



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa PIMEPA

Programa de Intervención sobre el Manejo Emocional en
Pacientes con conducta de Adicción

Alumna

Olga Cregenzán Royo

Director

Ángel Castro Vázquez

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Campus de Teruel

Curso 2013-2014

Índice

Introducción	3
Justificación Teórica	4
Objetivos.....	6
Beneficiarios	7
Localización.....	7
Metodología	8
Participantes.....	8
Instrumentos	8
Procedimiento	10
Sesiones	10
Recursos.....	16
Evaluación	16
Resultados Esperados.....	17
Conclusiones.....	17
Referencias	19
Anexos.....	23

Introducción

El consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es el principal problema para la salud pública en los países desarrollados. Dicho consumo está muy extendido en la población general, siendo los consumos más prevalentes los de las sustancias legales, alcohol y tabaco, seguidas de algunas sustancias ilegales, como el cannabis o la cocaína. Además de las consecuencias estrictamente sanitarias, el consumo tiene repercusión en otros ámbitos, entre ellos el social y el económico. Desarrollar líneas de investigación en torno a los efectos del abuso de sustancias y a las vías de prevención y tratamiento en drogodependencias es uno de los objetivos prioritarios de las autoridades sanitarias.

A la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones (UASA) de Monzón (Huesca) acuden pacientes con adicciones de ludopatía, tabaco, cannabis, anfetaminas, cocaína y heroína, entre otras sustancias. El tratamiento de dichos pacientes promueve una intervención grupal, más fácil de aplicar en la consulta externa, más eficiente y con mejores tasas de abstinencia en el seguimiento al año que el tratamiento ambulatorio habitual. El objetivo principal de este programa consiste en aumentar el periodo de abstinencia de los pacientes que reciben dicha intervención a través de la mejora en variables relacionadas con el manejo emocional.

En el programa participaron veintidós usuarios del UASA de Monzón (Huesca), seleccionados por los profesionales del Centro, en función de su pertenencia a un trastorno de abuso, dependencia y/o abstinencia de sustancias. Los participantes se dividieron en dos grupos; uno, el grupo control, formado por once personas, que recibieron terapia individual ofertada por el Centro y otro grupo, el experimental, formado por once participantes, que llevaron a cabo el programa. Todos rellenaron una batería de cuestionarios antes de comenzar la intervención y después de su finalización, con el objetivo de evaluar la eficacia de ésta. El programa constó de siete sesiones de una hora y media de duración cada una, con una periodicidad semanal. Entre otros temas, se trató la asertividad, el metaconocimiento emocional, la alexitimia, el control de impulsos o el control de la ira, tomando como referencia la terapia cognitivo conductual (TCC), que ha demostrado ser la más eficiente en el área del consumo de sustancias, apoyada en algunos temas por la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

En las conclusiones de este trabajo se comentan los resultados obtenidos, sus implicaciones y las nuevas perspectivas que se abren en el tratamiento de las adicciones.

Justificación Teórica

La historia de las adicciones va unida a la historia del hombre; fumar cigarrillos, beber alcohol, o mascar hojas de coca son ejemplos conocidos de algunas de las sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia, o sigue utilizando (Becoña et al., 2011). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1994), la adicción es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor se intoxica periódica o continuadamente, muestra un deseo compulsivo de consumir la/s sustancia/s, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la/s misma/s y se muestra decidido a obtenerla/s por cualquier medio. La vida del adicto está dominada por el consumo de la/s sustancia/s y, por lo general, hay una tolerancia acusada y un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe su consumo (OMS, 1994).

La característica principal de estas sustancias es, junto al daño en la salud que pueden generar, la capacidad que su consumo y absorción repetida ejercen en la aparición de la dependencia, un estado psico-orgánico caracterizado por la tendencia al consumo compulsivo y continuado de la misma (De la Cuesta, 2005). Conjuntamente, los comportamientos disfuncionales resultantes del abuso de drogas interfieren con el funcionamiento normal de la persona en múltiples ámbitos, como el familiar, el laboral y con la comunidad (National Institute on Drug Abuse; NIDA, 1999). En ese sentido, el DSM-IV (American Association of Psychiatry, 1996) reconoce dos tipos de diagnósticos en el capítulo de trastornos relacionados con sustancias: los relacionados con el patrón de consumo (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (los principales son la intoxicación y la abstinencia). Ambos tipos de diagnóstico se aplican a las doce sustancias que reconoce (American Association of Psychiatry, 1996).

Los estudios de imágenes cerebrales en drogadictos muestran cambios físicos en áreas del cerebro esenciales para el juicio, la toma de decisiones y el control del comportamiento, así como en la percepción y experiencia de diversas emociones (Muñoz et al., 2013; NIDA, 2008). Los adictos se caracterizan por una tendencia a elegir la recompensa inmediata a pesar de futuras consecuencias negativas. Desde la hipótesis del marcador somático, esta toma de decisiones depende de los sustratos neurales que regulan la homeostasis, la emoción y los sentimientos (Verdejo-García, Pérez-García y Bechara, 2006). En línea con dicha hipótesis, existen mayores niveles de

alexitimia y amplificación somatosensorial en personas consumidoras, reconociendo peor las emociones, valorando los estímulos emocionales de forma más extrema y llegando esta variable a discriminar entre la abstinencia y las recaídas en grupos de alcohólicos (Chicharro, Pérez-García y Sanjuán, 2012; Mircea, Vlaicu, Aura y Maria, 2008; Villalba y Verdejo-García, 2012;). Al mismo tiempo, niveles bajos de inteligencia emocional predicen un mal afrontamiento de los problemas relacionados con las drogas y se asocian con un comportamiento compulsivo de fumar y un mayor consumo de alcohol y otras drogas ilegales (Kun y Demetrovics, 2010; Riley y Schutte, 2003). Finalmente, otra emoción, la ira, mostraba en el estudio de García-Rosado y Pérez-Nieto (2005) capacidad significativa para discriminar entre la pertenencia al grupo de alcohólicos cuya abstinencia era superior a los dos años, de la del grupo que no superaba dicho tiempo. Por tanto, parece claro que las personas consumen para regular sus emociones, librarse de las negativas y ampliar las positivas (Keegan, 2012).

En cuanto al tratamiento, las TCC han sido las intervenciones más extensamente evaluadas en los trastornos de drogas lícitas e ilícitas (Magill y Rail, 2009). El abordaje del entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento para personas con dependencia al alcohol y/o cocaína dentro de programas multimodales más amplios, es uno de los elementos más eficaces en la evolución y el resultado del tratamiento (Becoña y Cortes, 2008). Según Sánchez, Tomás, Morales y Gallús (2004), de los diez tratamientos más efectivos revisados por el *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995), para el abuso y dependencia de sustancias, nueve corresponden a TCC. También, Becoña y Cortés (2008) confirman la eficacia de las TCC en conductas adictivas, tanto si se administran a nivel individual como en contexto grupal. En la misma línea, Sánchez, Tomás, Del Olmo, Molina y Morales (2002), indican que un modelo de intervención psicológica con formato breve de orientación cognitivo-conductual puede ser más útil, tener unos costes menores que otras intervenciones, además de disponer de una contrastada evidencia científica que los sitúan como la primera elección en adicciones. Además, la TCC supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, al desarrollar estrategias destinadas a aumentar el control personal (Sánchez et al., 2004). Desde esta perspectiva, las personas con dificultades para regular las emociones son las más vulnerables al consumo, pues es un intento disfuncional de lidiar con dificultades en la regulación emocional, unido a creencias positivas acerca del consumo, las sustancias y sus consecuencias. Por sendos motivos, uno de los objetivos principales de estos

tratamientos es ayudar al paciente a desarrollar estrategias adecuadas para la regulación emocional (Keegan, 2012).

Por otro lado, la combinación de TCC con otras modalidades terapéuticas resulta más eficaz que la aplicación de cada componente de forma aislada (Becoña y Cortés, 2008). Además, según el NIDA (1999) no hay un solo tratamiento apropiado para todas las personas y es de suma importancia lograr una combinación adecuada entre el tipo de ambiente, las intervenciones y los servicios de tratamiento, con los problemas y las necesidades particulares, para lograr el éxito final, volviendo a funcionar productivamente. Sin embargo, aunque una variedad de intervenciones cognitivo-conductuales son eficaces para reducir el abuso de sustancias, la tasa de recaída tras el tratamiento sigue siendo considerablemente alta (Dimeff y Marlatt, 1998). Por otra parte, en algunos estudios, a los dieciocho meses de seguimiento la ACT era más eficaz que la TCC en el mantenimiento de las tasas de abstinencia (González-Menéndez, Fernández, Rodríguez y Villagrà, 2014). Igualmente, la ACT ha demostrado ser eficaz en el desarrollo de una vida consistente con los valores personales, cuyo coste principal supone afrontar el malestar que se deriva de la abstinencia y otras sensaciones, pensamientos y recuerdos que pudieran ser dolorosos (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). Por añadido, estudios de resultado han demostrado que la ACT es eficaz en una amplia gama de trastornos psicológicos, como son las adicciones (Ruíz, 2010).

Objetivos

Por todo lo expuesto en el apartado anterior se presenta este programa de intervención, cuyo objetivo principal es conseguir la abstinencia en pacientes con conducta de adicción y reforzarla en aquellos pacientes que ya la han conseguido, a través de la mejora en determinadas variables cognitivas y emocionales (alexitimia, habilidades y estrategias de regulación emocional, inteligencia emocional, ansiedad, ira, estrategias de afrontamiento y tolerancia a la frustración) que dotan a los pacientes de las herramientas necesarias para evitar recaídas. El objetivo principal de la investigación asociada consiste en analizar si los participantes obtienen puntuaciones más positivas en las variables evaluadas, lo que resulta un indicador de la mejora en la abstinencia.

Acorde con los principios de las dos teorías utilizadas para llevar a cabo la intervención (TCC y ACT), se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Establecer conocimientos sobre las emociones: identificación, expresión y regulación.
- Instaurar estilos de afrontamiento correctos ante situaciones de riesgo.
- Adquirir estrategias de autorregulación del pensamiento y del control de la ira.
- Desarrollar conocimientos y estrategias para el manejo de la ansiedad.

Beneficiarios

Este programa va dirigido a pacientes de la UASA de Monzón (Huesca) con diagnóstico de abuso, dependencia y/o abstinencia de sustancias y/o conductas, independientemente de su cultura, nacionalidad, condición social y sexo, con excepción de la edad, ya que sólo pueden acceder al mismo mayores de 18 años (en la unidad sólo se atiende a mayores de edad; los menores de edad con problemas de adicción son derivados al Centro de Prevención de Consumo).

Se pretende conseguir la abstinencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes, mediante el aprendizaje de técnicas de reconocimiento, percepción y manejo emocional. Indirectamente, se espera que se produzca un beneficio en el entorno de los pacientes, desde el familiar o el laboral hasta el de ocio, ya que si logran mantenerse durante más tiempo abstinentes y mejoran en el control emocional, las interacciones con ellos serán más positivas. Igualmente, se apreciará un avance a un nivel social superior, ya que el problema al que se asiste en esta Unidad afecta a todo el sistema socioeconómico del país. Finalmente, si intervenciones como la que aquí se presenta resultan ser eficaces, podrían extrapolarse a otros centros y poblaciones ya que estas unidades reciben una gran cantidad de pacientes.

Localización

La UASA es una prestación que depende del Servicio Aragonés de Salud (SALUD) y del Ayuntamiento de Monzón, que ofrece servicio en el Centro de Especialidades de la avenida de Goya, en Monzón (Huesca), con horario de 8.00 a 15.00 horas. Consta de un equipo multidisciplinar, formado por una psiquiatra, una enfermera, una psicóloga y una trabajadora social. Su ámbito de cobertura se corresponde con el Sector Sanitario de Barbastro de la división sanitaria provincial, que asiste a una población de 130.592 habitantes. Los programas de esta unidad abarcan tratamientos de las adicciones al alcohol, cannabis, opiáceos, heroína, benzodiacepinas, cocaína y otras sustancias psicoestimulantes (Jiménez, Sieso, Gilart y Hernández, 2013). Según el

Gobierno de Aragón (Departamento de Sanidad, Bienestar y Familia, 2010), las UASAs son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos y se configuran como unidades de referencia para su tratamiento. Así mismo, podrán colaborar en programas preventivos que, dirigidos a disminuir la incidencia del consumo de drogas y el desarrollo de otras adicciones, pudieran desarrollarse en su ámbito geográfico de actuación.

Metodología

Participantes

En este proyecto participaron 22 pacientes de la UASA, de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años. Se escogió a sujetos que, a juicio de las profesionales del Centro, podían beneficiarse de la intervención, debido a sus capacidades cognitivas. Al ser pacientes de la unidad, todos cumplían o habían cumplido en algún momento los criterios de abuso, dependencia y/o abstinencia de sustancias del DSM-IV (American Association of Psychiatry, 1996) y la CIE-10 (OMS, 1992).

Los participantes se dividieron en 2 grupos:

- Grupo experimental: compuesto por 11 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, adictos a varias sustancias como alcohol, cannabis, anfetaminas y cocaína. Se les aplicó el programa de intervención descrito en el proyecto, además de las sesiones individualizadas habituales que ofrece el centro .
- Grupo control: compuesto por 11 pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y los 60 años, adictos a las mismas sustancias. Estos participantes únicamente recibieron el tratamiento ambulatorio tradicional, es decir, las sesiones individualizadas.

Instrumentos

Inicialmente, se caracterizó la muestra utilizando los datos de la historia clínica, ya que todos los participantes eran usuarios del servicio. Para evaluar la eficacia de este programa de intervención se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación (se presenta la información resumida, por falta de espacio):

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz, 1993; De la Rubia y Retamales, 2001). Consta de 20 preguntas, que se

contestan a través de una escala tipo Likert, con seis opciones de respuesta, que van de *Muy de acuerdo* a *Muy en desacuerdo*. Los autores de la escala original informaron de una adecuada consistencia interna, con un valor alfa de Cronbach de 0,82.

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Iglesias, 1982; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1964). Consta de 40 preguntas, 20 para cada factor, con cuatro opciones de respuesta, que van de *Nada* a *Mucho*. Este instrumento ha mostrado unas adecuadas propiedades psicométricas, con una fiabilidad en torno al 0,70.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). Se utilizó la versión española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Está formado por 21 ítems, que se responden con una escala de 0 a 3, con la excepción de los ítems 16 y 18, que presentan siete opciones de respuesta. El BDI presenta una adecuada consistencia interna, con un valor alfa de Cronbach en su versión original de 0,87.

Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo-II (STAXI-II) (Spielberger, 1999; Tobal-Miguel, Casado, Cano-Vindel y Spielberg, 2006). Cuenta con 49 ítems que se responden a través de una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que van de *Casi nunca* a *Siempre*. Dicho cuestionario posee una elevada consistencia interna, de 0,86 en su versión original.

Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Consta de 24 ítems con cinco opciones de respuesta. En la versión original se obtuvieron adecuados niveles de consistencia interna, con un valor alfa de Cronbach de 0,90 para las subescalas de atención y de claridad y de 0,86 para la de reparación.

The Severity of Dependence Scale (SDS) (González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1998; Gossop et al., 1995). Consta de cinco ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno y ha mostrado una moderada consistencia interna, siendo el valor alfa de Cronbach de 0,55 en su validación española.

Escala de Estados de Disposición al Cambio y Anhelo de Tratamiento Sócrates 8D (Cuevas, Luna, Vital y Lira, 2005). Consta de 19 afirmaciones con cinco opciones de respuesta, que van de *Totalmente de acuerdo* a *Totalmente en desacuerdo* y ha mostrado adecuados valores de consistencia interna en varios estudios, estando el alfa de Cronbach en torno a 0,84.

Coping Strategies Inventory (CSI), validada por Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) y adaptada al castellano por Cano, Rodríguez y García (2007). Consta de 40

ítems, con cinco opciones de respuesta, que van desde *En absoluto* hasta *Totalmente*. En su adaptación española se han encontrado valores de fiabilidad adecuados, oscilando el alfa de Cronbach entre 0,63 y 0,89.

Procedimiento

En primer lugar, las cuatro profesionales del Centro seleccionaron a los posibles participantes en la intervención, en función de sus capacidades cognitivas y del posible beneficio que obtendrían. A continuación, se preguntó individualmente a todos los seleccionados si estaban dispuestos a participar en la intervención. A los que dieron su consentimiento de modo informal, se les distribuyó en dos grupos, el experimental y el control, se les solicitó el consentimiento informado (Anexo I) y se les pidió que cumplimentaran la batería de cuestionarios elaborada con los instrumentos citados (T1). Todos rellenaron los cuestionarios fuera de la consulta, en el pasillo que hace las funciones de sala de espera, aunque se les permitía entrar para preguntar dudas con respecto a la redacción de éstos. Al finalizar las siete sesiones del programa, se le volvió a administrar la batería de cuestionarios a ambos grupos, el experimental y el control (T2) y se analizarían los datos recabados para evaluar la eficacia del programa. Para evaluar la abstinencia, se utilizaron los análisis de orina semanales que se realizan a los pacientes del centro. En caso de que la adicción principal fuera el alcohol, cada semana se les realizó la prueba del alcoholímetro, siendo este el procedimiento habitual en la unidad.

Sesiones

La estructura de la intervención se divide en siete sesiones de una hora y media cada una, impartidas una por semana, con lo que la duración del programa de intervención es de diez horas y media repartidas en siete semanas. Tras finalizar cada sesión se entrega a los participantes un documento impreso con los contenidos de la misma. Antes de iniciar el programa y una vez finalizado, los participantes cumplimentarían la batería de cuestionarios descrita anteriormente, para evaluar la eficacia de la intervención. Además, al finalizar el programa, se les preguntará por el grado de satisfacción y los aspectos que consideran que se pueden mejorar en la aplicación.

En la Tabla 1, que se presenta a continuación, se muestran los contenidos y temas trabajados en cada sesión, así como la estructura del programa.

Tabla 1. *Sesiones del programa de intervención.*

Sesión	Tema	Contenidos
Sesión 1	Presentación y emociones	<ul style="list-style-type: none"> – Presentación. – Introducción al Taller. – Definición de las emociones, importancia, tipologías, localización y utilidad de las mismas. – Estados emocionales. – Percepción, identificación.
Sesión 2	Inteligencia emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Definición de inteligencia emocional, tipos de inteligencia y utilidad. – Tipos de inteligencia emocional. – Percepción e identificación de los elementos que forman parte de la inteligencia emocional.
Sesión 3	Etiquetado de emociones, emociones enmascaradas y utilidad	<ul style="list-style-type: none"> – Identificación de emociones de fotos, música y situaciones. – Utilidad de cada emoción y qué hacer con cada una de ellas en la vida real. – Definición de emociones enmascaradas y utilidad.
Sesión 4	Estrategias de regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Tipos de estrategias. – Utilidad.
Sesión 5	Interacción cognición-emoción-conducta. El lenguaje interno.	<ul style="list-style-type: none"> – El proceso cognitivo. – Rompiendo círculos viciosos. – Distorsiones cognitivas y creencias desajustadas: generar alternativas.
Sesión 6	Aceptación y Compromiso	<ul style="list-style-type: none"> – Relaciones entre los estímulos externos y la valoración personal de los mismos. – Análisis funcional que ejemplifique el patrón de evitación de las funciones aversivas según la historia individual, las contingencias que están operando en el patrón y el costo-beneficio del mismo. – Estrategias para aumentar las capacidades de adaptación a la frustración y aumentar el repertorio de conductas más funcionales. – Estrategias para detectar los valores y las acciones en dicha dirección.
Sesión 7	Búsqueda de valores y posposición de lo inmediato	<ul style="list-style-type: none"> – Ejercicio del epitafio. – Ejercicio del jardín. – Cuestionarios.

Sesión 1. Presentación.

Objetivo: presentar el programa y su finalidad. Fomentar un clima de apoyo entre los participantes del grupo y las profesionales que imparten cada sesión. Explicar de antemano cómo van a funcionar las sesiones y la obligatoriedad de asistencia a las mismas, así como la posibilidad de comentar cualquier duda o necesidades que surjan. Se realizará una dinámica inicial (“el ovillo de lana”, Anexo II) para que los participantes entren en contacto entre sí. A continuación, comenzará la exposición del tema correspondiente: emociones, inteligencias múltiples e inteligencia emocional. Se presentarán, se definirán las seis emociones básicas según la tipología de Ekman y Friesen (1969) y se ayudará a los participantes a expresarlas, interpretarlas y reconocerlas. A continuación, en diapositivas se les mostrará una serie de caras que expresen diferentes emociones y se les solicitará su identificación, se hará lo mismo con caras que tengan tapados los ojos o la boca (Anexo V). Se explicará la utilidad de las mismas, tanto a lo largo de la historia como en la actualidad, para intentar hacer ver a los participantes que el malestar emocional no se debe relacionar con el consumo, ya que se puede producir una asociación y cada vez que uno se encuentre mal, recurrir al consumo.

Sesión 2. Inteligencia emocional (IE).

Objetivo: comprender qué es la inteligencia emocional y para qué sirve en las diferentes situaciones vitales. La psicóloga explicará las múltiples inteligencias según el modelo de inteligencias múltiples de Gardner (1983). Según dicho modelo, la inteligencia no es algo unitario que agrupa diferentes capacidades específicas con distinto nivel de generalidad, sino un conjunto de inteligencias múltiples, distintas y semi-independientes. Y define la inteligencia como la capacidad mental de resolver problemas y/o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas. Se incidirá especialmente en los antecedentes de la inteligencia emocional.

Inteligencia Emocional Intrapersonal: abarca el conocimiento de los aspectos internos de una persona, el acceso a la propia vida emocional, a la gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre ciertas emociones y, finalmente, ponerles un nombre y recurrir a ellas como medio de interpretar y orientar la propia conducta.

Inteligencia Emocional Interpersonal: esta forma de inteligencia no depende necesariamente del lenguaje, se constituye a partir de la capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás, en particular contrastes en sus estados de ánimo,

temperamento, motivaciones e intenciones. Esta inteligencia permite a un adulto hábil, leer las intenciones y los deseos de los demás, aunque se los hayan ocultado.

Tras esto, se hará referencia a las cinco habilidades prácticas de la inteligencia emocional (autoconciencia, control emocional, motivación, empatía y manejo de las relaciones) y se trabajarán de modo desglosado según las diferentes competencias enunciadas por Goleman (1995), como se ve en el Anexo VI. Finalmente, se hará referencia a la importancia de la regulación emocional, que se trabajará en la siguiente sesión.

Sesión 3. Etiquetado, emociones enmascaradas y para qué utilizarlas.

Objetivo: etiquetar bien las emociones que suscita cualquier situación, poesía, música o una imagen (Anexo VII). Identificar emociones que se producen en determinadas situaciones, especialmente la ira, el miedo y la culpa y cómo afrontarlas una vez detectadas. Respecto al manejo de la ira, se trabajará desde la ACT, incidiendo en la importancia de tomar distancia de los pensamientos, sentimientos y emociones, para que la respuesta agresiva no aparezca repentinamente y también con la TCC, a través de técnicas de relajación. En lo referido al miedo, se trabajará con el mito de la caverna de Platón, en el que los prisioneros ven sombras cuando solamente usan los sentidos y que es el mundo de las ideas el que descubre la realidad. Se les explicará que el miedo es sólo una sensación corporal que paraliza, pero que cuando te tranquilizas se desvanece. Finalmente, en lo referido a la culpa, desde ACT se les expondrá que todos tomamos decisiones más o menos acertadas, que tenemos que integrar en nuestro funcionamiento una vez adoptadas y que, a partir de entonces hay que continuar con nuestros valores sin sentirnos mal por cómo deberíamos haber actuado. Después, la psicóloga les explicará lo que son las emociones enmascaradas con el cuadro de La Gioconda, suscitador de polémica por el tipo de emoción encubierta que muestra y se trabajarán las emociones enmascaradas en la política.

Sesión 4. Estrategias de regulación emocional.

Objetivo: aprender a utilizar estrategias alternativas al consumo para regular las emociones ante los diversos estímulos estresores y problemas que se puedan presentar en el día a día. La psicóloga explicará la tipología de Folkman, Lázarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1989), que defiende que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que

la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para sí (valoración primaria) y, posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). Además, en función de si tenemos capacidad para afrontar la situación o no, se producirá un afrontamiento en solución de problemas, si podemos controlarla, o un afrontamiento dirigido a la emoción, cuando no se puede hacer nada.

Estrategias de resolución de problemas: confrontación y planificación.

Estrategias de regulación emocional: distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-evitación, reevaluación positiva.

Estrategia mixta: búsqueda de apoyo social.

Estas estrategias serán positivas o negativas en función de cada situación y se intentará que los pacientes, a través de técnicas de *role-playing* (Anexo VIII) y de evocación, pongan en marcha las estrategias positivas, de modo que se automaticen y puedan llevarlas a cabo en la vida real.

Sesión 5. Interacción cognición-emoción-conducta. El lenguaje interno.

Objetivo: identificar cómo lo que pensamos influye en nuestras emociones y en las conductas, es decir el trinomio cognición-emoción-conducta. Ayudarles a identificar el lenguaje interno para controlar de modo efectivo la conducta de consumo, rompiendo los nexos entre las tres partes. Adquirir a través de la metáfora del autobús (Anexo IX) conocimientos acerca de los pensamientos o situaciones que pueden hacerles daño y explicarles que todos tenemos el poder de hacer daño. Aprender a aplicar estos conocimientos en relación con el consumo de sustancias, aceptar que habrá situaciones en las que les apetecerá consumir y probablemente no sea tan sencillo distraerse y pensar en otra cosa. Explorar quiénes son los pasajeros de sus autobuses (exageraciones, ideas de necesidad poco realistas, anticipaciones de fracasos, permisos, justificaciones poco realistas) y generar otros pasajeros alternativos, más ajustados a la realidad. Hacer un registro de pensamientos desajustados que les influyen y sustituirlos por otros más ajustados a la realidad. Realizar un *role-playing* con pensamientos generalistas, catastrofistas y negativos y un *brainstorming* para sustituirlos por otros más adaptativos (Anexo X). Entrenamiento en autoinstrucciones, elaborar una ficha y escribir en ella cuatro o cinco de estas frases y llevarla siempre encima para que cuando aparezcan pensamientos negativos tengan con qué combatirlos.

Sesión 6. Aceptación y Compromiso.

Objetivos: examinar las relaciones existentes entre los estímulos externos y las valoraciones que hacemos de los mismos. Realizar un análisis funcional que ejemplifique el patrón de evitación de las funciones aversivas según la historia individual, las contingencias que estén operando en el patrón y la relación costes-beneficio del mismo. Se realizará un análisis funcional grupal, con un caso hipotético (Anexo XI) y después cada uno realizará el suyo con ayuda de las profesionales del centro (Anexo XII). Se pretende que comprendan que el estado de insatisfacción que sienten ahora al analizar las conductas realizadas con anterioridad se produce porque eligieron la alternativa fácil, no sufrir en su momento, elegir el placer evitando los estados desagradables. En muchos casos es preferible seguir nuestros valores pese al sufrimiento instantáneo que nos provocan algunas situaciones. Dotar de estrategias para aumentar las capacidades de adaptación a la frustración y aumentar el repertorio de conductas más funcionales, así como mostrar habilidades para detectar los valores y las acciones en dicha dirección.

Sesión 7. Búsqueda de valores y posposición de la inmediatez.

Objetivo: descubrir claramente cuáles son los valores que tenemos y por los cuales debemos guiarnos, diferenciando las trayectorias valiosas, objetivos y acciones y las barreras privadas que se interponen. Para ello, se realizará en primer lugar el ejercicio de ACT, consistente en que cada individuo redacte su propio epitafio. (Anexo XIII). Después de que lo escriban, se trabajarán grupalmente las áreas comunes importantes de la vida y se hará referencia explícita a la necesidad de postergar las recompensas inmediatas para conseguir llegar a esos objetivos, aumentando la capacidad de frustración. Complementariamente, se llevará a cabo la metáfora del jardín (Wilson y Luciano, 2002) (Anexo XIV) con la que se trabajarán los valores y la tolerancia a la frustración. Para terminar se cerrará la sesión realizando la segunda batería de cuestionarios.

Recursos

Para llevar a cabo el programa, además de contar con las instalaciones y el mobiliario proporcionado por el centro (aula, sillas, mesas, pizarra, impresora, ordenador y proyector), serán necesarios los siguientes materiales:

Materiales	Cantidad	Presupuesto
Folios	1 caja de 500	5,00 €
Bolígrafos	1 pack de 10	2,40 €
Lápices	1 pack de 12	6,78 €
Gomas	1 pack de 10	3,50 €
Ovillo de lana	1	3,00 €
Total		20,68 €

Por tanto, el presupuesto requerido para llevar a cabo la intervención, sin tener en cuenta el salario de las profesionales del Centro será de 20,68 euros.

Evaluación

Se desea llevar a cabo varios tipos de evaluación, para fortalecer el programa desde diferentes ámbitos. En primer lugar, en cuanto a la procedencia de los evaluadores, se realizaría una evaluación mixta, tanto por el propio personal del programa (psicóloga, participantes, personal del centro de salud), como por personal externo, puesto que este tipo de evaluación se considera más objetiva. Y se llevaría a cabo en tres fases:

Antes: evaluación del estudio, del diseño y de la planificación y metodologías seleccionadas. Para ello, se consultará con investigadores y profesionales de reconocido prestigio en este campo de conocimiento, como el profesor Elisardo Becoña (Universidad de Santiago Compostela), el profesor Roberto Secades (Universidad de Oviedo), la profesora María Carmen Luciano (Universidad de Almería), la profesora Sonsoles Valdivia Salas (Universidad de Zaragoza), y el profesor Eduardo Keegan (Universidad de Buenos Aires).

Durante: se realizará una evaluación del desarrollo, del ambiente y del desempeño, obteniendo la opinión tanto de los participantes como de la psicóloga, en

base a preguntas y entrevistas realizadas durante o después de las sesiones del programa.

Después: evaluación de la eficacia y de la satisfacción.

La evaluación de la eficacia del programa de intervención se realizaría a través del estudio pre-post, administrando una batería de cuestionarios en dos momentos temporales (T1 y T2). Se entiende que, si en comparación con la evaluación T1 y con el grupo control, en la segunda cumplimentación de los cuestionarios (T2), el grupo experimental presenta mejores resultados en las variables evaluadas, el programa es eficaz. Por último, la evaluación de la satisfacción se realizaría en base a la opinión de los participantes y la psicóloga del programa a la finalización de éste, a través de un cuestionario de satisfacción, junto a una serie de preguntas abiertas sobre aspectos que se podrían mejorar (Anexo XV).

Resultados esperados

Se persigue que tras la aplicación de este programa de intervención los participantes mejoren sus resultados en las variables evaluadas. En concreto, se espera que los pacientes experimenten una mejora en el reconocimiento de las emociones, en su valoración y por lo tanto, en la inteligencia y el manejo emocional. También, que aumenten sus habilidades y estrategias de afrontamiento, de modo que dejen de recurrir al uso de sustancias para regular sus estados emocionales, consiguiendo que se mantengan abstinentes durante más tiempo que los pacientes del grupo control. Esperando que los pacientes del grupo experimental muestren mejores resultados que los del grupo control, que son los que reciben terapia individual con el mismo fin. Se ha de plantear la posibilidad de que en futuras implementaciones de la intervención, si resulta efectiva, participen en ella como grupo experimental aquellos que formaron parte del grupo control, para poder extender sus beneficios al mayor número posible de pacientes y no discriminar a ninguno.

Conclusiones

En primer lugar, haciendo referencia a las limitaciones de este programa, se ha de decir que debido a las restricciones temporales existentes, no se pudo terminar de aplicar el programa con la administración de la batería de cuestionarios (T2). Igualmente, tampoco hubo tiempo para realizar un seguimiento a los seis meses y al año de la implementación, pero sí sería adecuado e interesante poder aplicarlo con más

tiempo y mejores condiciones, que permitieran ofrecer datos más reales sobre su eficacia y fiabilidad.

Un aspecto relevante a incluir en futuras sesiones serían las habilidades sociales, ya que la mayoría de los pacientes que sufren problemas de adicción poseen deficiencias para relacionarse con otras personas. Unas mejores habilidades sociales influirían en que los participantes adoptaran más y mejores medidas de afrontamiento para resistir la presión social del consumo. Además, está demostrado que el entrenamiento en habilidades sociales produce una reducción significativa del consumo de alcohol, mejor en muchos casos que las terapias psicológicas (Secades y Fernández, 2001; Tian y Jackson, 1980). En esta intervención no se incluyó el entrenamiento en habilidades sociales debido al poco tiempo disponible, a las pocas sesiones con que se contaba y a que se prefirió incidir en otras variables relevantes. Aunque se introdujo la inteligencia interpersonal que es un concepto similar, pero no se trabajó en profundidad.

La relevancia que posee la problemática de adicciones tanto a nivel social como personal, pone de manifiesto la necesidad de implantar programas de intervención destinados a disminuir el número de personas que padecen adicciones, de modo que se reduzcan tanto los gastos económicos que en sanidad provocan dichos pacientes como los daños que producen en la sociedad y en su propio bienestar.

Esta es una intervención diseñada exclusivamente para personas con problemas de abuso y/o dependencia de sustancias, con lo que no se recomienda la extrapolación de la misma a otro tipo de poblaciones. Se debe tener en cuenta que algunos de los ejercicios que en la intervención se llevan a cabo no son aptos para pacientes en proceso de duelo debido a las emociones que pueden generar. A través del programa, se busca y se espera cumplir el objetivo principal de la intervención psicológica, que es conseguir una mejora en la calidad de vida de las personas que sufren algún problema, en este caso una adicción.

Referencias

- American Association of Psychiatry (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Becoña, E. y Cortés, M. (2008) *Guía clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Recuperado el 27 de abril de 2014, de <http://www.pnsd.msc.es>.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., ... Villanueva, V. J. (2011). *Manual de Adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Recuperado el 12 de abril de 2014, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>
- Cano, F.J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 29-39.
- Chicharro, J., Pérez-García, A.M. y Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 24, 59-68.
- Cuevas, E., Luna, G., Vital, G. y Lira, J. (2005, mayo). Validez interna de la Escala de las Etapas de Disposición al Cambio y Anhelo de Tratamiento (SOCRATES 8D). Comunicación presentada en el *XVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta*. San Luis Potosí (México).
- De la Cuesta, J.L. (2005). *Adicciones químicas y adicciones sin drogas: su incidencia en la responsabilidad penal*. Navarra: Araznadi.
- De la Rubia, J.M. y Retamales, R. (2001). *Estudio de validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en muestra española*. Recuperado el 3 de mayo de 2014, de <http://www.psiquiatria.com>.
- Departamento de Sanidad, Bienestar y Familia del Gobierno de Aragón (2010). *Recursos en Atención a Drogodependencias*. Recuperado el 10 de febrero de 2014, de <http://www.aragon.es>.
- Dimeff, L.A. y Marlatt, G.A. (1998). Preventing relapse and maintaining change in addictive behaviors. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 5, 513-525.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1969). The repertoire or non-verbal behavior: categories, origin, usage, and coding. *Semiotica*, 1, 49-98.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. (1989). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- García-Rosado, E. y Pérez-Nieto, M.A. (2005). La ira y la ansiedad en la abstinencia de alcohólicos rehabilitados. *Edupsykhé, Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 4, 219-232.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The theory of Multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F. y Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27.
- González-Sáiz, F. y Salvador-Carulla, L. (1998). Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS). *Adicciones*, 10, 223-232.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W., ... Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine, and amphetamine users. *Addiction*, 90, 607-614.
- Iglesias, B. R. (1982). *La ansiedad estado/rasgo (STAI) en un grupo clínico (síndrome tóxico)*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Jiménez, M.P., Sieso, A.I., Gilart, R. y Hernández, J. (2013). *Protocolo de actuación de la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones (UASA). Sector de Barbastro. Memoria 2013*. Huesca: Gobierno de Aragón.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 141-165.

- Magill, M. y Rail, A. L. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 516-527.
- Mircea, B., Vlaicu, S., Aura, V. y Maria, B. (2008). Risk factor in alcohol addiction? A brief research report on Romanian population. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 8, 217-225.
- Muiños, M., Cancrini, L., Comas, D., Elzo, J., Estievenart, G., Funes, J., ... Volkow, N. (2013). *Adicciones y emociones*. Recuperado el 3 de mayo de 2014, de <http://www.proyectohombre.es>.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles on drug addiction treatment: A research-based guide*. Recuperado el 3 de abril de 2014, de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf.
- National Institute on Drug Abuse (2008). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la adicción*. Recuperado el 3 de mayo de 2014, de http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_spanish.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10). Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Recuperado el 22 de marzo de 2014, de <http://www.who.int>.
- Parker, J.D., Bagby, R.M., Taylor, G.J., Endler, N.S. y Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Riley, H. y Schutte, N.S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Ruiz, F.J. (2010). *Evidencia empírica de la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Recuperado el 22 de abril de 2014, de <http://www.infocop.es>.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale*. Washington: American Psychological Association.
- Sánchez, E., Tomás, V., Del Olmo, R., Molina, N. y Morales, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 22, 21-29.

- Sánchez, E., Tomás, V., Morales, E. y Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Revista de Trastornos Adictivos*, 6, 159-166.
- Sanz, J., Perdigón, L.A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Secades, R. y Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.
- Spielberger, C.D. (1999). *Professional Manual for State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1964). *State-Trait Anxiety Inventory/Self Evaluation Questionnaire*. Palo Alto, CA: Counseling Psychologist Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training in and dissemination empirically-validated psychological treatments. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Tian, P. y Jackson, P. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, 129-136.
- Tobal-Miguel, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberg, C.D. (2006). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-II)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A. y Reynolds, R.V.C. (1984). *Users manual for Coping Strategies Inventory*. Ohio: University Press.
- Verdejo-García, A., Pérez-García, M. y Bechara, A. (2006). Emotion, decision-making, and substance dependence: A somatic-marker model of addiction. *Current Neuropharmacology*, 4, 17-31.
- Villalba, R. y Verdejo-García, A. (2012). Procesamiento emocional, interocepción y funciones ejecutivas en policonsumidores de drogas en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 14, 10-20.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide.

Anexo I

PROTOCOLO CUESTIONARIOS

DATOS DEL/LA PACIENTE

Nombre:	Fecha:	Nº Historia:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Observaciones:	
Edad:		
Estado civil:		
Nivel de estudios:		
Trabajo actual:		

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Por este documento consiento mi evaluación psicológica entendiéndola como necesaria para una mejor evolución del tratamiento.

Entiendo que realizaré varios cuestionarios donde se me harán preguntas sobre mis pensamientos, comportamientos y sentimientos, así como ciertos acontecimientos que hayan podido ocurrir en mi vida. Entiendo que mis respuestas serán totalmente confidenciales.

Entiendo que la evaluación recogerá los datos y serán codificados de forma que se mantendrá mi anonimato. Consiento en que los resultados puedan ser publicados con fines científicos en tanto en cuanto la identidad sea protegida.

He leído y entendido las explicaciones mencionadas arriba y consiento participar a efectos de investigación para la mejora del tratamiento.

Firma: _____

Anexo II

Nombre o identificación del paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

SOCRATES 8D

Instrucciones: Por favor lee las siguientes afirmaciones atentamente. Cada una de ellas describe una manera de cómo te podrías (o no podrías) sentir con *tu consumo de drogas*. Para cada afirmación, redondea un número del 1 al 5 para indicar si estás o no de acuerdo en el momento actual con los siguientes enunciados. Por favor redondea sólo un número por cada afirmación.

- 1: Totalmente en desacuerdo (NO!)
- 2: En desacuerdo (No)
- 3: Indeciso o inseguro (¿?)
- 4: De acuerdo (Sí)
- 5: Totalmente de acuerdo (SI!)

	NO!	No	¿?	Sí	SI!
1.- Realmente quiero hacer cambios en mi consumo de drogas	1	2	3	4	5
2.- A veces me pregunto si soy un adicto.	1	2	3	4	5
3.- Si no cambio pronto mi consumo de drogas, mis problemas serán mayores.	1	2	3	4	5
4.- Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5.- Estuve consumiendo demasiado durante un tiempo, pero he conseguido cambiar eso.	1	2	3	4	5
6.- A veces me pregunto si mi consumo de drogas está hiriendo a otras personas.	1	2	3	4	5
7.- Tengo un problema con las drogas.	1	2	3	4	5
8.- No sólo estoy pensando en cambiar mi consumo de drogas sino que ya estoy haciendo algo para cambiarlo.	1	2	3	4	5
9.- Ya he cambiado mi consumo de drogas ya hora estoy buscando formas de no volver a consumir como lo hacía antes	1	2	3	4	5
10.- Tengo un serio problema con las drogas.	1	2	3	4	5
11.- A veces me pregunto si tengo el control sobre mi consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12.- Mi consumo de drogas está causando mucho daño.	1	2	3	4	5
13.- Estoy haciendo cosas para dejar mi consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14.- Quiero ayuda para mantenerme alejado de los problemas con las drogas que he tenido.	1	2	3	4	5
15.- Sé que tengo un problema con las drogas.	1	2	3	4	5
16.- En ocasiones me pregunto si consumo demasiado.	1	2	3	4	5
17.- Soy adicto a las drogas.	1	2	3	4	5
18.- Estoy trabajando duro para cambiar mi consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19.- He hecho algunos cambios en mi consumo de drogas, y necesito ayuda para no volver a consumir como antes.	1	2	3	4	5

RECONOCIMIENTO: _____
(PRECONTEMPLACIÓN: 1, 3, 7,10, 12, 15 y 17)

AMBIVALENCIA: _____
(CONTEMPLACIÓN: 2, 6, 11 y 16)

PRIMEROS PASOS: _____
(ACCIÓN: 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 y 19).

Anexo III

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								
<i>A cumplimentar por el evaluador</i>								

Anexo IV

Dinámica para conocerse: “El ovillo de lana”

Objetivos:

- Aprender los nombres de los compañeros del taller.
- Facilitar una comunicación participativa.
- Estimular un ambiente distendido.

Descripción:

- Se le da un ovillo de lana al participante que más cerca está sentado de la pizarra de exposición.
- A continuación, se le pide que diga su nombre y dos cualidades, y que pase el ovillo al participante de su derecha sin soltar el hilo; al siguiente se le pide que diga su nombre y dos cualidades, así sucesivamente hasta el último participante.
- Al terminar se irá recogiendo el ovillo repitiendo los nombres y las cualidades de cada uno de los compañeros en orden inverso, desde el último hasta el primero.

Anexo V





Anexo VI

Inteligencia Emocional Goleman (1995)

Autoconciencia: Implica reconocer los propios estados de ánimo, los recursos y las intuiciones a través de la conciencia emocional, la correcta autovaloración y la autoconfianza. Se lanzarán dos preguntas a los participantes: ¿cómo podemos tomar conciencia de nuestras emociones? ¿nos conocemos adecuadamente a nosotros mismos? Después se les solicitará que elaboren un listado con sus puntos fuertes y débiles y se incidirá en el reconocimiento de sus aspectos positivos y sus capacidades. Se propondrá una situación grupal para que identifiquen los tres componentes.

Situación 1: Elena tiene 30 años y, pese a que lo tiene todo en la vida, no se ve capaz de realizar nada por sí misma, se pasa el día encerrada en casa hasta que llega su marido, sin el cual no se atreve a hacer nada. Pese a que no se ve capaz, sigue realizando las labores de casa. ¿Qué es lo que no sabe hacer Elena?

Autorregulación: Se refiere a manejar los propios estados de ánimo, impulsos y recursos a través del autocontrol, la confiabilidad, la conciencia, la adaptabilidad y la innovación. En la autorregulación se incidirá en la sesión 3.

Motivación: Se refiere a las tendencias emocionales que guían o facilitan el cumplimiento de las metas establecidas a través del impulso de logro (esfuerzo por mejorar o alcanzar un estándar de excelencia), el compromiso, la iniciativa (disponibilidad para reaccionar ante las oportunidades) y el optimismo (persistencia en la persecución de los objetivos, a pesar de los obstáculos y retrocesos que puedan presentarse). Se trabajará la motivación en el mantenimiento de la abstinencia, en lo referido al optimismo para que se mantengan abstinentes (que es su meta) pese a las dificultades del camino, así como el compromiso, promoviendo un clima de colaboración entre todos los participantes y planteando una meta conjunta con todos que gire en torno al eje de la abstinencia. También la iniciativa, planteándoles que si surge por ahí algún taller con cosas divertidas que les gusten que aprovechen y se apunten, así como con todo lo que les guste.

Empatía: Implica tener conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones de los otros mediante su comprensión. Para ello, se plantearán diversos casos con

sucesos tanto positivos como negativos que les pasan a varias personas y se trabajará el que reconozcan cómo se sentirían esas personas.

Ejemplo 1: Julián acaba de terminar la carrera de economía, esta noche es la fiesta de su graduación. A las diez de la noche lo llaman sus amigos explicándole que no pueden asistir porque el coche se les ha averiado, pero que acuda a la fiesta. Julián va a la fiesta y a las doce aparecen todos sus amigos allí. ¿Qué emociones ha sentido Julián?

Ejemplo 2. Acaban de encerrar en la cárcel al hermano de Ana, pero después de 3 años en paro, la han llamado para trabajar en una empresa farmacéutica, lo que ella siempre había querido. ¿Qué emociones está sintiendo Ana?

Destrezas sociales: Implica ser un experto para inducir respuestas deseadas en los otros, saber escuchar abiertamente al resto y elaborar mensajes convincentes, manejar conflictos, ... Se les planteará una situación complicada y posibles alternativas:

Situación 1: Un amigo se encuentra en una fuerte discusión porque se ha adelantado a otro al pedir de comer en un restaurante, el otro ha pensado que tu amigo lo ha hecho aprovechándose y se están gritando mutuamente. ¿Qué haces?

Anexo VII

Situación 1

¿Qué emociones elicita esta imagen?



¿Y esta otra?



¿Qué emociones elicitán los siguiente fragmentos?

<p>Niña de ojos azules preciosos niña no los escondas son hermosos no los llenes de lagrimas amargas no dejes humedecer tus mejillas bravas</p> <p>Mira a la luna y empieza a vivir mira al cielo y empieza a sonreír No permitas que la tristeza invada tu alma deja que la felicidad te devuelva la calma</p> <p>Los años pasan y tu creces tu cara cambia y envejeces y solo te quedara el recuerdo de lo que fuiste la rabia por no dejar de estar triste</p> <p>Tuviste la oportunidad de sonreír pudiste ser feliz y huir vivir la vida, disfrutar Tener recuerdos felices y amar</p> <p>tuviste miedo y te equivocaste quisiste arriesgarlo todo y perdiste desaste sacrificar tu vida por los demás y te quedaras sola, triste par siempre jámas</p> <p>Ahora solo te queda un recuerdo triste la melancolia por lo que nunca fuiste la rabia por tus pocas luces ahora metes la cabeza bajo tierra como los avestruces</p>	<p>La duda asaltó mi mente y no podía avanzar más recé a Dios y pedí suerte para poder a mi Destino llegar. Tanto camino avanzado tan estrecho e inseguro el andar que ahora hundirse sería en vano así que volveré de nuevo a caminar. Más esta vez lo haré con la frente alta sin miedo a la luz o a la mar esta vez conozco mis errores y con ellos mis fronteras intentaré superar....</p> <p>Esperanza</p>
---	---

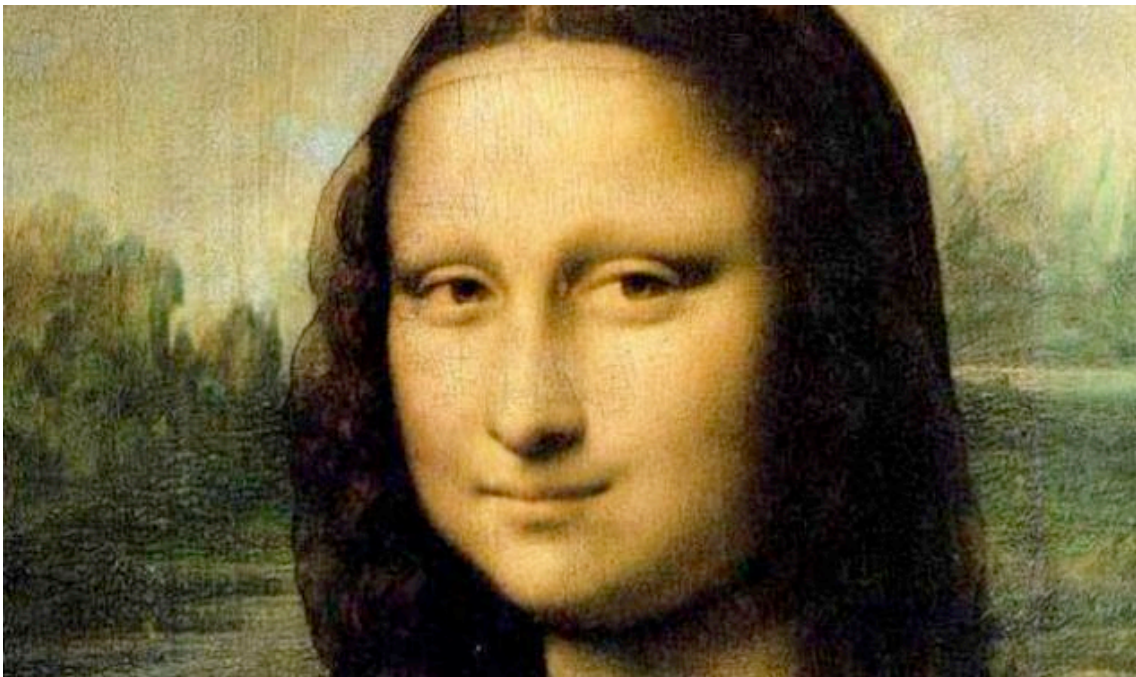
¿Y estas canciones?

<https://www.youtube.com/watch?v=AmBtKmYIyRQ> La tortura de Lys
<https://www.youtube.com/watch?v=5N8gZDwHPgE> Autofotos

¿Y estas situaciones?

1. Llevas tiempo sin consumir, pero en tu familia están constantemente desconfiando de ti, se dedican a mirarte fijamente cada vez que entras por la puerta para ver si vas bien, y te hacen preguntas constantes por los gastos que tienes.
2. Has vuelto a consumir después de mucho tiempo sin hacerlo, además te has gastado un dinero que no tenías y ahora te ves sobrepasado porque tienes que dar explicaciones en tu casa.
3. Sales de fiesta después de muchos días sin hacerlo, pero te sientes inseguro, todos tus amigos están consumiendo y te están tentando a consumir.

¿Y la siguiente imagen? ¿Por qué ha suscitado tanta polémica?



¿Y en esta otra, quién está expresando una emoción enmascarada?



¿Qué sentimientos os producen personas que veis que están ocultando lo que verdaderamente sienten?

Anexo VIII

Role-playing

Objetivo: Identificar las estrategias de afrontamiento que utilizarían cada uno de los participantes y qué estrategias serían las que más beneficios les aportarían.

Situación 1

Has detenido el coche en la calle, has puesto los cuatro intermitentes porque has entrado un momento a un comercio a comprar una cosa que necesitabas para casa. Cuando sales, un guardia civil te esta poniendo una multa. ¿Cómo reaccionas? ¿De qué otra forma podrías actuar? ¿Crees que es la correcta?

Situación 2

Son las cinco de la madrugada y los vecinos de abajo están armando un jaleo tremendo, cuando tienes que levantarte el día siguiente a las siete de la mañana y no es la primera vez que te pasa esto. ¿Cómo reaccionarías? ¿Y si fuera la primera vez que te pasa, qué harías? ¿Qué forma de reaccionar crees que es la más adecuada?

Situación 3

Cambian el jefe en tu trabajo y de repente está haciendo muchos cambios en la plantilla de la empresa. Al terminar tu jornada tu jefe te dice que estas despedido/a. ¿Cómo reaccionarías? ¿Podrías hacer algo diferente?

Situación 4, 5, 6...

Pedirles a los participantes que describan alguna situación de la vida cotidiana que les pueda afectar y que la representen entre varios de los componentes del grupo, para observar las distintas estrategias de afrontamiento existentes y los beneficios que éstas reportan. En caso de que se muestren reticentes, cada participante entregará un papel con su propuesta de forma anónima y se seleccionarán algunas para representar.

Anexo IX

Metáfora del autobús (Hayes et al, 1999)

“En la vida vamos conduciendo un autobús por la carretera que lleva a nuestras metas y con el motor de nuestros valores. Llevamos unos pasajeros revoltosos que son nuestros pensamientos, sentimientos y emociones. Muchos de ellos son catastrofistas: “si sigues ese camino vas a sufrir mucho”, “te vas a morir”, “te vas a volver loco”, “se van a reír de ti”. Se nos echan encima, nos apietan el estómago, se suben a nuestros hombros o nos agarran del cuello. Además, nos dicen implícita o explícitamente: “Tuerce ya”, “Haz lo que sea para evitarlo”, “No sigas el camino que tanto deseas porque va a ser un desastre”, “¡No lo hagas!”, “¡Para!”.

A raíz de esta metáfora, tenemos varias alternativas de comportamiento:

1. Hacerles caso, torcer, parar o lo que nos ordenen. Pero así no llegaremos nunca donde queremos ir. Si actuamos de esa forma tendremos un alivio inmediato, pero abandonaremos muchas cosas importantes, lo que nos hará sufrir mucho.
2. Establecer una lucha con el pensamiento:
 - a) Discutir, decirles que eso es mentira y que no va a suceder. Luchar contra nuestra propia mente puede ser extenuante y es una lucha imposible de vencer. Nos distraeremos de la carretera y podemos tener un accidente.
 - b) Echarlos del autobús para no escucharlos. De nuevo tendremos que parar y es probable que vuelvan a subir más adelante.
 - c) Luchar físicamente contra ellos para echarlos del autobús de nuevo, soltando el volante y exponiéndonos a un accidente.
3. Aceptar, escuchar su amenaza sintiendo el miedo que nos produce lo que dicen, sabiendo que es posible que lleven razón y, pese a todo, no hacerles caso. Se trata de seguir conduciendo por la carretera por la que queremos ir. Si aprendemos a conducir en situaciones adversas es cuando seremos conductores/as más expertos/as y llegaremos hasta donde nos propongamos.

Anexo X

Pensamientos desajustados

Exageraciones: “no consumir es horrible, espantoso, inaguantable”.

Ideas de necesidad poco realistas: “necesito consumir, no puedo vivir ni afrontar las cosas sin la droga”

Anticipaciones de fracaso: “tarde o temprano volveré a recaer, no podré aguantar, no seré capaz”

Permisos: “por un tirito no pasa nada, total ya llevo mucho tiempo, no pasa nada...”

Análisis de los pensamientos desajustados

Señal de alarma: sentimientos (ansiedad, aprensión, miedo, estrés).

Acto seguido: detenerse y tomar conciencia de lo que se está pensando.

Desafiar a los pensamientos desagradables ¿Son realmente ciertos o son suposiciones?

Mirar también los aspectos positivos

¿Qué es lo peor que puede pasar si no consumes esta vez?

Afronta y comprueba tus suposiciones

Genera pensamientos ajustados

Cuando pienso....	Es más realista pensar...
“Las ganas de consumir son horribles e incontrolables...”	Ocasionalmente las ganas de consumir pueden ser molestas e intensas, pero en absoluto horribles e inaguantables.
“Necesito consumir”	Me apetece, pero no lo necesito; necesito dormir, comer y beber, pero puedo pasar sin consumir. Lo deseo, pero no lo necesito
“No puedo aguantar más...”	Es una reacción normal, ya me lo dijeron.... Es desagradable, pero tolerable,... forma parte del proceso... me sirve para ver que la droga es realmente un problema para mí... Es una oportunidad para superarme a mí mismo
“De vez en cuando puedo darme un permiso, por una raya no pasa nada”	Mi experiencia me dice lo contrario; si lo hago, en poco tiempo volveré a estar como antes y esta no es mi decisión.
“Soy un drogata y no tengo remedio, para qué intentarlo...”	No voy a vivir bajo una etiqueta... He superado otras situaciones difíciles... tengo una opción para cambiar y esta es una nueva oportunidad, yo elijo lo que hago con mi vida.

Anexo XI

Caso 1

María es una chica de 40 años que ha tenido un problema de adicción. Dice que no es feliz con lo que tiene en su vida porque no ha conseguido nada de lo que esperaba. Es administrativa en una empresa, cuando ella siempre había querido ser profesora, pero como sus padres no estaban de acuerdo, eligió la carrera de empresariales. Hace unos años sufrió mucho debido a que murieron sus padres y a que perdió el trabajo y se metió en las drogas. Actualmente tiene un problema de consumo de sustancias que quiere solucionar, pero le da miedo el malestar que le provoca estar abstinente. Ella nunca había querido tener hijos, pero tiene dos y se tiene que encargar de ellos completamente, ya que su marido no la ayuda en nada. Además, se encarga de todas las tareas de casa, cuando ella nunca había querido ser ama de casa.

Situación que genera malestar	Qué hizo en su momento	Por qué lo hizo	Qué podría haber hecho acorde con sus valores	Cómo se sentiría ahora
Trabajo	Estudiar una carrera que no le gustaba	Para no disgustar a sus padres	Estudiar la que le gusta	Bien, realizada
Hijos	Tenerlos	Seguramente, por no disgustar a su marido	Seguir sin tenerlos	No tan agobiada
Ocuparse de la casa	Aceptarlo	Por su marido	Obligarle a él a que se encargue o dar un ultimátum	Bien, tendría una casa y no se ocuparía de ella
Consumo	Utilizarlo para resolver situaciones	Porque se encontraba mal	Solucionarlo de otra manera	No tendría un problema de adicciones
Dejar de consumir	Seguir consumiendo	Por miedo a sufrir	Dejarlo	Mucho mejor

Anexo XII

Situación que te genera malestar	Qué hiciste en su momento	Por qué lo hiciste	Qué podrías haber hecho acorde con tus valores	Cómo te sentirías ahora

Anexo XIII

Ejercicio del epitafio

Este ejercicio consiste en escribir nuestro epitafio. Cuando ya no estemos, ¿qué recordarán de nosotros? Imagina tu propio entierro. A él asisten cinco personas (familiares o amigos) que te conocen bien. Escúchalos.

- ¿Qué cinco personas?
- ¿Qué están diciendo de ti?
- ¿Cómo te recuerdan?
- ¿Por qué te echan de menos?

Metáfora del jardín

“Tu vida es un jardín. En este jardín hay distintas parcelas. Unas tienen que ver con la salud, otras con la educación de los hijos, otras con la relación de pareja... En estos días nos hemos centrado en cultivar plantas muy concretas, plantas de no fumar. Habéis llegado con mucho ánimo y habéis plantado la semilla. Pero, cuando uno planta una semilla, ¿brota inmediatamente? (...). ¿Qué tendríais que hacer para que terminara dando fruto? (...). Algunos de vosotros os habéis cansado y habéis optado por arrancar todas esas plantas y sembrar semillas nuevas, las semillas de fumar menos (...). Algunos también os habéis cansado de esas y habéis vuelto a sembrar las primeras (...). ¿Qué creéis que puede pasar si os dedicáis a plantar y arrancar plantas? (...). Para tener un bonito jardín hay que sembrar, regar, abonar y cuidar las plantas todos los días. Cuando uno planta algo por primera vez no sabe bien qué es lo que necesita. Puede que incluso llegue a brotar y al principio no tenga el aspecto que esperábamos. Es probable que el primer año ni siquiera dé buenos frutos... Puede que trabajemos duro en el jardín y no obtengamos los frutos que queremos. Pero si no cuidamos el jardín, o arrancamos todo aquello que plantamos, ya podemos ir olvidándonos de tener un bonito jardín.”

Anexo XIV

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL PROGRAMA

Sexo: ____

Edad: ____

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa?

Nada adecuados Algo adecuados Bastante adecuados Muy adecuados

Justificación _____

2. De los contenidos trabajados ¿cuáles te han parecido más interesantes?

3. ¿Qué otros contenidos te gustaría haber trabajado?

4. ¿Cómo valorarías la metodología utilizada en el programa?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación _____

5. ¿Cómo valorarías las dinámicas?

Nada adecuadas Algo adecuadas Bastante adecuadas Muy adecuadas

Justificación _____

6. ¿Qué otra dinámica hubieras incluido o qué otro ejemplo te parecería adecuado?

7. ¿Qué te ha parecido la actuación del psicólogo?

Nada adecuada Algo adecuada Bastante adecuada Muy adecuada

Justificación _____

8. ¿El programa ha respondido a tus expectativas?

Nada Algo Bastante Mucho

Justificación _____

9. Valora del 1 al 10 el programa: _____

10. Valora tu satisfacción del 1 al 10 hacia el programa: _____

11. Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos:
