

Efecto de un programa de inteligencia emocional sobre la autoeficacia en conductas de riesgo en consumidores de droga

Peralta-Eugenio, G. V. y Palacios-Delgado, J. R. (2025). Efecto de un programa de inteligencia emocional sobre la autoeficacia en conductas de riesgo en consumidores de droga. *Cultura y Droga*, 30(40), 137-159.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2025.30.40.7>


Gutember Viligran Peralta-Eugenio*
Jorge Raul Palacios-Delgado**

Recibido: 18 de febrero de 2025
Aprobado: 10 de mayo de 2025


Resumen

El origen del consumo de drogas se atribuye al déficit en la regulación emocional, por lo que trabajar el manejo de emociones puede disminuir dicho consumo. Así, el objetivo es determinar el efecto de un programa de inteligencia emocional sobre la autoeficacia ante conductas de riesgo en internos de un centro de rehabilitación. El diseño del estudio fue cuasi experimental con dos grupos intactos (8 para el experimental y 7 para el control), de 19 a 37 años ($M = 26,67$; $DE = 5,79$), con un tiempo promedio de 9.26 años ($DE = 6,31$) de consumo. La variable dependiente fue medida con la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo de Palacios (2015). A nivel descriptivo, en el grupo experimental del pretest al postest, la autoeficacia global aumentó de 50 % al 75 % en el nivel alto; mientras que en el grupo control la distribución fue similar en las dos fases de evaluación. Al contrastar el pre y postest del grupo experimental, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia general, autoeficacia ante el alcohol, la droga y la conducta sexual. En el

* Magíster en Intervención Psicológica, Universidad César Vallejo. Docente, Universidad César Vallejo. Áncash, Perú. Correo electrónico: gperaltae@ucvvirtual.edu.pe

 <https://orcid.org/0000-0002-1177-6088> **Google Scholar**

Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Docente, Universidad del Valle de México. Querétaro, México. Correo electrónico: jorge.palaciosd@uvmnet.edu ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4351-5667> Google Scholar: <https://scholar.google.com/citations?hl=es&user=m9XRISAAAAAJ>

 <https://orcid.org/0000-0002-4351-5667> **Google Scholar**



reporte del índice de cambio clínico, se halló una mejora significativa en autoeficacia general y en autoeficacia ante el alcohol en la mayoría de los participantes del grupo experimental. El programa de inteligencia emocional mostró efectos positivos en la autoeficacia para conductas de riesgo, especialmente en la dimensión relacionada al consumo de alcohol.

Palabras clave: autoeficacia, conductas de riesgo, drogas, drogodependencia, inteligencia emocional

Effect of an emotional intelligence program on self-efficacy risk behaviors in drug addicts

Abstract

The origin of drug use is attributed to a deficit in emotional regulation. Therefore, working on the management of emotions may reduce drug use. To determine the effect of an emotional intelligence program on self-efficacy in the face of risk behaviors in inmates of a drug rehabilitation center. Method: The study design was quasi-experimental with 2 intact groups (8 for the experimental group and 7 for the control group), aged 19 to 37 years ($M = 26.67$; $SD = 5.79$), with an average time of drug use of 9.26 years ($SD = 6.31$). The dependent variable was measured with Palacios' (2015) self-efficacy scale for risk behaviors. At a descriptive level, in the experimental group from pretest to posttest, global self-efficacy increased from 50% to 75% at the high level; whereas, in the control group the distribution was similar in both evaluation phases. When contrasting the pretest and posttest of the experimental group, statistically significant differences were found in general self-efficacy, self-efficacy in the face of alcohol, drugs and sexual behavior. In the clinical change index report, a significant improvement in overall self-efficacy and self-efficacy in the presence of alcohol was found in the majority of participants in the experimental group. The emotional intelligence program showed positive effects on self-efficacy for risk behaviors, especially in the dimension related to alcohol use.

Keywords: Self-efficacy, risky behaviors, drugs, drug dependence, emotional intelligence

Introducción

El consumo de drogas ilegales es un problema de salud pública con notables consecuencias sanitarias y sociales (Crépault *et al.*, 2024; Matalí *et al.*, 2009; Molero-Jurado *et al.*, 2017). La prevalencia global estima que 292 millones de personas de 15 a 64 años han probado drogas al menos una vez en su vida (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2025). En el contexto europeo, 83,4 millones de adultos (29 %) han probado drogas ilegales alguna vez en la vida (Health Research Board, 2024). En Perú, las drogas consideradas como legales de mayor consumo eran alcohol (7,2 %) y tabaco (52,5 %), y las drogas no legales de mayor consumo son: la marihuana (8,1 %) y cocaína (2,0 %) (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas [CEDRO], 2017).

En consecuencia, se ha pretendido abordar el problema del consumo de sustancias, por ser una problemática que va en aumento. Aunque existe evidencia empírica y clínica (Becoña Iglesias, 2002) derivada de modelos teóricos como el modelo transteórico del cambio (Prochaska & DiClemente, 1983) y la teoría social cognitiva (Bandura, 2001), en lo que se refiere a las intervenciones, existen variables poco estudiadas en Perú que pueden favorecer la disminución del consumo de drogas (CEDRO, 2017), como la regulación de emociones, la autoeficacia y habilidades socioemocionales. Los programas de intervención basados en la inteligencia emocional (IE) parecen contar con evidencia favorable (Brackett & Mayer, 2003; Ciarrochi *et al.*, 2001; Cogollo-Milanés *et al.*, 2023; Ewing *et al.*, 2015; Gutiérrez *et al.*, 2021; Stellern *et al.*, 2023), que demuestra aminorar ciertos estados emocionales adversos o generar estados emocionales positivos (Fernández *et al.*, 2009; Trinidad & Johnson, 2002).

La emoción es uno de los elementos que se toma en cuenta en especial en el campo de las adicciones (Gross, 2015). La gestión efectiva de la emoción reduce el riesgo de adicción ante la presión para consumir drogas, por lo que el manejo de emociones permite un afrontamiento adecuado en circunstancias de alto riesgo para el abuso de sustancias (Zahed *et al.*, 2009), destacando que la carencia de regulación emocional conlleva al consumo de drogas (Villareal *et al.*, 2020) y bebidas alcohólicas (González-Yubero *et al.*, 2021).

Existe evidencia de que individuos con mayor riesgo al consumo presentan menor inteligencia emocional y pacientes drogodependientes con deficiente estado emocional presentan bajo pronóstico de rehabilitación (Ruiz *et al.*, 2009; Tarazona *et*

al., 2020); es decir, el bajo nivel para regular las emociones incrementa la posibilidad de consumir sustancias psicoactivas (Rezaei *et al.*, 2021; Schreiber *et al.*, 2012; Tsavou & Petkari, 2019) y la emotividad negativa predice positivamente el consumo de dichas sustancias (Bonnet *et al.*, 2013).

Al comparar individuos en riesgo de consumo y consumidores, la evidencia empírica afirma que los participantes con adicción presentan mayor dificultad en las actividades de regulación emocional —particularmente en el manejo y la comprensión emocional— aunque no en la percepción del riesgo. Por su parte, los individuos sin adicción evidencian mejores niveles de inteligencia emocional; sin embargo, los consumidores tienden a describirse con experiencias emocionales más intensas, como búsqueda de aventura y desinhibición (García-Pardo, 2018; Naeim & Rezaei, 2021; Parolín *et al.*, 2017). En el ámbito clínico, los pacientes que recibieron una intervención breve mejoraron significativamente en desatención y descontrol, pero no en confusión, rechazo e interferencia (García-Pardo, 2018). Asimismo, en otra intervención centrada en inteligencia emocional, no se encontraron mejoras significativas en inestabilidad emocional y conciencia (Sarrionandia y Garaigordobil, 2015).

Por otra parte, uno de los fundamentos más utilizados como modelo teórico explicativo sobre el consumo de sustancias psicoactivas es del aprendizaje social; un componente clave de esta teoría es la autoeficacia (Bandura, 2001). Esta es entendida como la certeza que tiene el sujeto sobre la eficacia de sus capacidades ante una situación que le permite obtener resultados exitosos (Bandura, 1997). En este marco, diversas investigaciones han evidenciado que niveles bajos de autoeficacia se relacionan con mayor probabilidad de consumir sustancias, puesto que las personas con menor confianza en su capacidad para resistir la presión social o gestionar situaciones de riesgo suelen tomar decisiones que favorecen el inicio y/o continuidad del consumo (Cogollo-Milanés *et al.*, 2023; Epstein *et al.*, 2009; Zullig *et al.*, 2014). Por lo cual, la decisión de consumir o no, gira en torno a las expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado en su contexto (Bandura, 1977). La expectativa de eficacia guarda semejanza con el control individual, mientras que las expectativas de resultado se refieren a la valoración de las consecuencias que se espera obtener tras una conducta específica (Palacios, 2010, 2019; Palacios y Bustos, 2012).

El incremento de la autoeficacia, parece ser un elemento esencial en intervenciones psicoeducativas orientadas a prevenir comportamientos de riesgo bajo el impulso de la emoción (Hessler & Fainsilber-Katz, 2010), las cuales han mostrado que

este componente se asocia con factores de riesgo del uso y abuso de sustancias (Krank *et al.*, 2011). De manera similar, la literatura científica ha documentado que las expectativas de resultado son favorables para reducir el consumo de drogas y sus secuelas y que, a medida que el control se prolonga, mejora la percepción de autocontrol (Marlatt & Gordon, 1985). En esta línea, trabajos previos reportan que las personas consumidoras de sustancias que reciben apoyo emocional y entrenamiento asertivo incrementan su autoeficacia para resistir el consumo de dichas sustancias (Alfunnafi' *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2020).

El estudio de las adicciones, realizado con anterioridad (Bonnet *et al.*, 2013; Rodríguez-Ruiz *et al.*, 2021; Schreiber *et al.*, 2012; Tarazona *et al.*, 2020) sirvió como base para el desarrollo de la presente investigación, de tal modo que los profesionales del área de salud mental podrán asumir con mayores elementos su trabajo de orientador estratégico con personas consumidoras de sustancias psicoactivas, al contar con evidencias de un programa sobre inteligencia emocional basado en el modelo teórico de Bar-On (2006) y combinado con estrategias usadas en trabajos previos con drogodependientes (Peri *et al.*, 2024), sobre desarrollo emocional, regulación emocional, solución de problemas (García-Pardo, 2018; Romero-Ayuso *et al.*, 2016).

En el ámbito de la comunidad terapéutica, en los servicios dirigidos a personas con consumo problemático de drogas, se observa que los componentes de la inteligencia emocional suelen encontrarse disminuidos. Al fortalecerlos, se espera mejorar la capacidad de abstenerse ante circunstancias de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol, drogas, así como las conductas sexuales y antisociales. De esta manera, la información obtenida podría orientar a los encargados del trabajo terapéutico y al área administrativa para diseñar e implementar, dentro del plan anual, acciones y talleres específicos enfocados en la reducción del consumo de sustancias adictivas (Guzmán-Facundo *et al.*, 2011).

El objetivo de la investigación es determinar el efecto de un programa de inteligencia emocional sobre la autoeficacia de conductas de riesgo en drogodependientes de una comunidad terapéutica de Trujillo. Asimismo, el estudio busca contrastar las puntuaciones de cada una de las dimensiones de autoeficacia ante conductas de riesgo en las dos fases de evaluación (pre y postest) aplicadas a los participantes del programa de inteligencia emocional. La hipótesis plantea que dicho programa tendrá efectos positivos en la autoeficacia ante conductas de riesgo en drogodependientes, incrementando su capacidad de afrontamiento y control.

Métodología

Diseño

El estudio se desarrolló bajo un diseño cuasi experimental de tipo pretest-postest con grupo control de grupos intactos. Los participantes fueron evaluados antes y después de la intervención, siguiendo las recomendaciones metodológicas para este tipo de diseño (Kazdin, 2001). Con el fin reducir posibles sesgos, se aplicaron criterios de inclusión homogéneos en ambos grupos y se mantuvieron condiciones similares durante la evaluación. No obstante, se reconoce que la ausencia de aleatorización constituye una limitación que podría afectar la validez interna de los resultados. Asimismo, se precisa que el estudio no evaluó la inteligencia emocional como variable dependiente, sino que empleó un programa basado en inteligencia emocional para valorar su efecto sobre la autoeficacia ante conductas de riesgo.

Participantes

La muestra final estuvo conformada por 15 varones de una comunidad terapéutica de una ciudad de Trujillo, Perú. Ocho de ellos integraron el grupo experimental y siete el grupo control. La edad promedio de la muestra fue de 26,67 años ($DE = 5,79$), con un rango de edad entre 19 y 37 años. En cuanto al tiempo de consumo de sustancias, en el grupo experimental varió entre uno y veintidós años, mientras que en el grupo control se ubicó entre uno y diecisiete años. Respecto al tiempo de permanencia en la comunidad terapéutica, al momento del pretest se identificaron periodos que oscilaron entre quince días y seis meses para ambos grupos. En lo relativo al estado civil, predominó la condición de soltero en la mayoría de los participantes, aunque se registró un caso de casado y uno de separado. Con relación al número de hijos, la mayoría no los tenía; solo algunos reportaron tener entre uno y dos. Finalmente, en cuanto al número de ingresos previos a una comunidad terapéutica, la mayoría había estado entre una y tres veces en una comunidad similar, y en algunos casos hasta cuatro ingresos.

Todos los participantes fueron internados por consumo reiterativo de sustancias, ya sea por decisión propia o a solicitud de sus familiares. La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, considerando la representatividad de la población y la accesibilidad de los participantes (Alarcón, 2013).

Instrumento

Para evaluar la autoeficacia ante conductas de riesgo se utilizó la escala de Palacios (2015), que mide la autoeficacia para evitar o rechazar conductas de riesgo. El instrumento seis dimensiones de autoeficacia: ante el alcohol, ante el tabaco, conducta sexual de riesgo, ante la droga, ante daños a la salud y ante conductas antisociales. Está compuesto por 43 afirmaciones en formato Likert con cinco opciones de respuesta, que va de casi nunca a casi siempre; el cual presenta validez factorial confirmatorio (AFC) (CFI = ,99, RMSEA = ,08), y con consistencia interna (alfa de Cronbach de ,74 y ,92).

Para el desarrollo de esta investigación el instrumento fue aplicado previamente a una muestra piloto conformada por 26 personas del sexo masculino con características similares a la población estudiada, es decir consumidores de sustancias psicoactivas. Las propiedades psicométricas obtenidas se detallan en Peralta (2019).

Procedimiento

El proyecto contó con la aprobación institucional mediante la Resolución del Vicerrectorado de Investigación N.º 305-2022-VI-UCV y la autorización formal del centro terapéutico, así como el consentimiento informado de cada participante, garantizando la confidencialidad y el cumplimiento de los principios éticos en la investigación con seres humanos. Una vez obtenidas las autorizaciones, se coordinó con el personal del centro la dinámica de aplicación del programa y de los instrumentos de evaluación. El programa fue aplicado por una psicoterapeuta certificada con las competencias necesarias para el desarrollo de las sesiones.

El programa, basado en el modelo de inteligencia emocional de Bar-On (2006), comprendió un total de 12 sesiones semanales con una duración de 60 minutos cada una; las sesiones incluyeron actividades orientadas al reconocimiento y regulación emocional, fortalecimiento de habilidades interpersonales e intrapersonales, estrategias para el manejo del estrés y toma de decisiones, así como ejercicios prácticos para aplicar lo aprendido en situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de sustancias. La evaluación inicial (pretest) se realizó en la primera sesión y la evaluación final (postest) en la última. Al concluir la intervención, se solicitó al centro terapéutico la carta de conformidad que acreditaba la correcta ejecución del programa y la colaboración de la institución en el desarrollo del estudio.

Análisis de datos

Análisis descriptivo

Previo al análisis de la información recolectada mediante la escala de autoeficacia de conductas de riesgo, se verificó que los participantes del pretest y del postest fueran los mismos. Posteriormente, los datos se tabularon en el programa estadístico SPSS versión 24 para su procesamiento. La categorización de la variable se realizó mediante el método de distribución por rangos, dado que no se contaba con baremos normativos para el instrumento. Los puntos de corte se establecieron considerando el rango entre los valores máximo y mínimo esperados, según la cantidad de reactivos de cada dimensión y dividiendo en categorías para obtener la distribución por rangos. Además, las puntuaciones de asimetría en el grupo control oscilaron entre 0,23 y -1,81, y en el grupo experimental entre -0,27 y -1,00, índices aceptables para asumir una distribución aproximadamente normal (Curran *et al.*, 1996).

Análisis inferencial

Para el contraste de las puntuaciones se emplearon pruebas paramétricas, ya que en muestras pequeñas los estadísticos no paramétricos tienden a presentar bajo poder estadístico, y en poblaciones muy reducidas su valor puede ser igual a cero. Además, no resulta recomendable basarse únicamente en pruebas de normalidad debido a su bajo poder estadístico (Matamoros y Ceballos, 2017). Con base en estos criterios, se aplicó la prueba de t de Student tanto para muestras relacionadas como para muestras independientes.

Análisis de cambio clínico

Además del análisis global de comparación de medias, se realizó un análisis individual mediante el Índice de Cambio Confiable propuesto por Jacobson & Truax (1991), con el propósito de identificar cambios clínicamente significativos a nivel individual. Para ello, se utilizó la confiabilidad total del instrumento y de cada una de sus dimensiones, calculada mediante el coeficiente omega en una muestra piloto (Peralta, 2019). Este procedimiento permitió valorar con mayor precisión los efectos del programa de inteligencia emocional sobre la autoeficacia ante conductas de riesgo.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo del estudio se respetó la normativa nacional e internacional que regula la investigación con seres humanos, incluyendo la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013) y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017). El estudio contó con la aprobación institucional mediante la Resolución del Vicerrectorado de Investigación N.º 305-2022-VI-UCV y con la autorización del centro de rehabilitación, lo que garantizó su desarrollo bajo estándares éticos.

Antes de la intervención, a cada participante se le explicó el propósito del estudio, el carácter voluntario de su participación, su derecho de retirarse en cualquier momento y la confidencialidad de la información proporcionada. Posteriormente, todos firmaron la carta de consentimiento informado por ser mayores de edad y encontrarse en pleno uso de sus facultades.

Durante el desarrollo del programa se procuró en todo momento no comprometer la integridad física ni la salud psicológica de los participantes, contando con acompañamiento profesional para atender situaciones que requieran intervención especializada. Finalmente, el análisis y reporte de los hallazgos se realizó de manera objetiva, resguardando la identidad de los participantes y empleando un instrumento con evidencias de validez y confiabilidad adecuadas.

Resultados

Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo de la autoeficacia y sus dimensiones, la variable se categorizó en cuatro niveles mediante el método de distribución por rangos. En la Tabla 1 se presenta la distribución de los niveles en el pretest y postest para cada grupo. En el grupo experimental, se observa un incremento en el nivel alto de autoeficacia total, que pasó del 50% al 75% del pretest al postest. De manera similar, todas las dimensiones mostraron aumentos en el nivel alto, con cambios más notorios en autoeficacia ante la droga (37.5% a 75%) y ante conductas antisociales (62,5 % a 75 %). Por el contrario, en el grupo control la distribución de niveles se mantuvo relativamente estable en ambas fases de evaluación, con ligeras reducciones en el nivel alto de algunas dimensiones, como en autoeficacia ante daños a la salud (74,1

% a 57,1 %). Estos hallazgos preliminares evidencian que los mayores incrementos en el nivel alto de autoeficacia se concentran en el grupo experimental, mientras que el grupo control mantiene una tendencia más estable.

Tabla 1. Niveles de la variable autoeficacia ante conductas de riesgo ($n = 15$)

Variable	Categoría	Grupo experimental (n = 8)				Grupo control (n = 7)			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Autoeficacia frente a las conductas de riesgo	Alto	4	50	6	75	2	28,6	2	28,6
	Promedio alto	3	37,5	2	25	5	71,4	5	71,4
	Promedio bajo	-	-	-	-	-	-	-	-
	Bajo	1	12,5	-	-	-	-	-	-
Autoeficacia ante el alcohol	Alto	1	12,5	5	62,5	4	57,1	3	42,9
	Promedio alto	3	37,5	3	37,5	2	28,6	3	42,9
	Promedio bajo	3	37,5	-	-	1	14,3	1	14,3
	Bajo	1	12,5	-	-	-	-	-	-
Autoeficacia ante el tabaco	Alto	4	50	5	62,5	3	42,9	3	42,9
	Promedio alto	1	12,5	-	-	2	28,6	3	42,9
	Promedio bajo	3	37,5	3	37,5	2	28,6	1	14,3
	Bajo	-	-	-	-	-	-	-	-
Autoeficacia en la conducta sexual	Alto	3	37,5	4	50	2	28,6	2	28,6
	Promedio alto	2	25	3	37,5	1	14,3	1	14,3
	Promedio bajo	3	37,5	1	12,5	2	28,6	4	57,1
	Bajo	-	-	-	-	2	28,6	-	-
Autoeficacia ante la droga	Alto	3	37,5	6	75	2	28,6	2	28,6
	Promedio alto	2	25	-	-	4	57,1	4	57,1
	Promedio bajo	2	25	2	25	1	14,3	-	-
	Bajo	1	12,5	-	-	-	-	1	14,3

Variable	Categoría	Grupo experimental (n = 8)				Grupo control (n = 7)			
		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Autoeficacia ante daños a la salud	Alto	4	50	6	75	5	71,4	4	57,1
	Promedio alto	3	37,5	1	12,5	-	-	1	14,3
	Promedio bajo	-	-	1	12,5	1	14,3	2	28,6
	Bajo	1	12,5	-	-	1	14,3	-	-
Autoeficacia ante conductas antisociales	Alto	5	62,5	6	75	1	14,3	2	28,6
	Promedio alto	2	25	1	12,5	3	42,9	3	42,9
	Promedio bajo	-	-	1	12,5	2	28,6	1	14,3
	Bajo	1	12,5	-	-	1	14,3	1	14,3
Total		8	100,0	8	100,0	7	100,0	7	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Análisis inferencial

Se aplicó la prueba t de Student de muestras relacionadas para establecer las posibles diferencias entre el pretest y postest de los grupos experimental y control. La evidencia indicó que en el postest del grupo experimental se incrementó la puntuación promedio en la autoeficacia y en cada una de las dimensiones que la componen. Solo se encuentran diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia ante conductas de riesgo de modo general ($t = -3,15$; $p < ,05$) y, en las dimensiones autoeficacia ante el alcohol ($t = -5,26$; $p < .01$) y autoeficacia ante la droga ($t = -3,13$; $p < .05$). En el grupo control no se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p > ,05$) en la comparación del pre y postest (Tabla 2).

Tabla 2. *Diferencias de pretest y posttest en los grupos de estudio (experimental y control) (n = 15)*

Variables	Experimental (n = 8)			Control (n = 7)		
	Pretest	Posttest	t	Pretest	Posttest	t
	M (DE)	M (DE)		M (DE)	M (DE)	
Autoeficacia ante conductas de riesgo	108,00 (27,57)	130,38 (20,40)	-3,15*	111,00 (22,17)	113,00 (22,57)	-,87
Autoeficacia ante el alcohol	24,63 (7,78)	36,13 (5,57)	-5,26**	32,29 (7,06)	31,29 (5,47)	,98
Autoeficacia ante el tabaco	20,38 (7,65)	23,13 (5,41)	-1,5	22,14 (4,91)	22,86 (4,10)	-,72
Autoeficacia en la conducta sexual	17,50 (4,28)	20,63 (3,89)	-1,49	14,71 (4,99)	15,43 (4,08)	-1,18
Autoeficacia ante la droga	9,00 (3,25)	10,75 (2,38)	-3,13*	9,71 (1,38)	9,14 (2,91)	,56
Autoeficacia ante daños a la salud	16,13 (4,36)	18,00 (3,51)	-1,31	16,57 (5,16)	15,71 (4,27)	,51
Autoeficacia ante conductas antisociales	20,38 (5,24)	21,75 (3,49)	-,63	16,57 (3,64)	17,57 (5,06)	-1,45

Nota: DE = desviación estándar; DM = diferencia de la media entre el pretest y el posttest; t = valor del estadístico paramétrico de muestras relacionadas; gl = grados libertad; p < ,05*; p < ,01**; d = tamaño de efecto de la diferencia.

Fuente: Elaboración propia.

Se aplicó la prueba t de Student de muestras independientes para conocer las posibles diferencias entre grupo control y el grupo experimental en las dos fases de evaluación. Se aplicó la prueba t de Student de muestras independientes para conocer las posibles diferencias entre grupo control y el grupo experimental en las dos fases de evaluación. La Tabla 3 muestra para cada dimensión las puntuaciones

promedio y desviaciones estándar del grupo experimental y del grupo control, tanto en el pretest como en el postest, así como los valores t correspondientes, de modo que se comparan ambos grupos en cada fase. Los hallazgos indican homogeneidad en las puntuaciones del grupo control, según el valor de la significancia estadística, no obstante, se observa que en la dimensión autoeficacia ante el alcohol, el grupo control alcanzó una puntuación promedio superior al grupo control ($M = 31,29$ y $M = 24,63$). También se pone de manifiesto que en la dimensión autoeficacia ante conductas antisociales, los participantes del grupo experimental alcanzaron una puntuación promedio superior al grupo control ($M = 20,38$ y $M = 16,57$). En la evaluación del post test según el valor de la significancia estadística indica que hay presencia de diferencias significativas solo en autoeficacia en la conducta sexual ($t = 2,52$; $p < ,01$) con puntuación promedio superior para los participantes del grupo experimental ($M = 20,63$ y $M = 15,43$); no obstante, se aprecia que en la dimensión autoeficacia ante conductas antisociales con promedio superior en el grupo experimental ($M = 21,75$ y $M = 17,57$).

Tabla 3. *Diferencias de grupo (experimental y control) en las fases de evaluación (pretest y postest) (n = 15)*

Variable	Pretest		T	Postest		t
	Exp.	Cont.		Exp.	Cont.	
	M (DE)	M (DE)		M (DE)	M (DE)	
Autoeficacia ante conductas de riesgo	108,00 (27,57)	111,00 (22,17)	-,23	130,38 (20,40)	113,00 (22,57)	1,57
Autoeficacia ante el alcohol	24,63 (7,78)	31,29 (5,47)	-1,89	36,13 (5,57)	32,29 (7,06)	1,18
Autoeficacia ante el tabaco	20,38 (7,65)	22,14 (4,91)	-,52	23,13 (5,41)	22,86 (4,10)	,11
Autoeficacia en la conducta sexual	17,50 (4,28)	14,71 (4,99)	1,17	20,63 (3,89)	15,43 (4,08)	2,52**
Autoeficacia ante la droga	9,00 (3,25)	9,71 (1,38)	-,54	10,75 (2,38)	9,14 (2,91)	1,18

Variable	Pretest		T	Posttest		t
	Exp.	Cont.		Exp.	Cont.	
	M (DE)	M (DE)		M (DE)	M (DE)	
Autoeficacia ante daños a la salud	16,13 (4,36)	16,57 (5,16)	-,18	18,00 (3,51)	15,71 (4,27)	1,14
Autoeficacia ante conductas antisociales	20,38 (5,24)	16,57 (3,64)	1,61	21,75 (3,49)	17,57 (5,06)	1,88

Nota. Exp. = grupo experimental; Cont. = grupo control; DE = desviación estándar; $p < ,05^*$; $p < ,01^{**}$ t = prueba paramétrica de muestras independientes; gl = grados libertad; d = tamaño de efecto de la diferencia.

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 4 se presentan las evidencias de los cambios individuales mediante el índice de cambio confiable (RCI), considerando que valores mayores a 1,96 indican una mejora clínicamente significativa, valores menores a -1,96 un empeoramiento significativo y valores entre -1,96 y 1,96 la ausencia de cambios relevantes en cada participante.

En la dimensión autoeficacia ante el alcohol, se observaron mejoras significativas en los participantes 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8 ($RCI > 1,96$), mientras que el participante 7 no presentó cambios clínicamente relevantes ($RCI < 1,96$). En la dimensión autoeficacia ante el tabaco, únicamente los participantes 5 y 6 alcanzaron mejoras significativas ($RCI > 1,96$), sin hallarse diferencias en los demás casos. En cuanto a la dimensión autoeficacia en la conducta sexual, los participantes 3, 5 y 6 mostraron mejoras significativas ($RCI > 1,96$), y el participante 2 evidenció un empeoramiento clínicamente significativo ($RCI < -1,96$).

Respecto a la autoeficacia ante la droga, solo el participante 6 presentó mejora significativa ($RCI > 1,96$), mientras que el resto no mostró cambios relevantes. En autoeficacia ante daños a la salud, se observaron mejoras significativas en los participantes 2, 6 y 7 ($RCI > 1,96$) y deterioro en el participante 1 ($RCI < -1,96$). Finalmente, en autoeficacia ante conductas antisociales, los participantes 6 y 7 mostraron mejoras significativas ($RCI > 1,96$), y el participante 1 presentó empeoramiento clínicamente significativo ($RCI < -1,96$). Para la autoeficacia general, se identificaron mejoras en los participantes 2, 3, 5, 6, 7 y 8 ($RCI > 1,96$), mientras que no hubo cambios clínicamente relevantes en los participantes 1 y 4 ($RCI < 1,96$).

Tabla 4. Evidencias estadísticas y clínicas de los cambios individuales del grupo experimental (n=8)

Variable	Fase/RCI	Sujeto1	Sujeto2	Sujeto3	Sujeto4	Sujeto5	Sujeto6	Sujeto7	Sujeto8
Autoeficacia ante conductas de riesgo	Pretest	97	123	125	139	57	86	104	133
	Postest	100	141	147	141	99	147	124	144
	RCI	,81	4,86**	5,94**	,54	11,33**	16,46**	5,40**	2,97**
Autoeficacia ante el alcohol	Pretest	19	25	27	34	11	19	31	31
	Postest	28	40	40	40	28	40	33	40
	RCI	3,84**	6,40**	5,55**	2,56**	7,26**	8,97**	,85	3,84**
Autoeficacia ante el tabaco	Pretest	16	26	28	28	7	14	19	25
	Postest	18	27	27	27	15	27	17	27
	RCI	,96	,48	-,48	-,48	3,85**	6,25**	-,96	,96
Autoeficacia en la conducta sexual	Pretest	12	22	16	21	12	15	20	22
	Postest	14	18	24	18	24	24	19	24
	RCI	1,01	-2,01**	4,03**	-1,51	6,04**	4,53**	-,50	1,01
Autoeficacia ante la droga	Pretest	6	12	10	12	3	8	9	12
	Postest	8	12	12	12	6	12	12	12
	RCI	1,12	,00	1,12	,00	1,68	2,24**	1,68	,00
Autoeficacia ante daños a la salud	Pretest	20	14	20	20	8	14	14	19
	Postest	14	20	20	20	11	20	19	20
	RCI	-3,57**	3,57**	,00	,00	1,79	3,57**	2,98**	,60
Autoeficacia ante conductas antisociales	Pretest	24	24	24	24	16	16	11	24
	Postest	18	24	24	24	15	24	24	21
	RCI	-2,59**	,00	,00	,00	-,43	3,45**	5,60**	-1,29

Nota. Exp. = grupo experimental; Cont. = grupo control; DE = desviación estándar; $p < ,05^*$; $p < ,01^{**}$ t = prueba paramétrica de muestras independientes; gl = grados libertad; d = tamaño de efecto de la diferencia.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

Los resultados de la investigación evidencian que el programa basado en inteligencia emocional tuvo un efecto positivo sobre la autoeficacia ante conductas de riesgo en la variable general y en las dimensiones relacionadas con el consumo de alcohol y drogas, mientras que en el resto de las dimensiones solo se observaron tendencias

de cambio sin alcanzar significación estadística. Este hallazgo confirma el propósito del estudio, que fue analizar el impacto de la intervención en la percepción de autoeficacia de los participantes frente a situaciones de riesgo.

En el análisis clínico individual se identificó que la mayor proporción de participantes del grupo experimental alcanzó mejoras clínicamente significativas en la autoeficacia general y, de manera especial, en la dimensión relacionada con el consumo de alcohol. Esto sugiere que el programa fortaleció la capacidad de resistir situaciones que pudieran conducir a recaídas, particularmente en comportamientos vinculados al consumo de bebidas alcohólicas, uno de los principales problemas en la población atendida.

Estos resultados concuerdan con investigaciones previas que han demostrado la relación entre inteligencia emocional, autorregulación y disminución de conductas de riesgo en personas con consumo problemático de sustancias (García-Pardo, 2018; López-Torrecillas *et al.*, 2002; Tarazona *et al.*, 2020). El desarrollo de habilidades como el reconocimiento y regulación emocional, el manejo del estrés y la toma de decisiones se asocia con una mayor percepción de competencia personal, lo que a su vez se traduce en mayor capacidad para afrontar situaciones tentadoras o de alta presión social (López *et al.*, 2003; Martínez, 2015).

La teoría social cognitiva de Bandura (1982, 2001) respalda estos hallazgos al señalar que la autoeficacia se construye a partir de experiencias de dominio y del fortalecimiento de la confianza en las propias capacidades. Cuando el individuo percibe que puede manejar con éxito situaciones de riesgo, aumenta la probabilidad de emitir conductas adaptativas y de evitar comportamientos perjudiciales. En tanto, los niveles bajos de autoeficacia tienden a asociarse con patrones cognitivos distorsionados, labilidad emocional y menor persistencia ante la dificultad, lo que puede limitar el impacto de programas de corta duración como el aplicado en este estudio (Palacios, 2010).

Un aspecto metodológico relevante fue la inclusión del índice de cambio confiable (RCI), que permitió identificar mejoras significativas a nivel individual, complementando la información obtenida en los análisis grupales tradicionales (análisis de contraste según muestras relacionadas e independientes). Este enfoque aporta una perspectiva más precisa para la toma de decisiones terapéuticas, ya que no todos los participantes responden de la misma manera a la intervención, y resulta fundamental reconocer quiénes requieren un refuerzo posterior o un abordaje diferenciado (Montero *et al.*, 2014).

No obstante, la ausencia de cambios significativos en varias dimensiones podría explicarse por la heterogeneidad en la gravedad del consumo, la duración limitada del programa y la falta de seguimiento longitudinal. Investigaciones con intervenciones más prolongadas y con evaluaciones posteriores en tres o seis meses podrían determinar la estabilidad de los efectos observados y explorar su impacto en otras variables asociadas, como la ansiedad o la depresión, que se han relacionado con bajos niveles de autoeficacia (Cervone & Scott, 1995).

Finalmente, debe señalarse que la inteligencia emocional no fue evaluada como variable dependiente, sino utilizada como eje formativo del programa para favorecer la autorregulación y la toma de decisiones (autoeficacia frente a comportamientos de riesgo). Futuros estudios deberían considerar su medición directa, junto con indicadores emocionales y comportamentales complementarios, para comprender mejor la relación entre los componentes del programa y los cambios observados en la autoeficacia. Asimismo, el tamaño reducido de la muestra y las altas métricas durante el proceso de intervención constituyen limitaciones metodológicas que deberán controlarse en investigaciones posteriores para fortalecer la validez interna de los hallazgos.

Referencias

- Alarcón, R. (2013). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Universidad Ricardo Palma.
- Alfunafi, F. R., Budi, A. K., & Ice, Y. W. (2021). Save the future: Enhancing substance abuse refusal skill in adolescent. *Enfermería Clínica*, 31(2), S405-S407. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.09.034>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(1), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(Suppl), 13-25. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3271>
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Bonnet, A., Brejard, V., & Pedinielli, J. (2013). Emotional dispositions and substance use: Mediating effect of alexithymia. *Psychological Reports*, 112, 289-302. <https://doi.org/10.2466/18.09.20.PR0.112.1.289-302>
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1147-58. <https://doi.org/10.1177/0146167203254596>
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas. (2017). *Epidemiología de Drogas en Población urbana peruana: Encuesta en Hogares*. CEDRO. <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>
- Cervone, D., & Scott, W. (1995). Self-efficacy theory of behavioral change: foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. En W. O'Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories of Behavioral Therapy. Exploring Behavioral Change* (pp. 349-384). American Psychological Association
- Ciarrochi, J., Forgas, J. P., & Mayer, J. D. (2001). *Emotional intelligence and everyday life*. Psychology Press.
- Cogollo-Milanés, Z., Gómez Bustamante, E. y Campo Arias, A. (2023). Efectividad de un programa para la prevención de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(3), e351578. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e351578>
- Colegio de psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética y Deontología*. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Crépault, J.-F., Emerson, B., Hyshka, E., Strike, C., Room, R., & Rehm, J. (2024). Substance use as a public health issue: A critical review of the Canadian literature, 1896-2020. *International Journal of Drug Policy*, 134, 104634. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2024.104634>
- Curran, P. J., West, S. G., & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>

- Epstein, J. A., Botvin, G. J., & Doyle, M. (2009). Gender-specific effects of social influences and competence on lifetime poly-drug use among inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 18(3), 243-256. <https://doi.org/10.1080/10678280902973260>
- Ewing, S. W., Houck, J. M., & Bryan, A. D. (2015). Neural activation during response inhibition is associated with adolescents' frequency of risky sex and substance use. *Addictive Behaviors*, 44, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.12.007>
- Fernández, B., Jorge, V. y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-56. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120243A>
- García-Pardo, A. (2018). El desarrollo de la estabilidad emocional en patología dual: una propuesta de intervención breve. *Clínica y Salud*, 29(3), 133-137. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a19>
- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S. y Palomera, R. (2021). ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores personales protectores del consumo de alcohol en la adolescencia? *Revista de los Psicólogos de la Educación*, 27(1), 27-36. <https://doi.org/10.5093/psed2020a13>
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospect. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gutiérrez, J. R., Flores, R., Flores, R. y Huayta, Y. J. (2021). Inteligencia emocional adolescente: Una revisión sistemática. *Educare et Comunicare*, 9(1), 59-69. <https://doi.org/10.35383/educare.v9i1.576>
- Guzmán-Facundo, F. R., Pedrão, L. J., Lopez-García, K. S., Alonso-Castillo, M. M. y Esparza-Almanza, S. E. (2011). El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. *Rev. Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 839-847. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700023>
- Health Research Board. (2024). *European Drug Report 2024: Trends and developments*. EMCDDA. https://www.drugsandalcohol.ie/41196/?utm_source
- Hessler, D. H., & Fainsilber-Katz, L. (2010). Brief report: Associations between emotional competence and adolescent risky behavior. *Journal of Adolescence*, 33(1), 241-246. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.04.007>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Kazdin, A. (2001). *Métodos de investigación en psicología clínica* (3.^a Ed.). Pearson.
- Krank, M., Stewart, S. H., O'Connor, R., Woicik, P. B., Wall, A., & Conrod, P. (2011). Structural, concurrent, and predictive validity of the Substance Use Risk Profile Scale in early adolescence. *Addictive Behaviors*, 36(1), 37-46. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.010>
- Liu, Y., Kornfield, R., Shaw, B. R., Shah, D. V., McTavish, F., & Gustafson, D. H. (2020). Giving and receiving social support in online substance use disorder forums: How self-efficacy moderates effects on relapse. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1125-1133. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.015>
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33-51. <https://masterforense.com/pdf/2002/2002art3.pdf>
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M. J. y Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136. <https://doi.org/10.20882/adicciones.436>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. The Guilford Press
- Martínez, A. (2015). *Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína* [tesis de doctorado, Universidad de Castilla-La Mancha].
- Matalí, J. L., Pardo, M., Trenchs, V., Serrano, E., Gabaldon, S. y Lauces, C. (2009). Consumo de drogas en adolescentes. Dilema ético en el abordaje diagnóstico-terapéutico. *Anales de pediatría*, 70(4), 386-390. <https://doi.org/10.1016/j.angepedi.2008.12.006>
- Matamoros, R. A. y Ceballos, A. (2017). Errores conceptuales de estadística más comunes en publicaciones científicas. *Revista CES Medicina Veterinaria y Zootecnia*, 12(3), 211-229. <https://doi.org/10.21615/cesmvz.12.3.4>
- Molero-Jurado, M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Gázquez-Linares, J. J. y Barragán-Martín, A. B. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención familiar*, 24(2), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>
- Montero, M., Iraurgi, I., Matellanes, B. y Montero, J. M. (2014). Uso del índice de cambio fiable en la evaluación de la efectividad de intervenciones clínicas: aplicación en un programa formativo en asma. *Atención primaria*, 47(10), 644-652. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.007>
- Naeim, M., & Rezaeisharif, A. (2021). Comparison of emotional intelligence, attachment style, and mental health in addicted and nonaddicted people. *Addictive Disorders and Their Treatment* 20(4), 463-469. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000270>

- Palacios, J. R. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: Validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22(4), 325-330. <https://doi.org/10.20882/adicciones.174>
- Palacios, J. R. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.11.004>
- Palacios, J. R. (2019). Predictors of personality and self-efficacy of sexual risk behavior in Mexican adolescents. *Annals of Psychology*, 35(1), 131-139. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.1.319471>
- Palacios, J. R. y Bustos, J. M. (2012). La teoría como promotor para el desarrollo de intervenciones psicoambientales. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 245-257. <https://doi.org/10.5093/in2012a22>
- Parolín, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Sacco, M., Bacciardi, S., Maremmi, A. G. I., Cimio, S., Trunello, C., & Cerniglia, L. (2017). Drug addiction and emotional dysregulation in young adults. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 19(3), 37-48. <https://hdl.handle.net/11577/3233228>
- Peralta, G. (2019). *Efectos de un programa de inteligencia emocional en la autoeficacia ante de conductas de riesgo en drogodependientes de una comunidad terapéutica de Trujillo* [tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3203775>
- Peri, S., Neppala, G. K., Shaik, R. B., & Parvaz, M. A. (2024). Effectiveness of Emotion-Regulation Interventions on Substance Misuse and Emotion Regulation Outcomes in Individuals with Substance Dependence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Addiction Reports*, 11(4), 622-653. <https://doi.org/10.1007/s40429-024-00582-y>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rezaei, A. 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 y Their Treatment* 20(4), 472-478. <https://doi.org/10.1097/ADT.0000000000000276>
- Rodríguez-Ruiz, J., Zych, I., Llorent, V. J., & Marín-López, I. (2021). A longitudinal study of preadolescent and adolescent substance use: Within-individual patterns and protective factors. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(3), 100251. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100251>

- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y. y Triviño-Juárez, J. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 72-78. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/18/100/ESP/18-100-ESP-72-8-699330.pdf>
- Ruiz, D., Cabello, R., Salguero, J., Castillo, R. y González, V. (2009). Inteligencia emocional y el consumo de cocaína en adolescentes. En P. Fernández (Ed.). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 367-372). Fundación Marcelino Botín.
- Sarrionandia, A. y Garaigobil, M. (2015). Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicósomáticos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 110-118. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.12.001>
- Schreiber, L. R. N., Grant, J. E., & Odraug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651-658. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.005>
- Stellern, J., Xiao, K. bin, Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30-47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>
- Tarazona, A. K., Ormazá, M. G., Saldarriaga, K. y Vásquez, 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>
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105. <https://doi.org/10.21615/cesmvz.12.3.4>
- Tsavou, E., & Petkari, E. (2019). Associations of personality traits and emotional Intelligence: Comparing individuals in rehabilitation from drug misuse, occasional users and non-users. *Substance Use y Misuse*, 55(2), 252-260. <https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1663359>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *The world drug problem: Report of the Executive Director*. United Nations. https://docs.un.org/en/E/CN.7/2025/5?utm_source
- Villareal, J. L., Navarro, E. I., Muñoz, G. E., Rodríguez, L. A. y Pacheco, L. A. (2020). Habilidades de la inteligencia emocional en relación con el consumo de drogas ilícitas en adultos: una revisión sistemática. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie22.hier>

- Zahed, A., Ghalilo, K., Abolghasemi, A., & Narimani, M. (2009). The Relationship between Emotion Regulation Strategies and Interpersonal Behavior among Substance Abusers. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 3, 99-114. <http://etiadpajohi.ir/article-1-422-en.html>
- Zullig, K. J., Teoli, D. A., & Valois, R. F. (2014). Emotional Self-Efficacy and Alcohol and Tobacco Use in Adolescents. *Journal of Drug Education: Substance Abuse Research and Prevention*, 44(I-2), 51-56. <https://doi.org/10.1177/0047237915573526>