COMUNIDAD TERAPÉUTICA "AMOR DE CRISTO ES LA SALVACIÓN"

AV. LAS TORRES, MZ. B - LT. 7, PUENTE PIEDRA.

Presente.-


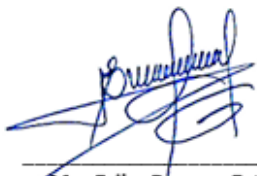
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para los estudiantes **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA** con **DNI 44908713**, con código de matrícula **N° 7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA** con **DNI 72251563**, con código de matrícula **N° 7001219632** estudiantes de la carrera de psicología del **XI** ciclo quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024"**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con la Muestra final obtenida.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Los Olivos, 4 de Marzo de 2024

CARTA N° 078 -2024/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
MUÑOZ ACEVEDO JUAN CARLOS ALFREDO
DIRECTOR GENERAL
ASOCIACIÓN CIVIL "UNA VENTANA A LA VIDA"
ASOC. LOS HUERTOS PARC. 57 LT.12 PUENTE PIEDRA

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para los estudiantes **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA** con **DNI 44908713**, con código de matrícula **N° 7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA** con **DNI 72251563**, con código de matrícula **N° 7001219632** estudiantes de la carrera de psicología del **XI** ciclo quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024"**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con la Muestra final obtenida.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Los Olivos, 15 de abril de 2024

CARTA N° 1098 -2024/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sra.

FLOREZ CHUCOS LISBETH SOLEDAD

DIRECTORA GENERAL DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA

CASA DE RESTAURACIÓN CRISTIANA "LEÓN DE JUDÁ"

SANTA ROSA LOS PARRALES AV. LOS SAUCES MZ. B LOTE 10 PUENTE PIEDRA

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para los estudiantes **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA** con **DNI 72251563**, con código de matrícula **N° 7001219632** y **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA** con **DNI 44908713**, con código de matrícula **N° 7001225125** estudiantes de la carrera de psicología del **XI** ciclo quienes desean realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024"**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con la Muestra final obtenida.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para la aplicación del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con su investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 7: Cartas de autorización del centro para el estudio piloto



APRENDAMOS A VIVIR

ASOCIACIÓN CULTURAL CRISTIANA
Centro de atención para personas dependientes a sustancias psicoactivas
Registro Público N° 11806221 RUC N° 20512091840
Jr. Cajamarca 522 – Rímac Teléfono: 592-9160
Email:aviviraprendamos@gmail.com

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Rímac, 07 de marzo del 2024

Se les autoriza a las estudiantes **Miranda Lujan Szully** con DNI 72251563 y **Pariona Ramirez Leonarda** con DNI 44908713 de la Universidad César Vallejo pertenecientes a la Escuela de Psicología a realizar su trabajo de investigación titulado **“Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra”** en nuestro centro terapéutico.

Tomando en cuenta que es solo para fines académicos.

Atentamente. –

APRENDAMOS A VIVIR

Ramon Vidalon Medina
DIRECTOR GENERAL

VIDALON MEDINA RAMON

DIRECTOR GENERAL

Anexo 8: Cartas de autorización de las comunidades para la muestra final



COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE RESTAURACIÓN CRISTIANA
PROFESIONALIZADA
CONTRA LAS ADICCIONES

“AMOR DE CRISTO ES LA SALVACIÓN”

Puente Piedra, 10 de abril del 2024

CARTA AUTORIZACIÓN

La Comunidad Terapéutica "Amor de Cristo es la Salvación", mediante la representante firmante autoriza a las estudiantes **Miranda Lujan Szully** con DNI 72251563 y **Pariona Ramirez Leonarda** con DNI 44908713 de la Universidad César Vallejo de la Facultad de Psicología, realizar su trabajo de investigación titulada **"Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024"**.

Atentamente,



María del Pilar Jiménez Violeta
PSICOLOGO
COP. 12015

María del Pilar Jiménez Violeta

DIRECTOR GENERAL DE PSICOLOGIA



ASOCIACIÓN CIVIL “UNA VENTANA A LA VIDA”

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Tras pedido el permiso correspondiente por las estudiantes **Miranda Lujan Szully** con DNI 72251563 y **Pariona Ramirez Leonarda** con DNI 44908713 de la Universidad César Vallejo de la Facultad de Psicología, se les concede la autorización de realizar su trabajo de investigación titulada “**Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024**” dentro de nuestra comunidad, con la condición que los datos utilizados sean solo para fines académicos.

Puente Piedra, 14 de abril del 2024

Atentamente,



Dirección General
Juan Carlos Muñoz

Muñoz Acevedo Juan Carlos

DIRECTOR GENERAL



Casa de Restauración Cristiana “León de Judá”

AUTORIZACIÓN

Puente Piedra, 17 de abril del 2024

De nuestra consideración:

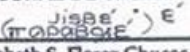
Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y hacer conocimiento lo siguiente:

A las estudiantes **Miranda Lujan Szully** con DNI 72251563 y **Pariona Ramirez Leonarda** con DNI 44908713 de la Universidad César Vallejo de la Facultad de Psicología, se les autoriza realizar su trabajo de investigación titulada “**Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024**”.

Se expide el presente documento para fines consiguientes

Atentamente,

PERSONAL DE SALUD


Lic. Lisbeth S. Flores Chucos
C.Ps.P. 34921

Lizbeth S. Flores Chucos
DIRECTOR GENERAL DE PSICOLOGIA

Anexo 9: Carta de solicitud de autorización de uso de instrumentos remitido por la Universidad.

TMMS-24



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 086 - 2024/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos 4 de marzo de 2024

Autor:

- PETER SALOVEY

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a los estudiantes. **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA**, con DNI **44908713**, con código de matrícula N° **7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA**, con DNI **72251563**, con código de matrícula N° **7001219632** estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: **"INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024"**, este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **LA ESCALA TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 085 - 2024/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos 4 de marzo de 2024

Autor:

- **PABLO FERNÁNDEZ BERROCAL**

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a los estudiantes. **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA**, con DNI **44908713**, con código de matrícula N° **7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA**, con DNI **72251563**, con código de matrícula N° **7001219632** estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: "**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024**", este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **ESCALA TRAIT META-MOOD SCALE (TMMS-24)**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

AWARE 3.0



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA N° 087 - 2024/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos 4 de marzo de 2024

Autor:

- **MERLENE MILLER Y TERENCE T. GORSKI**

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a los estudiantes. **PARIONA RAMIREZ LEONARDA ANGELICA**, con DNI **44908713**, con código de matrícula N° **7001225125** y **MIRANDA LUJAN SZULLY VERONICA**, con DNI **72251563**, con código de matrícula N° **7001219632** estudiantes del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; quienes realizarán su trabajo de investigación para optar el título de licenciados en Psicología titulado: "**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y RIESGO DE RECAÍDA EN RESIDENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE PUENTE PIEDRA, 2024**", este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento **CUESTIONARIO DE RIESGO DE RECAÍDA AWARE 3.0**, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, sólo para fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Erika Roxana Estrada Alomia
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

Anexo 10: Autorización de uso del instrumento TMMS-24

 **SZULLY VERONICA MIRANDA LUJAN** jue, 29 feb 2023, 19:22 (hace 1 hora)
Good evening, greetings from Szully Miranda Lujan and Leonarda Pariona Ramirez, 11th cycle psychology students at the César Vallejo University of Peru, the reas

 **Salovey, Peter** jue, 29 feb, 19:22 (hace 1 hora)
para mí ▾

 Traducir al español ✕

Hello,

You are welcome to use the TMMS in your research. I have attached an article about it, and the instrument can be found in the appendix.

Good luck with your project,
Peter

**LEONARDA ANGELICA PARIONA RAMIREZ** <lparionar@ucvvirtual.edu.pe>

Evaluación IE

3 mensajes

Laboratorio de Emociones UMA <emotional.lab@gmail.com>27 de octubre de 2023, 7:57

Estimada amiga/o,

¡Muchas gracias por interesarte en nuestra investigación!

Te adjunto la escala de IE que utilizamos (TMMS-24). La puedes emplear en tu estudio sin ningún tipo de problemas siempre que no sea con fines comerciales. También algunos artículos sobre IE e información adicional.

Para adolescentes puedes utilizar el TIEFBA:

- Test de Inteligencia Emocional Fundación Botín para adolescentes (TIEFBA). El TIEFBA es una medida objetiva de la Inteligencia Emocional dirigida a adolescentes (12 a 17 años) que evalúa su capacidad para percibir, facilitar el pensamiento, comprender y regular las emociones. Puedes solicitarlo aquí:

<https://www.fundacionbotin.org/educacion-contenidos/test-inteligencia-emocional.html>

Calle Pedrueca, 1
39003, Santander.
+34 942 22 60 72
fmabotin@fundacionbotin.org

El MSCEIT ha sido publicado en castellano por TEA ediciones. Para su obtención puedes contactar con:

TEA Ediciones, S.A.
Teléfono: (34) 912 705 000

<https://web.teaediciones.com/MSCEIT--Test-de-Inteligencia-Emocional-Mayer-Salovey-Caruso.aspx>

Autorización de uso del instrumento AWARE 3.0 de uso libre



NIDA Public Inquiries Team <Websubmission@mail.nih.gov>
para NIDA, mi

lun, 11 mar, 9:43 ☆ ↶ ⋮

Traducir al español X

Hello Szully Miranda Lujan and Leonarda Pariona Ramirez,

Thank you for contacting the National Institute of Drug Abuse (NIDA). NIDA does not maintain the AWARE instrument. However, it appears to be in the public domain.

Sincerely,

NIDA Public Inquiries Team
National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health

NEED SUPPORT NOW? If you or someone you know is struggling or in crisis, help is available. Call or text 988 or chat www.988lifeline.org to reach the 988 Suicide & Crisis Lifeline. 988 connects you with a trained crisis counselor who can help.

FIND TREATMENT: For referrals to substance use and mental health treatment programs, call the Substance Abuse and Mental Health Services Administration National Helpline 1-800-662-HELP (4357) or visit www.FindTreatment.gov.

INTERPRETATION: The higher the score, the more warning signs of relapse are being reported by the client. The range of scores is from 28 (lowest possible score) to 196 (highest possible score). The following table shows the probability of heavy drinking (not just a slip) during the next two months, based on our prospective study of relapse in the first year after treatment (Miller & Harris, 2000).

Probability of Heavy Drinking During the Next Two Months

AWARE Score	If already drinking in the previous two months	If abstinent during the previous two months
28-55	37%	11%
56-69	62%	21%
70-83	72%	24%
84-97	82%	25%
98-111	86%	28%
112-125	77%	37%
126-168	90%	43%
169-196	>95%	53%

This instrument was developed through research funded by the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, contract ADM 281-91-0006). **It is in the public domain**, and may be used without specific permission provided that proper acknowledgment is given to its source. The appropriate citation is Miller & Harris (2000).

References

- Gorski, T. F., & Miller, M. (1982). Counseling for relapse prevention. Independence, MO: Herald House – Independence Press.
- Miller, W. R., & Harris, R. J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 61, 759-765.
- Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J., & Tonigan, J. S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction*, 91 (Supplement), S155-S171.

<https://faith-seeking-understanding.org/wp-content/uploads/2014/05/AWARE-Questionnaire1.pdf>

Anexo 11: Consentimiento informado

Consentimiento Informado (*)

Título de la investigación: Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.

Investigadoras: Miranda Lujan Szully Veronica y Pariona Ramirez Leonarda Angelica.

Propósito del estudio

Se le invita a participar en la investigación titulada “Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.”, cuyo objetivo es Establecer la relación entre la inteligencia emocional y el riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024. Esta investigación es desarrollada por dos estudiantes de pregrado de la carrera profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo del campus Lima Norte, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso de la institución.

Tras obtener un resultado empírico que asegura y cuantifica la problemática, se pueden establecer estrategias de intervención acorde a las necesidades de la población beneficiaría, ayudando a potenciar y disminuir la inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Inteligencia emocional y riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Puente Piedra, 2024.”
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en la hora de Tutoría en el aula de clases correspondiente, de la institución.

Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas

usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía):

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia):

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principio de beneficencia):

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institucional término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia):

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con las investigadoras Miranda Lujan Szully Veronica y Pariona Ramirez Leonarda Angelica: smirandalu@ucvvirtual.edu.pe y iparionar@ucvvirtual.edu.pe y Docente asesor Dr. Castro Garcia Julio Cesar, email: jccastroga@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombre y apellidos:

Fecha y hora:

Anexo 12: Resultados del piloto

Tabla 10

Validez de contenido por medio de cuatro jueces de la Escala TMMS-24

	JUEZ 1			JUEZ 2			JUEZ 3			JUEZ 4			Aciertos	V. Aiken	Aceptable
	C	C	R	C	C	R	C	C	R	C	C	R			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí

Nota: No está de acuerdo = 0, sí está de acuerdo = 1; C = coherencia, R = Relevancia, C = Claridad

En la tabla 10, se aprecia que los cuatro jueces expertos consultados coinciden en manifestar su acuerdo con respecto a los 24 reactivos que se formulan en la Escala TMMS-24, alcanzando un coeficiente V de Aiken de 1.00 lo que indica que este test reúne evidencias (pertinencia, relevancia y claridad) de validez de contenido pues los valores son >0.85 .

Tabla 11

Evidencias de validez basada en la estructura interna de la escala TMMS-24

Muestra total (n= 100)	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	X ² /gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	1.2	.05	.10	.98	.99	.99	.96
Segundo modelo (eliminación 5-15-19)	1.1	.04	.09	.98	.99	.98	.94
Valores aceptables Jordan, 2021	≤ 3	$\leq .08$	$\leq .08$	$\geq .90$	$\geq .95$	$\geq .95$	$\geq .95$

Nota: X²/gl= Chi-Cuadrado entre grados de libertad; RMSEA= Error de Aproximación cuadrático medio; SRMR= Raíz media estandarizada residual cuadrática; GFI= Índice de bondad de ajuste; CFI= Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI= índice de Tucker-Lewis; NFI= Índice normado de ajuste.

Se observa en la tabla 11 las evidencias de estructura interna basada en el análisis factorial confirmatorio. Para ello, se empleó el estimador ULS, dado que este es adecuado cuando se trabajan con muestras pequeñas (Ximénez y García, 2015). En ello, se planteó eliminar ítems con cargas factoriales inferiores a .30, pero se observó que el modelo no variaba significativamente, por ende, se optó por trabajar con el modelo original. Los índices en los ajustes absolutos fueron óptimos en su mayoría ($X^2/gl=1.2$, $RMSEA=.05$, $SRMR=.10$, $GFI=.98$) y ajuste incremental ($CFI=.99$, $TLI=.99$, $NFI=.96$).

Figura 1

Diagrama de senderos

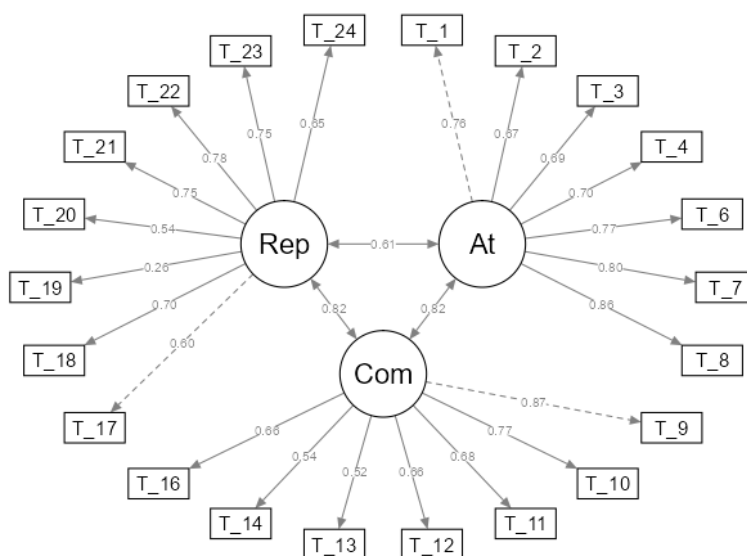


Tabla 12*Análisis estadístico de los ítems de la escala TMMS-24*

ITEMS	Porcentaje de respuesta					Si se descarta el elemento							
	1	2	3	4	5	Media	DE	g1	g2	IHC	H2	α si se elimina	ω si se elimina
T_1	14	31	16	13	26	3.06	1.43	0.14	-1.39	.56	.61	.842	.85
T_2	14	21	31	20	14	2.99	1.24	0.01	-0.89	.67	.33	.82	.84
T_3	23	20	24	20	13	2.8	1.35	0.12	-1.15	.72	.34	.82	.83
T_4	11	26	20	25	18	3.13	1.29	-0.04	-1.15	.63	.34	.83	.84
T_5	40	33	11	9	7	2.1	1.23	1.04	0.12	.20	.91	.87	.88
T_6	7	45	24	14	10	2.75	1.1	0.65	-0.42	.72	.40	.82	.83
T_7	10	25	26	25	14	3.08	1.21	-0.01	-0.95	.66	.00	.82	.84
T_8	8	31	25	24	12	3.01	1.17	0.13 ₅	-0.93	.62	.52	.83	.84
T_9	6	20	26	23	25	3.41	1.23	-0.20	-1.01	.69	.38	.80	.80
T_10	7	19	26	27	21	3.36	1.21	-0.24	-0.89	.70	.36	.80	.80
T_11	8	17	30	23	22	3.34	1.22	-0.20	-0.86	.59	.59	.81	.82
T_12	9	31	31	17	12	2.92	1.15	0.28	-0.70	.57	.56	.82	.82
T_13	3	28	27	27	15	3.23	1.11	0.07	-0.99	.42	.79	.83	.84
T_14	8	25	25	27	15	3.16	1.2	-0.06	-0.96	.47	.75	.83	.83
T_15	10	30	23	27	10	2.97	1.18	0.05	-0.97	.49	.70	.83	.83
T_16	6	22	38	16	18	3.18	1.15	0.12	-0.73	.60	.55	.81	.82
T_17	9	21	33	16	21	3.19	1.24	0.01	-0.94	.50	.26	.80	.81
T_18	3	19	27	26	25	3.51	1.15	-0.20	-0.98	.63	.43	.79	.79
T_19	15	18	23	26	18	3.14	1.33	-0.18	-1.09	.38	.67	.82	.82
T_20	10	14	31	22	23	3.34	1.26	-0.26	-0.84	.58	.25	.79	.80
T_21	9	29	27	18	17	3.05	1.23	0.16	-0.98	.55	.64	.80	.80
T_22	4	19	24	21	32	3.58	1.23	-0.30	-1.09	.54	.38	.80	.80
T_23	4	11	26	18	41	3.81	1.2	-0.58	-0.73	.56	.35	.80	.80
T_24	4	19	31	23	23	3.42	1.16	-0.12	-0.92	.60	.52	.79	.80

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h²: Comunalidad;

En la tabla 12 se observa que en la frecuencia de respuesta de los ítems del inventario son inferiores a 80%, lo que señala que los participantes contestaron las preguntas sin sesgo ni deseabilidad social (Nunnally y Bemstein, 1995). Asimismo, se percibe que en las tres dimensiones las medias son similares entre sí, por lo que capta los indicadores de las variables. De igual forma las medidas de curtosis y asimetría varían entre -1.5 y +1.5, lo que señala que estos datos no se alejan de la distribución normal, es decir que captan los indicadores de la variable (Kline, 2005). Así pues, los valores de correlación entre ítems y el test son mayores a 0.30 por lo

que miden la misma variable, con excepción del ítem 5. Por último, los valores de comunalidades son >0.30 , lo que evidencia que se capta los indicadores de la variable, siendo excluyentes en los ítems 7-17-20 (Ventura, 2020).

Tabla 13

Evidencias de consistencia interna con alfa de Cronbach y Omega de McDonald's de la escala TMMS-24

	Ítems	# Elementos	Cronbach α	McDonald's ω
Atención Emocional	1,2,3,4,5,6,7,8	8	.87	.93
Comprensión Emocional	9,10,11,12,13,14, 15,16	8	.85	.90
Reparación Emocional	17,18,19,20,21,22, ,23,24	8	.85	.90
General	1-24	24	.92	.94

En la tabla 13 se observa que el Alfa de Cronbach (.92) y en el Omega de McDonald's (.94) es alto; así como en las sub escalas se obtuvieron D1: $\alpha=.87$ y $\omega=.93$; D2: $\alpha=.85$ y $\omega=.90$; D3: $\alpha=.85$ y $\omega=.90$ (Campo y Oviedo, 2005).

Tabla 14*Validez de contenido del Cuestionario de Recaída AWARE 3.0*

	JUEZ 1			JUEZ 2			JUEZ 3			JUEZ 4			Aciertos	V. Aiken	Aceptable
	C	C	R	C	C	R	C	C	R	C	C	R			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	1.00	Sí

Nota: No está de acuerdo = 0, sí está de acuerdo = 1; C = coherencia, R = Relevancia, C = Claridad

En la tabla 14, se aprecia que los cuatro jueces expertos consultados coinciden en manifestar su acuerdo con respecto a los 28 reactivos que se formulan en Cuestionario de recaída AWARE 3.0, alcanzando un coeficiente V de Aiken de 0.95 lo que indica que este test reúne evidencias (pertinencia, relevancia y claridad) de validez de contenido pues los valores son >0.85.

Tabla 15

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC del Cuestionario AWARE 3.0

Muestra total (n= 100)	Ajuste Absoluto				Ajuste Incremental		
	X ² /gl	RMSEA	SRMR	GFI	CFI	TLI	NFI
Modelo original	1.5	.07	.11	.64	.96	.96	.91
Modelo re especificado (ítems eliminados:20-24-26)	0.67	.00	.07	.99	1.0	1.0	.98
<i>Valores aceptables Jordan, 2021</i>	≤ 3	≤ .08	≤ .09	≥ .90	≥ .95	≥ .95	≥ .95

Nota: X²/gl= Chi-Cuadrado entre grados de libertad; RMSEA= Error de Aproximación cuadrático medio; SRMR= Raíz media estandarizada residual cuadrática; GFI= Índice de bondad de ajuste; CFI= Índice de bondad de ajuste comparativo; TLI= índice de Tucker-Lewis; NFI: Índice normado de ajuste.

Se observa en la tabla 15 las evidencias de estructura interna basada en el análisis factorial confirmatorio. Para ello, se empleó el estimador ULS, dado que este es adecuado cuando se trabajan con muestras pequeñas (Ximénez y García, 2015). A partir de la corrección de ítems con cargas factoriales inferiores a .30, se identificaron valores adecuados en los ajustes absolutos (X²/gl=0.67, RMSEA=.00, SRMR=.07, GFI=.99) y en los ajustes incrementales (CFI=1.0, TLI=1.0, NFI=.98).

Gráfico 2

Diagrama de senderos

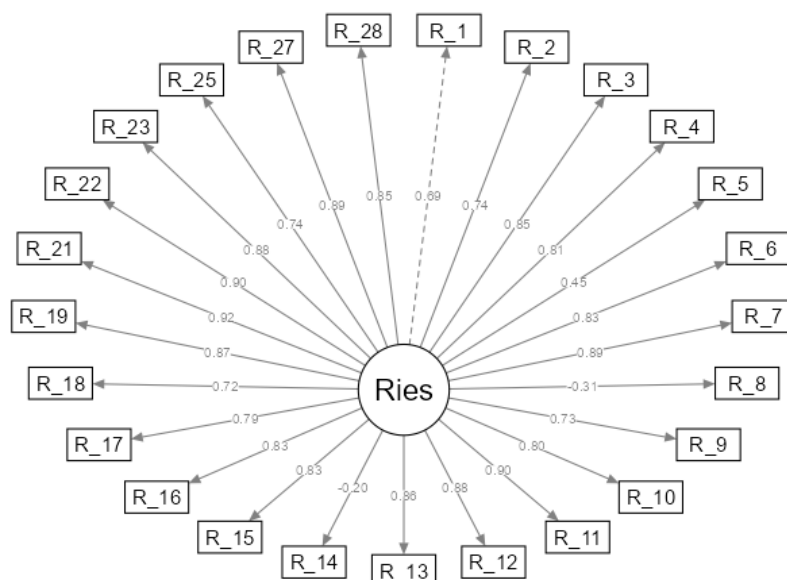


Tabla 16

Análisis estadístico de los ítems del Cuestionario AWARE 3.0

ITEMS	Porcentaje de respuesta							M	DE	g1	g2	IHC	h2	Si se descarta el elemento	
	1	2	3	4	5	6	7							α si se elimina	ω si se elimina
	R_1	35	22	16	6	4	9							8	2.81
R_2	19	29	17	4	11	13	7	3.26	1.95	0.58	-1.02	.73	.46	.96	.96
R_3	23	24	24	6	3	12	8	3.1	1.93	0.78	-0.60	.83	.26	.95	.96
R_4	23	20	23	7	8	7	12	3.26	2.01	0.65	-0.80	.78	.35	.96	.96
R_5	6	12	20	22	12	13	15	4.21	1.79	0.07	-0.98	.39	.80	.96	.97
R_6	21	25	24	5	10	7	8	3.11	1.86	0.76	-0.50	.77	.38	.96	.96
R_7	54	8	11	9	4	9	5	2.48	1.97	1.05	-0.26	.85	.25	.95	.96
R_8	23	10	13	10	23	15	6	3.69	1.98	-0.06	-1.33	-.30	.89	.96	.97
R_9	17	18	22	8	9	16	10	3.62	2	0.30	-1.22	.67	.50	.96	.96
R_10	23	18	29	9	8	5	8	3.08	1.81	0.76	-0.25	.78	.36	.96	.96
R_11	50	10	17	5	2	12	4	2.51	1.94	1.06	-0.21	.86	.24	.95	.96
R_12	24	17	30	3	10	8	8	3.14	1.89	0.69	-0.60	.84	.25	.95	.96
R_13	27	26	19	6	4	11	7	2.95	1.92	0.86	-0.49	.85	.25	.95	.96
R_14	37	17	21	6	11	5	3	2.64	1.73	0.86	-0.24	-.22	.93	.96	.97
R_15	41	21	11	2	6	11	8	2.76	2.09	0.92	-0.64	.76	.36	.96	.96
R_16	30	27	18	2	10	5	8	2.82	1.9	0.98	-0.21	.82	.31	.95	.96
R_17	36	21	11	7	8	10	7	2.88	2.02	0.78	-0.78	.75	.41	.90	.96
R_18	37	17	16	1	13	6	10	2.94	2.09	0.76	-0.82	.78	.36	.90	.96
R_19	53	10	7	8	9	8	5	2.54	2	0.94	-0.56	.82	.31	.95	.96
R_21	53	8	12	1	7	11	8	2.66	2.17	0.92	-0.74	.83	.26	.95	.96
R_22	51	16	11	2	8	6	6	2.42	1.93	1.21	0.12	.84	.25	.95	.96
R_23	29	25	19	4	7	12	4	2.87	1.86	0.82	-0.56	.87	.24	.95	.96
R_25	42	11	15	5	7	15	5	2.89	2.07	0.66	-1.05	.72	.48	.96	.96
R_27	53	11	11	5	5	12	3	2.46	1.95	1.04	-0.37	.84	.28	.95	.96
R_28	60	11	8	2	7	9	3	2.24	1.89	1.30	0.22	.78	.35	.96	.96

Nota: FR: Formato de respuesta; M: Media; DE: Desviación estándar; g¹: coeficiente de asimetría de Fisher; g²: coeficiente de curtosis de Fisher; IHC: Índice de homogeneidad corregida o Índice de discriminación; h²: Comunalidad;

En la tabla 16 se observa que en la frecuencia de respuesta de los ítems del inventario son inferiores a 80%, lo que señala que los participantes contestaron las preguntas sin sesgo ni deseabilidad social (Nunnally y Bemstein, 1995). Asimismo, se percibe que en las tres dimensiones las medias son similares entre sí, por lo que capta los indicadores de las variables (Kline, 2005). De igual forma las medidas de curtosis y asimetría varían entre -1.5 y +1.5, lo que señala que estos datos no se alejan de la distribución normal, es decir que captan los indicadores de la variable.

Así pues, los valores de correlación entre ítems y el test son mayores a 0.30 por lo que miden la misma variable. Por último, los valores de comunalidades son >0.30 (Ventura, 2020), lo que evidencia que se capta los indicadores de la variable.

Tabla 17

Evidencias de consistencia interna con alfa de Cronbach y Omega de McDonald's del Cuestionario AWARE 3.0

	Ítems	# Elementos	Cronbach α	McDonald's ω
Riesgo de recaída	1-2-3-4-5-6-7-8-9- 10-11-12-13-14-15- 16-17-18-19-21-22- 23-25-27-28	25	.97	.98

En la tabla 17 se observa que el Alfa de Cronbach (.97) y en el Omega de McDonald's (.98) es alto por lo que la prueba es confiable (Campo y Oviedo, 2005).

Anexo 13: Escaneo de criterio de los jueces

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)" La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al que hacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	JUANA ELISA DIOSES RIZZI		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor (x)	
Área de formación académica:	Clinica (x)	Social ()	
	Educativa (x)	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	Hospital de la Base Naval del Callao, psicóloga responsable del Servicio de Psicología, Primer Jardín de la Infancia de Lima, psicóloga responsable del servicio psicopedagógico, Docencia en Educación Superior.		
Institución donde labora:	Marina de Guerra del Perú, Dirección de Salud de la Marina, Universidad César Vallejo, docente de tiempo parcial		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Libro Inteligencia Emocional, versión 29, Propiedades psicométricas de la escala de Riesgo psicosocial SUSESO IstaS-21.		



2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)
Autora:	Gorski y Miller (1988), adaptada y traducida a la versión peruana por Valles (2016)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Adultos; individual y Colectiva.
Tiempo de aplicación:	Sin tiempo limitado.
Ámbito de aplicación:	Clinico y comunitaria.
Significación:	Este instrumento está compuesto por 28 ítems que comprende los siguientes signos en 10 fases: Señales internas de recaída, retorno a la negación, conducta evasiva, creación de crisis, inmovilización, confusión y sobre-reacción, depresión, pérdida del control del comportamiento,



	mantenerme en abstinencia.				
I27:	Me temo que estoy perdiendo la razón.	4	4	4	
I28:	Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	4	4	4	

J. Dioses
 Juana Elisa Dioses Rizzi
 PSICÓLOGA
 C. P. P. 6006

Firma del evaluador

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente, aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	JUANA ELISA DIOSES RIZZI		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor	(x)
Área de formación académica:	Clinica (x)	Social	()
	Educativa (x)	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Hospital de la Base Naval del Callao, psicóloga responsable del Servicio de Psicología, Primer Jardín de la Infancia de Lima, psicóloga responsable del servicio Psico pedagógico, Docencia en Educación Superior,		
Institución donde labora:	Marina de Guerra del Perú, Dirección de Salud de la Marina, Universidad César Vallejo, docente de tiempo parcial		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años	(X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Libro Inteligencia Emocional, versión 20, Propiedades psicométricas de la escala de Riesgo psicosocial SUSESO Ista-21.		



2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

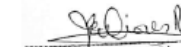
3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)
Autora:	Salovey y Mayer (1995), adaptada y traducida a la versión española por Fernández-Berrocal et al., (2004)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Individual y Colectivo.
Tiempo de aplicación:	5 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	Este instrumento está compuesto por 24 ítems, cada dimensión está compuesta por 8 ítems: Atención, Comprensión y Regulación. los ítems se miden de forma directa y la finalidad del instrumento es medir la Inteligencia emocional.



	I22: Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	4	4	4	
	I23: Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	4	4	4	
	I24: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	4	4	4	

RECOMENDACIONES GENERALES: Asegúrate de que las palabras como "frecuentemente," "casi siempre," y "a veces" sean entendidas de manera consistente. Considera simplificar las expresiones para evitar ambigüedades. Revisa la coherencia en la redacción para mantener la consistencia en la escala de respuesta.


 Juana Elisa Dioses Rizzi
 PSICOLOGA
 C.R.P. 6006

Firma del evaluador

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)" La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Atarama Recoba Lorenzo Umberto
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clinica (x) Social () Educativa () Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Hospital Nacional "Cayetano Heredia"
Institución donde labora:	Psicólogo clínico
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años () Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)
Autora:	Gorski y Miller (1986), adaptada y traducida a la versión peruana por Valles (2016)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Adultos; individual y Colectiva.
Tiempo de aplicación:	Sin tiempo limitado.
Ámbito de aplicación:	Clínico y comunitaria.
Significación:	Este instrumento está compuesto por 28 ítems que comprende los siguientes signos en 10 fases: Señales internas de recaída, retorno a la negación, conducta evasiva, creación de crisis, inmovilización, confusión y sobrerreacción, depresión, pérdida del control del comportamiento, reconocimiento de la pérdida de control y reducción de opciones. Asimismo, 23 ítems son directos y 5 de ellos inversos. Es un instrumento que tiene como finalidad evaluar el nivel de riesgo de recaída en



	mantenerme en abstinencia.				
	I27: Me temo que estoy perdiendo la razón.	4	4	4	
	I28: Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	4	4	4	

Firma del evaluador

Mg. Lorenzo Umberto Atarama Recoba
PSICÓLOGO
C.P.S. N° 11356



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	ATARAMA RECOBA LORENZO UMBERTO		
Grado profesional:	Maestría (X) Doctor ()		
Área de formación académica:	Clinica (x) Social ()		
	Educativa () Organizacional ()		
Áreas de experiencia profesional:	Hospital Nacional "Cayetano Heredia"		
Institución donde labora:	Psicólogo clínico		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()		
	Más de 5 años (x)		
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.


3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)
Autora:	Salovey y Mayer (1995), adaptada y traducida a la versión española por Fernández-Berrocal et al., (2004)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Individual y Colectivo.
Tiempo de aplicación:	5 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	Este instrumento está compuesto por 24 ítems, cada dimensión está compuesta por 8 ítems: Atención, Comprensión y Regulación. Los ítems se miden de forma directa y la finalidad del instrumento es medir la Inteligencia emocional.



I22: Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	4	4	4	
I23: Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	4	4	4	
I24: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	4	4	4	

Firma del evaluador


 Mg. Lorenzo Umberto Atarama Recoba
 PSICOLOGO
 C. Ps.P. N° 11356



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)" La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Manuel Eduardo Cueva Rojas		
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()	
Área de formación académica:	Clinica ()	Social ()	
	Educativa (x)	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	Investigación		
Institución donde labora:	Universidad de Lima		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()		
	Más de 5 años (x)		
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)
Autora:	Salovey y Mayer (1995), adaptada y traducida a la versión española por Fernández-Berrocal et al., (2004)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Individual y Colectivo.
Tiempo de aplicación:	5 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	Este instrumento está compuesto por 24 ítems, cada dimensión está compuesta por 8 ítems: Atención, Comprensión y Regulación. los ítems se miden de forma directa y la finalidad del instrumento es medir la Inteligencia emocional.



I22: Me preocupó por tener un buen estado de ánimo.	4	4	4	
I23: Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	4	4	4	
I24: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	4	4	4	


Firma del evaluador



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)" La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Manuel Eduardo Cueva Rojas		
Grado profesional:	Maestría (x)	Doctor ()	
Área de formación académica:	Clinica ()	Social ()	
	Educativa (x)	Organizacional ()	
Áreas de experiencia profesional:	Investigación		
Institución donde labora:	Universidad de Lima		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años (x)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)
Autora:	Gorski y Miller (1986), adaptada y traducida a la versión peruana por Valles (2016)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Adultos; individual y Colectiva.
Tiempo de aplicación:	Sin tiempo limitado.
Ámbito de aplicación:	Clinico y comunitaria.
Significación:	Este instrumento está compuesto por 28 ítems que comprende los siguientes signos en 10 fases: Señales internas de recaída, retorno a la negación, conducta evasiva, creación de crisis, inmovilización, confusión y sobreacción, depresión, pérdida del control del comportamiento, reconocimiento de la pérdida de control y reducción de opciones. Asimismo, 23 ítems son directos y 5 de ellos inversos. Es un instrumento que tiene como finalidad evaluar el nivel de riesgo de recaída en



	mantenerme en abstinencia.				
I27:	Me temo que estoy perdiendo la razón.	4	4	4	
I28:	Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	3	3	3	Si está consumiendo ya no es riesgo

Firma del evaluador

Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Walter Iván Abanto Vélez		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor	(X)
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social	()
	Educativa ()	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Docente universitario		
Institución donde labora:	Universidad César Vallejo		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años	(X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

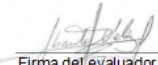
2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Escala Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24)
Autora:	Salovey y Mayer (1995), adaptada y traducida a la versión española por Fernández-Berrocal et al., (2004)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Individual y Colectivo.
Tiempo de aplicación:	5 minutos
Ámbito de aplicación:	Educativo y clínico
Significación:	Este instrumento está compuesto por 24 ítems, cada dimensión está compuesta por 8 ítems: Atención, Comprensión y Regulación. Los ítems se miden de forma directa y la finalidad del instrumento es medir la Inteligencia emocional.

I22: Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	4	4	4	
I23: Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	4	4	4	
I24: Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	4	4	4	


Firma del evaluador



Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del juez:	Walter Iván Abanto Vélez		
Grado profesional:	Maestría ()	Doctor	(X)
Área de formación académica:	Clinica (X)	Social	()
	Educativa ()	Organizacional	()
Áreas de experiencia profesional:	Docente universitario		
Institución donde labora:	Universidad César Vallejo		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ()	Más de 5 años	(X)
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

2. Propósito de la evaluación:

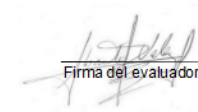
Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Cuestionario de Riesgo de Recaída (AWARE 3.0)
Autora:	Gorski y Miller (1986), adaptada y traducida a la versión peruana por Valles (2016)
Procedencia:	Estadounidense
Administración:	Adultos; individual y Colectiva.
Tiempo de aplicación:	Sin tiempo limitado.
Ámbito de aplicación:	Clínico y comunitaria.
Significación:	Este instrumento está compuesto por 28 ítems que comprende los siguientes signos en 10 fases: Señales internas de recaída, retorno a la negación, conducta evasiva, creación de crisis, inmovilización, confusión y sobreacción, depresión, pérdida del control del comportamiento, reconocimiento de la pérdida de control y reducción de opciones. Asimismo, 23 ítems son directos y 5 de ellos inversos. Es un instrumento que tiene como finalidad evaluar el nivel de riesgo de recaída en individuos con



	mantenerme en abstinencia.				
	I27: Me temo que estoy perdiendo la razón.	4	4	4	
	I28: Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	4	4	4	


Firma del evaluador



Jueces expertos

JUEZ	NOMBRE	GRADO	CARGO
1	Juana Eliza Dioses Rizzi C.Ps.P. 6006	Doctora	Marina de Guerra del Perú, Dirección de Salud Marina, Docente de pregrado Universidad César Vallejo a tiempo parcial.
2	Lorenzo Umberto Atarama Recoba C.Ps.P. 11356	Magister	Psicólogo clínico. Hospital Nacional Cayetano Heredia.
3	Walter Iván Abanto Vélez C.Ps.P 9709	Doctor	Docente universitario de pregrado.
4	Manuel Eduardo Cuevas Rojas C.Ps.P 8940	Magister	Docente universitario en la Universidad de Lima

Criterios para elección de jueces expertos

1. Ser psicólogo habilitado
2. Ser Magister y/o Doctor
3. Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)
4. Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)

Perfiles

- Juana Eliza Dioses Rizzi (C.Ps.P. 6006)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

➤ Lorenzo Umberto Atarama Recoba (C.Ps.P. 11356)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

➤ Walter Iván Abanto Vélez (C.Ps.P. 9709)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

➤ Manuel Eduardo Cuevas Rojas (C.Ps.P. 8940)

CRITERIOS	SI	NO
Ser psicólogo habilitado	X	
Ser Magister y/o Doctor	X	
Experiencia en docencia universitaria (interacción con población a estudiar)	X	
Experiencia en intervención en casos de violencia (educativo y/o clínico)	X	

Anexo 14: Sintaxis de programa JAMOVl

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(T_1, T_2, T_3, T_4, T_5, T_6, T_7, T_8, T_9, T_10, T_11, T_12, T_13,  
T_14, T_15, T_16, T_17, T_18, T_19, T_20, T_21, T_22, T_23, T_24),  
  freq = TRUE,  
  n = FALSE,  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(R_1, R_2, R_3, R_4, R_5, R_6, R_7, R_8, R_9, R_10, R_11, R_12,  
R_13, R_14, R_15, R_16, R_17, R_18, R_19, R_20, R_21, R_22, R_23, R_24, R_25,  
R_26, R_27, R_28),  
  freq = TRUE,  
  n = FALSE,  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(T_1, T_2, T_3, T_4, T_5, T_6, T_7, T_8, T_9, T_10, T_11, T_12, T_13,  
T_14, T_15, T_16, T_17, T_18, T_19, T_20, T_21, T_22, T_23, T_24),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphaltems = TRUE,  
  omegaltems = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(R_1, R_2, R_3, R_4, R_5, R_6, R_7, R_8, R_9, R_10, R_11, R_12,  
R_13, R_14, R_15, R_16, R_17, R_18, R_19, R_20, R_21, R_22, R_23, R_24, R_25,  
R_26, R_27, R_28),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphaltems = TRUE,  
  omegaltems = TRUE)
```

Anexo 15: Evidencia de aprobación del curso de conducta responsable de investigación

SZULLY VERONICA MIRANDA LUJAN



Calificación, Clasificación y Registro de Investigadores

Solicitar Incorporación



Conducta Responsable
en Investigación

Fecha: 31/05/2023

https://ctivtae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=338097

LEONARDA ANGELICA PARIONA RAMIREZ



Calificación, Clasificación y Registro de Investigadores

[Solicitar Incorporación](#)

 **Conducta Responsable
en Investigación**

Fecha: 13/09/2023

https://ctivtae.concytec.gob.pe/appDirectorioCTI/VerDatosInvestigador.do?id_investigador=354910