



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA FOMENTAR LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN ADULTOS DROGODEPENDIENTES

Alumna: Alba Zapata Güeto

Tutor-a: Ana García León

Dpto.: Departamento de Psicología

(Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico)

INDICE:

1. INTRODUCCIÓN:

- 1.1 ¿Qué son las drogas y la drogadicción?
- 1.2 ¿Qué características personales se asocian con la drogadicción?
- 1.3 ¿Qué es la Inteligencia Emocional?
- 1.4 ¿Por qué un programa de intervención que fomente la Inteligencia emocional en adultos drogodependientes? Justificación.
- 1.5 Objetivos generales y específicos.

2. METODOLOGÍA:

- 2.1 Participantes
- 2.2 Instrumentos de evaluación utilizados
- 2.3 Procedimiento
- 2.4 Descripción del plan de intervención
- 2.5 Recursos
- 2.6 Presupuesto orientativo

3. RESULTADOS PREVISTOS.

4. REFERENCIAS APA.

5. ANEXOS:

- Anexo 1: prueba TMMS-24
- Anexo 2: prueba DAST-20
- Anexo 3: prueba SWLS
- Anexo 4: prueba Autoestima de Rosenberg
- Anexo 5: prueba STAI-E
- Anexo 6: ficha de registro por sesiones
- Anexo 7: cuestionario anónimo de evaluación del programa
- Anexo 8: consentimiento informado y hoja de información
- Anexo 9: fichas técnicas por sesiones
- Anexo 10: presupuesto orientativo

RESUMEN:

Como bien se viene observando desde hace años, las personas que desarrollan una dependencia en este caso a sustancias, acaban reuniendo un patrón de características personales que denotan bajos niveles de gestión y claridad emocional.

Teniendo en cuenta la importancia de intervención en este colectivo, se ha propuesto un programa de este tipo con el objetivo de fomentar la Inteligencia Emocional en una muestra comprendida por 20 adultos drogodependientes. Se trata de un programa dividido en 6 bloques, en los que se realizarán sesiones grupales con el objetivo de aumentar habilidades de tipo emocional que fomenten la regulación y canalización de emociones de una manera más sana y positiva, contraria a la gestión normalmente realizada por estos sujetos.

El programa constará de una medida de tipo PRE-POST intervención en la que se utilizaran varias escalas de medida validadas. Las variables medidas son: autoestima, satisfacción con la vida, inteligencia emocional... Y contará además con un seguimiento tanto en la ejecución del programa como en su beneficio a largo plazo, tras 5 meses desde la finalización del programa.

En resumen, tras la puesta en marcha de este programa de intervención, se espera en estos sujetos un aumento de habilidades y capacidades emocionales básicas, que puedan servirles de herramienta en su proceso terapéutico frente al consumo y además, en su vida emocional.

PALABRAS CLAVE: gestión emocional, Inteligencia Emocional, drogadicción, Autoestima, dependencia, emoción, claridad...

ABSTRACT:

As has been well observed for years, people who develop a dependence in this case on substances, end up gathering a pattern of personal characteristics that denote low levels of management and emotional clarity.

Taking into account the importance of intervention in this group, a programme of this type has been proposed with the aim of promoting Emotional Intelligence in a sample of 20 adult drug addicts. It is a programme divided into six blocks, in which group sessions will be held with the aim of increasing emotional skills that promote the regulation and channeling of emotions in a healthier and more positive way, contrary to the management normally carried out by these subjects.

The program will consist of a measure of type PRE-POST intervention in which several validated measurement scales will be used. The variables measured are: self-esteem, satisfaction with life, emotional intelligence... In addition, the programme will be monitored both in the implementation of the programme and in the long term, after 5 months from the end of the programme.

In summary, following the launch of this intervention programme, these subjects are expected to increase their basic emotional abilities and abilities, which can serve as a tool in their therapeutic process against consumption and in addition, in his emotional life.

KEYWORD: emotional management, Emotional intelligence, drug addiction, self-esteem, dependence, emotion, clarity

1. INTRODUCCIÓN:

El presente proyecto está dirigido a sujetos adultos con un problema de drogadicción o dependencia a sustancias, con el fin de mejorar la "Inteligencia Emocional" (IE).

Mayer y Salovey son considerados autores pioneros en dicho concepto, lo definieron en 1990 como una parte de la inteligencia de tipo social, que hace referencia a la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, para guiar nuestro comportamiento.

Se trata de un tema de gran importancia, ya que la IE es una capacidad emocional muy importante en la vida de todo ser humano y que además tiene la gran ventaja de poder ser desarrollada mediante el ejercicio de ciertas habilidades como son: la autoconciencia, el autocontrol, la empatía, las habilidades sociales y la regulación emocional, influyendo todas ellas en la salud y el bienestar psicológico de cada individuo.

En los últimos años se ha despertado un gran interés por el estudio del control de emociones, tema que hace referencia directamente a la Inteligencia Emocional y al saber entender, comprender y utilizar las emociones de una manera adecuada para así favorecer el pensamiento. Esto llevará a tener mayor conocimiento sobre nuestras emociones y a poder canalizarlas hacia soluciones más sanas y positivas que nos aporten estabilidad y bienestar, tanto físico como psicológico.

Este interés viene dado en parte, por la comparativa realizada entre las capacidades cognoscitivas (CI) y las emocionales, reconociendo que estas últimas no llevan una carga genética tan marcada como el CI, lo que permite poder practicar, aumentar y desarrollar estas capacidades de una manera más exitosa: educando emocionalmente.

Numerosas investigaciones hacen referencia a la importancia que tiene el factor de tipo emocional en el problema de consumo y la adicción. De hecho, autores como Fernández, Jorge y Béjar (2009) afirman que el consumo de sustancias es empleado como técnica de autorregulación externa de estados emocionales negativos y de gran intensidad.

En la misma línea, los estudios de Kun y Demetrovics (2010) quienes hablan sobre el papel que juegan las emociones en el desarrollo de las dependencias por consumo de sustancias, haciendo de nuevo una interpretación del consumo como un método de evasión: de escapar del dolor y la decepción.

Asimismo, Fernández-Berrocal y Extremera (2007) quienes concluyen que personas con falta de habilidades emocionales suelen recurrir al consumo de diversas sustancias adictivas como una manera de autorregulación externa. Siendo este contemplado como el camino "fácil" para aliviar estados emocionales de tristeza o desagrado que es motivado por la baja percepción

que tienen estas personas sobre sus emociones. Según estos autores, los sujetos emocionalmente inteligentes se caracterizarían por presentar un mayor grado de autocontrol, lo que implicaría una frecuencia menor de estados emocionales negativos.

En esta misma línea, estudios como el de Riley y Schutte (2003) con población adulta en los que concluyen que bajos niveles de IE son predictores directos de un mal manejo y en consecuencia un mal afrontamiento de problemas relacionados con todo tipo de drogas y sustancias.

Por todo esto, el presente proyecto de intervención está encaminado hacia el ejercicio de estas habilidades pertenecientes a la IE, que como hemos visto pueden ser y que son de gran relevancia en la vida de todo ser humano y más aún en la de personas con problemas de adicción a sustancias. Dichos sujetos, suelen carecer de esta capacidad de regulación emocional básica, que es fundamental para tener un buen ajuste psicológico y emocional y que les sería de gran ayuda para hacer frente a su problemática de consumo.

1.1 ¿Qué son las drogas y la drogadicción?

Siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es definida como *“toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”* (OMS, 1969). La OMS hace referencia a las sustancias psicoactivas o drogas de abuso como sustancias que modifican la conciencia, el estado de ánimo y el pensamiento de un individuo.

Es de mencionar que no existen apenas diferencias entre las drogas y los fármacos (que también son considerados drogas) estando éstas basadas fundamentalmente en matices puramente sociales y de tipo instrumental relacionados con la toma y administración de una sustancia con o sin prescripción médica y que el verdadero objetivo sea la curación de una patología o no.

En la actualidad hay múltiples clasificaciones en cuanto a las drogas se refiere, considerando en todas ellas tanto las drogas de uso legal como son el tabaco y el alcohol, así como las de uso ilegal como el hachís, la heroína, la cocaína... siendo esta en sí misma, una primera clasificación que hace referencia a su “status legal”. Entre las posibles clasificaciones estarían: según su origen (natural y sintético), según su consideración sociológica, según las manifestaciones clínicas que produce, según la peligrosidad para la salud y según el efecto que produce en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Esta última clasificación de la que se hace mención es la más usada: agrupa las sustancias según el efecto que producen en el SNC, permitiendo a su vez poder inferir el comportamiento derivado de esas sustancias. De acuerdo a este criterio de clasificación, las drogas pueden dividirse en tres grupos:

- **ESTIMULANTES:** comprendería todas aquellas sustancias que aceleran la actividad del SNC provocando estados de euforia y desinhibición total.
- **DEPRESORAS:** son aquellas drogas que en cierto modo disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Son sustancias que producen una alteración de la concentración y en ocasiones del juicio, ya que actúan disminuyendo la percepción de estímulos externos y provocando estados de relajación y bienestar.
- **ALUCINÓGENOS:** serían aquellas drogas que causan distorsiones en las sensaciones y alteraciones del estado de ánimo. Además causan cambios en la percepción del mundo externo.

En la Tabla 1 que se muestra a continuación, se incluyen las principales sustancias psicoactivas clasificadas en función de su efecto en el SNC.

Tabla 1. *Clasificación de sustancias psicoactivas en función de su efecto en el SNC*

ESTIMULANTES	-Anfetaminas y metanfetaminas -Cocaína -Nicotina -Familia de Xantinas y bebidas energéticas
DEPRESORAS	-Alcohol -Tranquilizantes, inductores del sueño y ansiolíticos. -Opiáceos (heroína, morfina, codeína, metadona...) -Gammahidroxibutirato (GHB)
ALUCINÓGENAS	-LSD, hongos, mescalina, psilocibina, ayahuasca... -Cannabis y derivados: hachís, marihuana... -Drogas de síntesis y disolventes

(Nota. Fuente: elaboración propia; Realizado en Word)

Por otro lado, la drogodependencia es considerada por la OMS como un estado de intoxicación que es producido por el consumo repetido de una droga y que lleva implícito el deseo dominante de continuar consumiendo esa droga, de buscarla y de además incrementar las dosis (Kramer, Cameron y OMS, 1975)

El problema de la drogadicción lleva presente en nuestra sociedad desde hace décadas, representando uno de los mayores problemas de salud en la población y que además ha ido incrementando en los últimos años. Coincidiendo esta incrementación con una mejora de las condiciones económicas y un cambio en los valores sociales y culturales.

Dicho cambio social es de tal magnitud, que hoy en día está totalmente normalizado el consumo de ciertas sustancias, siendo este un fenómeno que cada vez está más asociado al ocio y que afecta sobre todo a personas jóvenes, que consumen sustancias ilegales por diversión y socialización, contribuyendo de tal manera al gran problema social y sanitario que supone el consumo de drogas y a las consecuencias que esto acarrea.

Tal y como se indica en la página web oficial del “Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social”, España cuenta con El Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) que es una iniciativa gubernamental creada en el año 1985 y que está dirigida a potenciar las políticas destinadas a temas de drogas, que son llevadas a cabo en las distintas Administraciones Públicas de España.

Según los datos ofrecidos por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) en diciembre de 2018, en “la Encuesta sobre alcohol y drogas en España (estudio EDADES 2017-2018)” se concluye que las drogas legales consumidas de forma más frecuente en la actualidad son: el alcohol, el tabaco y los medicamentos de tipo hipnosedante y, entre las drogas ilegales destaca el cannabis. Además esta última es la droga que se percibe como más disponible según los datos de dicha encuesta: un 63’3% de la población cree que es muy fácil conseguirlo en menos de 24 horas.

En la Figura 2 pueden observarse los datos de prevalencia actualizados del consumo según el Plan Nacional de Drogas 2017-2018.

Además han sido añadidos varios módulos que no figuraban en los estudios anteriores, y que muestran las nuevas tendencias de consumo que hay en la actualidad. Entre ellos destacan el cigarrillo electrónico, el uso de hipnosedantes y analgésicos opioides sin receta médica, el juego y el uso compulsivo de internet, que según dice la encuesta de este último: 906.000 personas de 15 a 64 años, han practicado un uso compulsivo de internet en el último año.

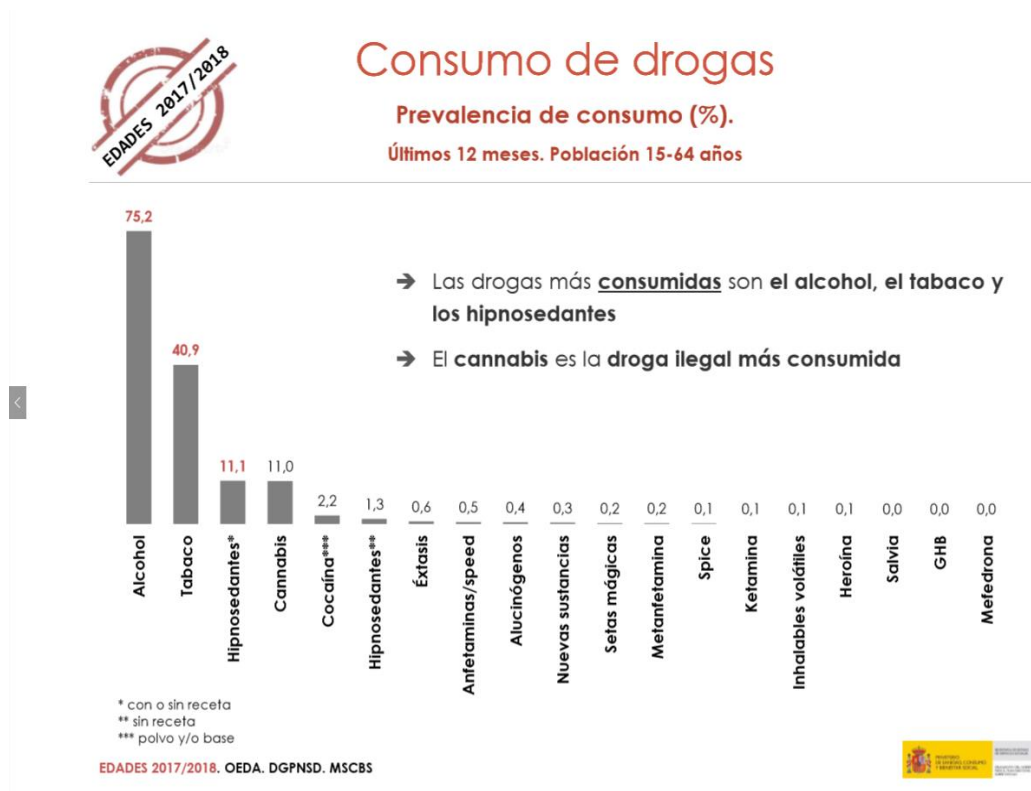


Figura 2. Prevalencias de consumo, encuesta EDADES 2017/1018

(Nota. Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. OEDA, DGPND; Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2017-2018)

En dicho estudio se realiza además una evolución de la prevalencia en el consumo en comparación con el pasado, en la que se destaca una disminución en el consumo de alcohol e hipnosedantes y una ligera tendencia al aumento en el consumo diario de tabaco.

Se aprecia una clara diferenciación en cuanto a edades y sustancias consumidas: siendo así mayor el consumo de hipnosedantes y analgésicos opioides en mayores de 35 a 64 años, y el consumo de cannabis y alucinógenos aumentado en jóvenes menores de 15 a 17 años.

Esto último, sugiere a su vez, un problema importante en cuanto a las edades de inicio en el consumo, que como desde hace años se viene observando, es cada vez más precipitado y alarmante.

Asimismo, como se aprecia en numerosas investigaciones, es posible afirmar que hay multitud de factores de riesgo asociados con el inicio del consumo de sustancias. Algunos estudios de tipo prospectivo y en pares de gemelos indican como factores de riesgo de tipo individual: la edad o el sexo, de tipo familiar: como es el consumo por parte de padres o hermanos y factores de influencia social: como es la disponibilidad de sustancias, siendo todos

estos factores asociados a un inicio temprano del consumo de sustancias (Kendler, Schmitt, Aggen, y Prescott, 2008).

También han sido asociados al inicio del consumo otro tipo de factores como son los eventos estresantes sufridos en la infancia y que son de gran importancia (Andersen y Teicher, 2009) y el menor nivel socioeconómico de la familia durante la infancia y adolescencia (Hernández López et al., 2009).

Como se ha mencionado anteriormente, el problema de consumo de sustancias no es algo relativamente "nuevo", ya que viene siendo desde hace años un gran problema social presente en la sociedad. Normalmente se ha entendido la adicción a las drogas con el termino "drogadicción" y con la carga negativa que ello implica, al señalar a alguien como drogadicto. En razón a esto se conoció más tarde con el término científico de "farmacodependencia", indicando una dependencia tanto física como psíquica, a los fármacos de los cuales se abusa.

El término drogadicción implicaría por tanto, la dependencia compulsiva y constante de consumir una sustancia de la cual el sujeto no puede prescindir y que ocasiona trastornos de tipo físico, psíquico y social. El uso regular de sustancias daría lugar a dos procesos clave en la drogadicción:

- Tolerancia: definida por la OMS (1965) como aquel estado de adaptación que conlleva una disminución de la respuesta a las dosis constantes y repetidas de una sustancia y que se caracteriza por la necesidad de consumir mayor cantidad para provocar el mismo grado de efecto. Esto no es más, que un proceso adaptativo del organismo a la presencia regular de la sustancia, necesitándose así mayor cantidad para producir los mismos efectos.

- Dependencia: se trata de un síndrome caracterizado por la necesidad de consumir dosis repetidas de esa sustancia, con un deseo infrenable (craving) que tiene como objetivo evitar síntomas de malestar que son producidos por no consumir esa sustancia. Es considerado un trastorno mental crónico, que suele seguir un curso habitual en el que combina periodos de remisión ante el consumo, que son interrumpidos por recaídas.

Según la define la OMS (1992) en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se trata de *"un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto"*

En una publicación del Boletín de la OMS, formulado por Eddy et al. (1965) se definen dos tipos de dependencia:

- Dependencia física: se trata de un estado adaptativo fisiopatológico que se caracteriza por la necesidad de mantener un nivel determinado de una droga en el organismo. Si dicha droga no se consume aparece un proceso conocido como "síndrome de abstinencia". Se trata de un cuadro de signos y síntomas tanto físicos como psíquicos, que presentan un perfil muy variable según el tipo de sustancia consumida y las características individuales de la persona.

Además para que dicho síndrome de abstinencia se produzca, debe haberse desarrollado un cambio en el funcionamiento cerebral y neuronal en referencia a las cantidades de la sustancia psicoactiva, es decir, debe producirse una neuroadaptación a la sustancia, que genera a su vez la denominada tolerancia.

- Dependencia psíquica: sería lo denominado coloquialmente como "craving", que hace referencia a un fuerte deseo para consumir una sustancia psicoactiva con el objetivo final de llegar a experimentar un estado afectivo agradable o librarse del estado desagradable. Se trata de la necesidad no solo de consumir, sino de buscar activamente y por todos los medios posibles dicha sustancia, dedicando así mucho tiempo a la obtención y consumo de ésta.

En resumen, es de mencionar que aunque suele ser voluntaria la toma inicial de drogas, a medida que pasa el tiempo ocurren grandes cambios a nivel físico y cerebral, que afectan a la persona consumidora, de tal modo que para dicha persona es imposible o casi imposible resistir ese impulso de consumir cierta sustancia, a lo cual hemos llamado anteriormente como drogadicción.

1.2 ¿Qué características personales se asocian con la drogadicción?

El interés por la psicología de la personalidad es muy antiguo, se remonta a siglos atrás; de hecho, desde la Antigua Grecia vienen existiendo aportaciones en cuanto a lo que a la personalidad se refiere. Personalidad viene etimológicamente de la palabra latina "persona", que en su origen significaba "máscara". En la antigüedad, las personas que ejercían de actores en los teatros se ponían máscaras con el fin de representar los distintos papeles de la pieza teatral, es decir utilizaban las "máscaras-personas" para representar un tipo de personalidad o de estado de ánimo, siendo este el origen más primitivo del significado de la palabra.

A modo de contextualización, cabe destacar que es la década de los años 30, la que se reconoce como la era de eclosión y definición de esta disciplina (McAdams, 1989).

Publicaciones como el manual científico de Allport titulado "Personalidad: una interpretación psicológica" y que fue publicado en el año 1937, marcan los límites de esta nueva disciplina científica, siendo este el inicio formal de la psicología de la personalidad. En dicho

libro, sistematiza la idea de personalidad como una organización dinámica y única, que se encuentra en constante acción con el medio.

Sin embargo, no es esta la única definición posible. En psicología, el término “personalidad” ha tenido multitud de propuestas de definiciones sin consenso.

De manera general, la personalidad es entendida como un conjunto de características o rasgos psicológicos internos que se mantienen estables y que describen la forma de ser que tiene una persona, determinando así la manera que tiene de comportarse ante distintas situaciones. A esto hacen referencia Kluckhohn y Murray (1953) afirmando que las personas son en algunos aspectos iguales, en otros diferentes y en otros, únicos.

Además, el constructo de personalidad se ha empleado para referirse al conjunto de patrones de emociones, pensamientos y conductas que son características de un individuo desde sus primeros años de vida y que suelen mantenerse estables a lo largo del tiempo y de la vida.

Esto hace alusión a una de las perspectivas más estudiadas en psicología de la personalidad: los rasgos, que serían definidos de manera coloquial como aquellas cualidades que forman parte de una persona. Desde esta perspectiva se defiende además que estas cualidades son mantenidas en el tiempo, es decir que son estables y muestran una consistencia, creando así un patrón estable de conductas, sentimientos y emociones que caracterizan a un individuo.

Los rasgos empezaron a ser estudiados en profundidad de la mano de Allport en la década de los 30, refiriéndose a estos como dimensiones de la personalidad que determinan a la conducta expresiva y el estilo de respuesta de cada persona (McAdams, 1989).

En este sentido, los rasgos serían simples consistencias de comportamiento que son constantes en el tiempo y que muestran la disposición general del individuo. Cuando de manera cotidiana se dice que un individuo presenta un determinado rasgo de personalidad, nos estamos queriendo referir a la tendencia implícita de ese individuo a comportarse de una forma consistente, en diversas situaciones. Además, si los rasgos son agrupados, pueden llegar a formar un patrón complejo llamado “tipo”, que muestra la tendencia de comportamiento por parte de un individuo. Serían los llamados “estilos de personalidad” (Millon y Davis, 2001).

El modelo de rasgos más importante y más usado en las últimas décadas ha sido el “Modelo de los Cinco Grandes” (Costa y McCrae, 1990). Se trata de una taxonomía desarrollada a partir de dos perspectivas teóricas: el enfoque léxico de la personalidad y la evaluación de esta a través de cuestionarios, pero con una aproximación metodológica en común: el análisis factorial. Es por esto que en este modelo se utilizan términos como el de “factores” o “dimensiones”, con referencia al análisis factorial que permite identificarlos, aludiendo al

carácter bipolar de tales dimensiones y sustituyendo lo que comúnmente definimos como “rasgo”.

Desde este modelo se defiende que los rasgos presentan una estructura jerárquica y en consonancia a esto, son propuestos cinco factores que son presentados de forma bipolar, formando un continuo con dos polos contrapuestos. (Costa y Widiger, 2002).

Dichos factores-dimensiones serían:

1. Extraversión – Introversión: dimensión que estaría asociada a aspectos como la preferencia del sujeto por estar solo o acompañado, con tendencia a experimentar emociones positivas y tener una gran energía. En el extremo de extraversión, se situarían personas habladoras, asertivas, sociables y con energía, mientras que en el extremo de introversión (como la propia palabra indica: hacia dentro) estarían aquellas personas consideradas como tranquilas, quietas, reservadas, tímidas y solitarias.

2. Amabilidad – Oposicionismo: se trata de una dimensión que hace referencia directa a la calidad de la interacción social y de las respuestas que se ofrecen a los demás. En uno de los polos de este factor se situarían personas simpáticas, amables, fieles, gentiles y generosas, mientras que en el polo contrario de oposicionismo, se enmarcarían aquellas personas consideradas como frías, poco amigables, crueles y desagradecidas.

3. Responsabilidad/Tesón – Falta de responsabilidad: es la dimensión que indica el grado de organización, control y motivación en la conducta dirigida a objetivos y metas. Los sujetos responsables serían personas organizadas, eficientes y precisas mientras que en el otro polo, se situarían personas consideradas como dejadas, desordenadas, independientes e irresponsables.

4. Estabilidad emocional – Neuroticismo: dimensión relacionada con la vida emocional del sujeto y con su ajuste psicológico. Las personas del primer extremo serían personas estables, calmadas, tranquilas y poco emotivas, mientras que las del polo opuesto tenderían a la ansiedad, la preocupación, el malhumor, el temor, la emotividad, la inestabilidad o la tensión.

5. Apertura a la experiencia – Cierre ante la experiencia: se trata de la dimensión más novedosa y hace referencia directa a la búsqueda de experiencias personales y al placer por lo desconocido.

En base a lo expuesto con anterioridad, es de mencionar que desde hace años, la búsqueda de una tipología de personalidad adictiva constituye uno de los principales intereses en investigación sobre trastornos relacionados con el consumo de sustancias. En general, al igual que en otros tipos de personalidad, es posible identificar ciertas características que son comunes en todas aquellas personas con un problema de consumo.

Siguiendo la perspectiva de los cinco grandes y en relación a estudios validados, se afirma la especial implicación de tres de estas dimensiones en la búsqueda de este tipo de “personalidad adictiva”. Estas serían: Estabilidad Emocional (Neuroticismo), Tesón y Energía (Eje Intraversión/Extraversión).

Datos de interés en referencia a esto son los encontrados en un estudio realizado con una muestra de 215 personas consumidoras que tenía como objetivo identificar las diferencias en el perfil de personalidad de consumidores de sustancias psicoactivas. En dicho estudio se obtuvo como resultado una correlación negativa y significativa entre el factor Tesón y el nivel de consumo, indicando esto que a mayor Tesón menor es el nivel de consumo y que por tanto, la falta de tesón es una de las características de las personas que consumen. (Gantiva, Rodríguez, González y Maldonado, 2011)

Además como dice Bermúdez (1995): el tesón como factor, hace referencia de manera directa al grado de autocontrol.

En la misma línea, Pedrero Pérez (2002) concluye en su estudio que existen rasgos de personalidad que parecen ser característicos de los trastornos adictivos. Dicho autor afirma que los adictos muestran niveles menores de autoestima y de autoeficacia general, además de puntuar bajo en habilidades sociales y en autocontrol. En dicho estudio se obtuvo como resultado una correlación positiva alta entre el consumo de sustancias y la inestabilidad emocional. Este mismo autor realiza otro estudio en 2007, con una muestra de 432 adictos evaluados frente a un grupo control “no adicto”, en el que obtiene resultados similares: puntuaciones más bajas en estabilidad emocional y apertura mental por parte de los sujetos adictos y en comparación con el grupo control “no adicto”.

Saíz et al. (1999) encontraron además, una consistente correlación entre el consumo de drogas y la existencia de un perfil de buscador de sensaciones (perteneciente al Eje- Extraversión), perfil que es considerado por Teichman (1989, citado en Saíz et al., 1999) como el mejor predictor del abuso de drogas.

En resumen, tras lo expuesto en los párrafos precedentes se puede decir que no es posible afirmar que exista una personalidad adictiva como tal, ya que se trata más bien de una cuestión de características o rasgos predominantes que suelen estar presentes en este tipo de personas con problemas de consumo.

A modo de conclusión y en consonancia con multitud de bibliografía revisada, se puede decir que las características normalmente asociadas a las personas con problemas de adicción son: altos niveles de impulsividad y agresividad, baja autoestima, baja capacidad de control y baja tolerancia a la frustración, carencia de habilidades sociales, inestabilidad y gestión

emocional nula, entre otras. Como bien dice Pedrero Pérez (2008), existen rasgos de personalidad como la impulsividad y el neuroticismo o baja estabilidad emocional que parecen vincularse más estrechamente a los sujetos con trastornos adictivos

Todas estas características, como más adelante se expondrá, hacen referencia a particularidades de una persona con una baja capacidad de inteligencia emocional.

1.3 ¿Qué es la Inteligencia Emocional y que características se asocian con ella?

El término ya mencionado de "Inteligencia Emocional" (IE) es un concepto que ha presentado gran controversia en cuanto a su consenso a lo largo de los años. En primer lugar, para entender el origen de dicho concepto es necesario estudiar de manera aislada cada palabra que lo forma.

-Inteligencia: proviene de la lengua latina. Se trata de una palabra compuesta por inter (entre) y el verbo legere (escoger), por tanto de manera conjunta dan lugar a la palabra inteligencia el significado de "saber escoger".

-En segundo lugar, el término "emoción" viene del latín y significa impulso o movimiento. Por tanto IE podría ser entendida de manera conjunta como: el impulso que lleva a una acción, sabiendo escoger entre ellas.

En referencia a esto último, se dice de forma coloquial que: la emoción es una respuesta mental (impulso) organizada en torno a un evento o situación, incluyendo aspectos de tipo psicológico, experiencial y cognitivos (Mayer, Caruso y Salovey, 1999).

Según varios autores, la emoción es un fenómeno de tipo multidimensional que se compone de varios aspectos o componentes fundamentales, entre los que destacamos: el fisiológico (referido a las respuestas a nivel fisiológico e interno que son provocados por emociones), el componente funcional (referido a la conducta concreta en una situación determinada), expresivo (corporalmente) y el componente cognitivo-subjetivo (pensamientos y sentimientos producidos por el estado afectivo consecuente de una emoción) (Castilla, Zegarra y Barrón, 2016).

Por otro lado, la idea de la inteligencia actual subyace de la definición proporcionada por Stenberg (1990), en la que se refiere al concepto de inteligencia como "una capacidad de adaptación".

Otros autores a mencionar son: Galton (1885) quien considera la inteligencia como una habilidad que forma parte de su actividad cognitiva y que permite diferenciar a las personas

entre sí. Años posteriores, Thorndike (1920) utiliza el término de inteligencia social para referirse a la capacidad individual para dirigir las relaciones con iguales.

Y es Gardner en 1993, quien formula un modelo que defiende la existencia de diferentes tipos de inteligencias y que fue llamado "Teoría de las Inteligencias Múltiples". Con este modelo, se amplía enormemente el concepto de inteligencia, ya que se introducen dos nuevos conceptos que se enmarcan dentro de este más general: la idea de "inteligencia interpersonal" para referirse a la capacidad que nos permite comprender las intenciones y los deseos de otras personas; y de "inteligencia intrapersonal" refiriéndose a la habilidad o capacidad de comprender las emociones y motivaciones de uno mismo y saber identificarlas, siendo estos dos conceptos que guardan gran relación con el de Inteligencia Emocional.

Goleman por su parte, ha de ser mencionado ya que la investigación en el concepto de IE experimentó un notable crecimiento debido al éxito de su best seller titulado como "Emotional Intelligence" y que fue publicado por dicho autor en 1995. Dicho autor definió la IE como *"la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos, los sentimientos de los demás, motivarnos y manejar adecuadamente las relaciones que sostenemos con los demás y con nosotros mismos"* (Goleman, 1996. p. 89).

La Inteligencia Emocional es un concepto que ha tenido multitud de definiciones, ya que han sido numerosos autores los que han escrito sobre el tema tratado, pero es de mencionar que dicho concepto no fue extendido y popularizado hasta los años 90.

Salovey y Mayer (1990) son considerados, los primeros autores en referirse a este concepto de IE para hablar en profundidad sobre cualidades que parecían estar relacionadas con el éxito, entre las que destacaban la persistencia, la empatía, y la independencia. Dichos autores hacían referencia a la habilidad para supervisar emociones propias y ajenas, de saber discriminar entre dichas emociones y de tener la capacidad de saber usar esa información para orientar el pensamiento y el comportamiento. Según proponen dichos autores, una persona que tenga inteligencia emocional tiene confianza en sus capacidades, crea relaciones sanas y satisfactorias, posee una alta autoestima, tiene recursos para resolver conflictos y está motivado para afrontar nuevos desafíos, características que influyen de manera positiva en todos los campos de su vida. (Salovey y Mayer, 1990).

En base a este modelo pionero de IE se han ido produciendo multitud de revisiones y reformulaciones. Una de las más destacadas es la realizada en 1997 por los mismos autores, donde añaden que la IE incluye: *"la habilidad para percibir con precisión, valorar y expresar emoción; la habilidad de acceder y/o generar sentimientos cuando facilitan pensamientos; la habilidad de comprender la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular"*

las emociones con el fin de promover el crecimiento emocional e intelectual” (p.10) (Mayer y Salovey, 1997)

Dejando a un lado las definiciones del concepto y haciendo una revisión de los principales modelos explicativos sobre IE, es posible diferenciar entre varios tipos:

-Modelos mixtos (IE rasgo): se trata de aquellos modelos que son caracterizados por incluir competencias de tipo emocional como es el caso del modelo propuesto por Goleman (1995) o habilidades de tipo socioemocional que combina aspectos motivacionales y de la personalidad, como es el caso del modelo Bar-On (1997).

-Modelos de habilidad (IE capacidad): se trata de modelos que explican la IE en términos de habilidades mentales, sin necesidad de recurrir a componentes o factores de la personalidad. Dentro de este tipo de modelos, el más estudiado ha sido “El Modelo de las Cuatro Ramas de la IE” propuesto por Mayer y Salovey en 1997. Se trata de un modelo centrado en el procesamiento emocional de la información y en el estudio de aquellas capacidades relacionadas con dicho procesamiento (Mayer, Salovey y Caruso, 2000).

En conclusión, los modelos de habilidad son aquellos que para mejorar el procesamiento de tipo cognitivo, hacen mención de las habilidades de tipo mental que permiten usar la información que nos muestran las emociones para encaminar nuestro pensamiento hacia metas y objetivos propios; mientras que los modelos de tipo mixto, son aquellos que resaltan la importancia de la combinación de estas habilidades de tipo mental con rasgos de personalidad y comportamiento. En dichos modelos se incluyen características de personalidad como son: el control de impulsos, la motivación, la tolerancia a la frustración y al estrés, la asertividad, la confianza y/o la persistencia (Fernández-Berrocal y Extremera, 2007)

A continuación, se expondrán brevemente los 3 modelos principales de la IE:

-Modelo de las cuatro ramas de IE (Salovey y Mayer, 1990) que fue reorganizado por los mismos autores en 1997. Se trata de un modelo de habilidad estructurado jerárquicamente en cuatro tipos de dimensiones relacionadas entre sí, cuatro etapas de capacidades emocionales. Las dimensiones de dicho modelo serían:

1-Percepción o Atención Emocional: referida a la capacidad de percibir las emociones en sí mismos y en los demás. Se trata de saber hacer una valoración correcta de las emociones en cada situación experimentada, haciendo mención de la precisión individual para identificar las emociones en un contexto emocional específico (Mayer y Salovey, 1997).

2-Facilitación Emocional del pensamiento: se trata de la capacidad para relacionar las emociones con otras sensaciones que experimentamos a diario como el olor o el sabor, haciendo así uso de la emoción como facilitador del razonamiento. En este sentido, se expone que las

emociones pueden ayudar a priorizar y dirigir el pensamiento ya que permiten focalizar la atención hacia la información más relevante, formando parte del procesamiento de tipo cognitivo. (Mayer, Salovey y Caruso, 2000)

3-Comprensión o Claridad Emocional: referida a la capacidad de comprender la combinación de diversas emociones y distinguirlas, es decir entender como una emoción puede ser transformada en otra siendo conscientes de todos sus componentes, identificando las consecuencias y los estados emocionales implicados. (Mayer y Salovey, 1997).

4-Regulación Emocional: esta última rama implica la capacidad de gestionar las emociones propias y las de los demás, incluyendo aspectos como la capacidad de comportarse adecuada y eficazmente ante las situaciones estresantes de la vida cotidiana mediante la regulación de emociones negativas. Implica tolerar y agrupar las emociones de manera adecuada al ser experimentadas, sin tener en cuenta la naturaleza básica de dicha emoción (agradable o desagradable).

A modo de resumen en la Figura nº3 se incluye las principales habilidades incluidas en cada rama.

I N T E L I G E N C I A E M O C I O N A L	4 REGULACIÓN REFLEXIVA DE LAS EMOCIONES PARA PROMOVER EL CRECIMIENTO EMOCIONAL E INTELECTUAL			
	HABILIDAD PARA ESTAR ABIERTOS A LOS SENTIMIENTOS TANTO PARA AQUÉLLOS QUE SON PLACENTEROS COMO DISPLACENTEROS	HABILIDAD PARA ATRAER O DISTANCIARSE REFLEXIVAMENTE DE UNA EMOCIÓN DEPENDIENDO DE SU INFORMACIÓN O UTILIDAD JUZGADA	HABILIDAD PARA MONITORIZAR REFLEXIVAMENTE LAS EMOCIONES EN RELACIÓN A UNO MISMO Y A OTROS, TALES COMO RECONOCER CÓMO DE CLARO, TÍPICOS, INFLUYENTES O RAZONABLES SON	HABILIDAD PARA REGULAR LAS EMOCIONES EN UNO MISMO Y EN OTROS, MITIGANDO LAS EMOCIONES NEGATIVAS E INTENSIFICANDO LAS PLACENTERAS, SIN REPRIMIR O EXAGERAR LA INFORMACIÓN QUE ELLAS TRANSMITEN
	3 COMPRENDER Y ANALIZAR LAS EMOCIONES; EMPLEANDO EL CONOCIMIENTO EMOCIONAL			
	HABILIDAD PARA ETIQUETAR EMOCIONES Y RECONOCER LAS RELACIONES ENTRE LAS PALABRAS Y LAS EMOCIONES MISMAS, TALES COMO LA RELACIÓN ENTRE GUSTAR Y AMAR	LA HABILIDAD PARA INTERPRETAR LOS SIGNIFICADOS QUE LAS EMOCIONES CONLLEVAN RESPECTO A LAS RELACIONES, TALES COMO QUE LA TRISTEZA A MENUDO ES PREDECIDA DE UNA PÉRDIDA	HABILIDAD PARA COMPRENDER SENTIMIENTOS COMPLEJOS: SENTIMIENTOS SIMULTÁNEOS DE AMOR Y ODIIO, O MEZCLADOS TALES COMO EL TEMOR COMO UNA COMBINACIÓN DE MIEDO Y SORPRESA	HABILIDAD PARA RECONOCER LAS EMOCIONES APROXIMADAMENTE LAS TRANSICIONES ENTRE EMOCIONES, TALES COMO LA TRANSICIÓN DE LA IRA A LA SATISFACCIÓN, O DESDE LA IRA A LA VERGÜENZA
	2 FACILITACIÓN EMOCIONAL DEL PENSAMIENTO			
	LAS EMOCIONES PRIORIZAN EL PENSAMIENTO AL DIRIGIR LA ATENCIÓN A LA INFORMACIÓN IMPORTANTE	LAS EMOCIONES SON TAN INTENSAS Y DISPONIBLES QUE PUEDEN SER GENERADAS COMO AYUDA DEL JUICIO Y DE LA MEMORIA SOBRE LOS SENTIMIENTOS	EL HUMOR CAMBIA LA PERSPECTIVA DEL INDIVIDUO DESDE EL OPTIMISMO AL PESIMISMO, FAVORECIENDO LA CONSIDERACIÓN DE MÚLTIPLES PUNTOS DE VISTA	LOS ESTADOS EMOCIONALES ESTIMULAN ABORDAR DIFERENCIALMENTE PROBLEMAS ESPECÍFICOS TALES COMO CUANDO LA FELICIDAD FACILITA EL RAZONAMIENTO INDUCTIVO Y LA CREATIVIDAD
	1 PERCEPCIÓN, VALORACIÓN Y EXPRESIÓN DE LA EMOCIÓN			
	LA HABILIDAD PARA IDENTIFICAR LA EMOCIÓN EN LOS ESTADOS FÍSICOS, SENTIMIENTOS Y PENSAMIENTOS DE UNO	LA HABILIDAD PARA IDENTIFICAR EMOCIONES EN OTROS, EN BOCETOS, EN OBRAS DE ARTE, A TRAVÉS DEL LENGUAJE, SONIDO, APARIENCIA Y CONDUCTA	HABILIDAD PARA EXPRESAR EMOCIONES ADECUADAMENTE Y EXPRESAR LAS NECESIDADES RELACIONADAS CON ESOS SENTIMIENTOS	HABILIDAD PARA DISCRIMINAR ENTRE EXPRESIONES PRECISAS O IMPRECISAS, U HONESTAS VERSUS DESHONESTAS, DE LAS EMOCIONES

Figura 3. Ramas de la IE, según el modelo de habilidades de Mayer y Salovey.

(Nota. Fuente: Mayer y Salovey, 1997).

Añadir, que en base a este modelo fue desarrollado el "Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS) " que fue la primera medida de IE evaluada mediante tareas de ejecución. Además desde este modelo se propuso como medida de auto-informe el " Trait Meta-Mood Scale (TMMS) " que será descrito más adelante.

-Modelo de Goleman (1995): este autor establece la existencia de un Cociente Emocional (CE) que no se opone al clásico y reconocido Cociente Intelectual (CI), sino que ambos se complementan. Concluye que la inteligencia (CI) por sí misma, no garantiza el éxito ni la felicidad en la vida ya que son necesarias de muchas otras aptitudes y habilidades que hacen referencia directa a las emociones y que son de gran importancia en la vida de todo ser humano. Goleman, defiende que la IE es mucho más determinante en el éxito alcanzado en la vida, en comparación con la inteligencia cognitiva, que no interviene en áreas esenciales de la vida como son las relaciones interpersonales.

El modelo de Goleman, es un modelo considerado mixto ya que hace referencia a competencias de tipo puramente emocional y consta de 5 dimensiones básicas pertenecientes a la IE: autoconciencia, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales.

Más tarde estas dimensiones fueron reducidas a cuatro:

1-Autoconciencia o conciencia de uno mismo, que hace referencia al saber conocer nuestras preferencias, sensaciones, estados y recursos internos.

2-Autocontrol, entendido como el manejo adecuado de nuestros sentimientos, impulsos y necesidades internas.

3-Conciencia Social, que implica el reconocimiento de los sentimientos, preocupaciones y necesidades de otros.

4-Manejo de las relaciones: habilidad esencial que permite construir redes de apoyo y soporte mediante la inducción de respuestas deseables en los demás a través de la adecuación de las propias.

-Modelo Bar-On (1997): se trata de un modelo de tipo mixto donde la IE es entendida como un conjunto de conocimientos y habilidades sociales y emocionales que influyen de manera directa en nuestra capacidad general para afrontar de manera correcta las demandas de nuestro medio. Dicho modelo está formado por diversos componentes de la IE: componente interpersonal, componente intrapersonal, componente del estado de ánimo general, componente de adaptabilidad y componente de manejo del estrés. Desde este modelo se propuso una medida propia de auto-informe: "Emotional Quotient Inventory (EQ-i) ", se trata de un cuestionario que

contiene los 5 componentes principales de este modelo, divididos en sub componentes. (Bar-On, 1997). Estos serían:

- Inteligencia interpersonal (autoconciencia emocional, asertividad, respeto por uno mismo, auto-actualización, independencia).
- Inteligencia intrapersonal (empatía, relación interpersonal, responsabilidad social).
- Adaptación (solución de problemas, contrastación de la realidad, flexibilidad).
- Manejo del estrés (tolerancia al estrés, control de impulsos)
- Manejo del estado de ánimo en general (felicidad, optimismo).

En la figura nº4 se presenta una tabla resumen de los principales factores incluidos en este modelo y de las habilidades contempladas en cada uno de ellos. Y a modo de resumen, en la tabla nº5 se incluye un resumen de los 3 modelos principales de la IE hasta ahora expuestos:

Factores	Habilidades Medidas
Inteligencia intrapersonal	Autoconciencia emocional, asertividad, autoestima, autoactualización e independencia.
Inteligencia interpersonal	Empatía, relaciones interpersonales, responsabilidades sociales.
Adaptación	Solución de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidad. es sociales.
Gestión de estrés	Tolerancia al estrés, control de impulsos. sociales.
Humor general	Felicidad, optimismo.

Fuente: Bar-On (1997).

Figura 4. Factores incluidos en el modelo Bar-On.

(Nota. Fuente: Bar-On, 1997)

Tabla 5. Resumen de los principales modelos de IE

MODELO	Mayer y Salovey (1997)	Goleman (1995)	Bar-On (1997)
Incluye	Inteligencia cognitiva	Inteligencias cognitivas y no cognitivas ya que incluye personalidad, motivación, emoción...	Inteligencias no cognitivas
Componentes del modelo	-Percepción y expresión de emociones -Asimilar y entender las emociones -Regularizar y canalizar las emociones para promover el intelecto y el crecimiento, hacia estados más positivo.	-Conciencia de uno mismo: autoconciencia -Autocontrol -Conciencia social -Manejo de las relaciones de dirección (habilidades sociales)	-Intrapersonal -Interpersonal -Manejo de emociones/estrés -Estado de ánimo -Nivel de adaptación

(Nota. Fuente: adaptada de Mayer, Salovey y Caruso, 2000)

En consonancia con lo expuesto en párrafos precedentes y con bibliografía relacionada, se puede afirmar que tener una buena IE da lugar a múltiples beneficios, entre los cuales cabe destacar:

-Mejora la empatía y las habilidades sociales, aumentando la motivación y el entusiasmo (Goleman, 1996). Diversos estudios muestran como niveles altos de empatía, relaciones sociales de calidad y mayor satisfacción con la vida, se relacionan con puntuaciones mayores de IE (Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000) y además se constata que los programas de IE mejoran a su vez la empatía.

-Ayuda a mejorar la salud mental, reduce la ansiedad y la depresión: en una investigación con una muestra de alumnos de instituto y universitarios: Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey (2006) obtuvieron como resultado que a puntuaciones más bajas en IE, mayor es el riesgo de sufrir depresión. En la misma línea, estudios como el de Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke (2007) de IE y salud muestran que la IE está relacionada con una mejor salud y que existen programas que mejoran la IE disminuyendo así efectos de la depresión y la somatización (Ruiz-Aranda et al., 2012).

-Aumenta y facilita el bienestar psicológico y el ajuste psicosocial, evitando el estrés (Extremera y Fernández Berrocal, 2004). La IE es por tanto relacionada de manera positiva con mejores niveles de ajuste psicológico y de control del estrés.

-Tiene efectos positivos sobre el rendimiento ya que mejora el autoconocimiento e incrementa la autoconciencia, la toma de decisiones y estrategias para manejar las emociones negativas en situaciones de ansiedad (Caro, 1997)

-Favorece el desarrollo y equilibrio personal: es decir, si una persona es emocionalmente inteligente sus comportamientos serán más equilibrados. (Dayton, 2009).

Por su parte, Di Fabio y Saklofske (2014) revelaron que existe una relación positiva entre la IE y diversos aspectos de la personalidad como son: amabilidad, extraversión, conciencia, estabilidad emocional y apertura y añadió además, que existe una relación negativa con el neuroticismo.

-IE disminuye el consumo de sustancias: en estudios con adolescentes, se corrobora que un menor consumo de alcohol y tabaco se relaciona con niveles de IE más altos (Trinidad y Johnson, 2002). Además se ha comprobado que los adolescentes con puntuaciones de IE más alta percibían mejor las consecuencias negativas de fumar y presentaban una mayor resistencia a las presiones sociales con respecto al consumo. En otros estudios se ha constatado que los adolescentes que tienen una mayor comprensión y un mejor manejo de sus emociones, afrontan situaciones estresantes sin recurrir a ninguna sustancia (Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera, 2006)

En relación a esto, diversos estudios de carácter empírico apuntan a la existencia de una relación negativa fiable entre neuroticismo y diversas dimensiones de la IE como son el manejo y el control emocional, basándose en el modelo de rasgos (Davies, Stankov y Roberts 1998).

Kun y Demetrovics (2010) concluyen en su estudio que niveles bajos de IE normalmente son asociados con un consumo mayor de sustancias legales e ilegales. Además señalan como las emociones influyen en el desarrollo de la dependencia a sustancias.

En la misma línea los estudios de Extremera y Fernández-Berrocal (2004) que ya han sido previamente mencionados y que sugieren que el consumo es una forma de autorregulación externa propia de personas con falta de habilidades emocionales y con una baja capacidad de IE. Y muy al contrario, los sujetos emocionalmente inteligentes serían individuos caracterizados por presentar menos estados emocionales negativos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2007), al poseer capacidades básicas como el autocontrol y la regulación emocional para poder tomar decisiones y hacer frente a los problemas diarios de un modo más sano y efectivo.

En conclusión quedan expuestos la multitud de beneficios que trae consigo la IE, con la particularidad de poder ser desarrollada y ejercitada mediante la práctica de todas aquellas habilidades de tipo social y emocional ya mencionadas.

Además, mediante la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que la IE actúa como un factor protector en referencia al consumo de sustancias y que su ejercicio y desarrollo

puede contribuir de manera positiva a reducir o modificar ciertas características que suelen ser comunes en estos sujetos adictos.

1.4 ¿Por qué un programa de intervención que fomente la Inteligencia Emocional en adultos drogodependientes? JUSTIFICACIÓN.

Tal y como se puede comprobar en estudios ya mencionados, el consumo de sustancias (especialmente en gente joven) es hoy en día considerado una conducta normal, ya que es aceptada sin tener en cuenta las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que traen consigo.

Datos en referencia a esto, son los obtenidos en “la última encuesta sobre alcohol y drogas en España” (Estudio EDADES 2017-2018) en la que se concluye una edad de inicio en la problemática de consumo inferior a 13 años, aunque la edad media de consumo se sitúa en torno a los 32 años.

En base a datos como los de este estudio, se ha creído conveniente intervenir en este sector de la población que es enmarcado en el grupo de “adultos jóvenes” y que parece ser el sector de la población drogodependiente más perjudicado en cuanto al problema de consumo se refiere.

En cuanto a la drogadicción, es considerada como un proceso de intoxicación periódico o crónico originado por el consumo y abuso repetido de una sustancia y que implica una conducta de tipo adictiva. En consonancia a esto, se ha comprobado que una persona con una conducta adictiva o dependencia, tenderá a realizar dicha conducta para aliviar estados emocionales negativos (Echeburúa y Corral, 1999).

De hecho en estudios posteriores se afirma que el consumo y abuso de sustancias, es empleado como técnica de autorregulación externa es decir, como forma de aliviar estados emocionales negativos (Fernández, Jorge y Bejar, 2009).

En conclusión el saber discriminar entre las distintas emociones, saber afrontarlas, expresarlas y usar dicha información para guiar el pensamiento y en última instancia el comportamiento, es una herramienta fundamental de la que carecen las personas adictas y que le sería de gran ayuda para enfrentar su problemática de consumo.

Por tanto, es fundamental intervenir fomentando habilidades de tipo social y emocional básicas en esta población con problemas de adicción.

Por otro lado, es cierto que la investigación sobre esta temática: la Inteligencia Emocional y el consumo de drogas, es todavía reciente pero aun así son varios los estudios y programas que afirman que la IE interviene de forma positiva en su relación con el consumo de drogas.

En un estudio sobre la IE y el alcohol, se encontraron relaciones de tipo significativo entre un nivel bajo de inteligencia emocional y consumo (Pettersson, Malouff y Thorsteinsson, 2011)

Otro estudio en esta línea, fue el realizado en Málaga con estudiantes adolescentes en relación al consumo de cocaína. En dicho estudio se obtuvo como resultado que un mayor consumo de cocaína correlacionaba con una menor capacidad para percibir de manera adecuada las emociones. Además en este estudio se concluye que la IE actúa como un factor protector directo frente al consumo de cocaína (Ruiz- Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, 2009).

Otro estudio realizado en 2002, sobre el consumo de drogas legales en adolescentes manifiesta que la IE correlaciona de forma negativa con el consumo de sustancias. Además, en dicho estudio añaden como resultado que adolescentes con una alta IE son más capaces de resistir la presión de grupo (Trinidad y Johnson, 2002)

Con todo ello, se puede concluir que a día de hoy la IE es considerada una capacidad que puede ser desarrollada y que actúa como un factor que puede proteger de conductas adictivas a sustancias. No obstante, es necesario que la investigación siga avanzando con el objetivo de afianzar esta relación existente entre IE y consumo de sustancias.

En consonancia a esto, se extrae la justificación tanto teórica como práctica de realizar intervenciones en esta línea: fomentando la Inteligencia Emocional y todas las habilidades que la componen para así reducir ciertas características asociadas al consumo.

1.5 OBJETIVOS de la intervención:

El **objetivo principal y general** es comprobar la eficacia de este programa basado en fomentar la Inteligencia Emocional en sí, y la práctica de las habilidades asociadas a ella con el fin de disminuir el consumo de drogas en personas adictas.

.

Como **objetivos específicos** para este programa, se incluyen:

-Reforzar la autoconciencia emocional y la atención emocional, hacer que identifiquen y expresen los sentimientos de manera correcta. Entender mejor los propios estados emocionales y los factores que están asociados a ellos.

-Disminuir el consumo de sustancias.

-Mejorar la autoestima.

-Disminuir los estados de ansiedad.

-Instaurar técnicas y herramientas que permitan el control y la regulación emocional.

-Aumentar el nivel global de satisfacción con la vida.

2. METODOLOGÍA:

2.1 Participantes:

En primer lugar, mencionar que será solicitado el consentimiento relativo al Comité de Ética de investigación humana de la Universidad de Jaén, además del posterior consentimiento del centro y de los participantes para el mismo con el fin de poder garantizar el cumplimiento de las normas éticas.

El proyecto está destinado a un grupo de 20 personas adultas de género masculino, pertenecientes a la comunidad autónoma de Andalucía, con edades comprendidas entre 20 y 60 años. Todos los participantes serían usuarios de la Comunidad Terapéutica (CT) en la que se va a trabajar, derivados todos ellos por un problema de consumo o adicción.

El objetivo principal de esta comunidad, es la atención especializada a personas con problemas de adicción con el fin último de reorientar al usuario hacia un nuevo modo de vida, tanto físico como psicológico, apartado de toda sustancia y consumo.

En cuanto a la selección de los participantes, no habría que proceder a usar ningún método, ya que esta CT ofrece 20 plazas públicas que están concertadas con la Junta de Andalucía.

Los participantes serían por tanto, adultos drogodependientes que necesitan reforzar y adquirir ciertas competencias y habilidades sociales y emocionales sin hacer distinción en cuanto al tipo de sustancia consumida ya que la mayoría de ellos son politoxicómanos.

2.2 Instrumentos de evaluación:

Para la evaluación de las variables objeto de estudio en este programa, se aplicará a los participantes las siguientes pruebas:

-“Trait-Meta-Mood Scale (TMMS-24). ESCALA RASGO DE META CONOCIMIENTOS SOBRE ESTADOS EMOCIONALES: ” (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995; adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

Se trata de un instrumento que evalúa la inteligencia emocional en su versión “percibida”. El cuestionario consta de 24 ítems que se evalúan a partir de un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos donde 1=nada de acuerdo y 5=totalmente de acuerdo. Se trata de un tipo de medida clasificada como una escala rasgo que evalúa la percepción subjetiva de los estados emocionales, es decir, califica la conciencia que tenemos sobre nuestras destrezas emocionales. La IE percibida es evaluada a partir de tres componentes: la atención a las emociones, la claridad emocional y la gestión emocional, cada una de ellas representada por 8 ítems.

-La atención emocional es la capacidad que tiene una persona para poder expresar adecuadamente sus sentimientos.

-La claridad emocional hace referencia a la capacidad para comprender sus propias emociones.

-La reparación o gestión emocional es referida a la capacidad para regular las emociones de una manera adecuada.

A través de la corrección del mismo es posible obtener la puntuación para cada una de las dimensiones de forma independiente. Por último, añadir que este test mostró buenas propiedades psicométricas con una consistencia interna de (Molero, Álvarez y de Ávila, 2010): atención emocional ($\alpha=0,90$), claridad emocional ($\alpha=0,90$) y reparación emocional ($\alpha=0,86$).

Dicha escala se puede encontrar en el ANEXO N°1 de este documento.

- "Escala "Drug Abuse Screening Test (DAST-20) " TEST DE EVALUACIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS (A. Skinner, 1982; adaptada al castellano por Perez, García, De Vicente y Oliveras, 2010). El DAST-20 es una prueba de auto informe compuesta por 20 ítems que evalúan problemas relacionados con el uso indebido de drogas, utilizando dos opciones de respuesta dicotómica en cada ítem (sí-no). La puntuación total DAST puede variar de 0 a 20. Se trata de un instrumento que posee buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna alta ($\alpha=0,93$). Es una prueba de screening que permite discriminar los problemas relacionados con las drogas ilegales de los relacionados con el alcohol, lo que indica que el DAST es sensible a los problemas de consumo de drogas en particular y no a los problemas más generales relacionados con el abuso del alcohol.

Dicha escala se puede encontrar en el ANEXO N°2 de este documento.

- "Satisfaction With Life Scale (SWLS) ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA" (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita, 2000). El instrumento mide como variable principal: la satisfacción general con la vida de cada individuo en función de criterios que él mismo se establece, siendo esto considerado como un indicador cognitivo de bienestar. Consta de un total de 5 ítems con una escala de respuesta tipo Likert 5 de puntos (7 en la versión original), donde 1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo. Se trata de una prueba que posee buenas propiedades psicométricas, en concreto ha mostrado una alta consistencia interna (Pavot y Diener, 1993) con un α de Cronbach que oscila entre 0.89 y 0.79.

Dicha escala se puede encontrar en el ANEXO N°3 de este documento.

-“Rosenberg Self-Esteem Scale. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG” (Rosenberg, 1965; adaptada al castellano por Atienza, Moreno y Balaguer, 2000).

Se trata de cuestionario auto-aplicado, mediante el cual se evalúa el grado de autoestima personal, que hace referencia al valor que uno mismo se da. Evalúa autoestima en 10 ítems, que corresponden a afirmaciones (cinco positivas y cinco negativas) respecto al grado de satisfacción de una persona consigo misma. La escala de respuesta corresponde a una de tipo Likert de 4 puntos, donde 1=muy en desacuerdo y 4=Muy de acuerdo, según el grado de acuerdo con cada afirmación. Para interpretar las puntuaciones, la escala sugiere unos percentiles de manera que por debajo de 25 es considerada una autoestima “baja”, de 26 a 29 se considera ‘normal’ y por encima de 29 pasa a considerarse ‘elevada’. Establece, por tanto, tres categorías de la variable autoestima: ‘baja’, ‘media’ y ‘elevada’. La fiabilidad de este test muestra un coeficiente de consistencia interna (Vázquez-Morejón, Jiménez y Vázquez, 2004) para alfa de Cronbach de 0.87 lo cual indica que dicho instrumento posee buenas propiedades psicométricas.

Dicha escala se puede encontrar en el ANEXO N°4 de este documento.

-“INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO (STAI) ” (Spielberger, Gorsuch y Lushore, 1970; adaptada al castellano por los mismos autores en 1982). Se trata de un cuestionario de auto-evaluación de la ansiedad, con dos escalas de 20 preguntas cada una de ellas:

-Escala ansiedad-estado, entendida como una condición emocional transitoria.

(STAI-E)

-Escala de ansiedad-rasgo, entendida como una condición emocional más estable y que determina la ansiedad como rasgo general. (STAI-R)

El total de los 40 ítems son evaluados con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos según la intensidad experimentada, donde 0=casi nunca o nada y 3=mucho o casi siempre.

Para esta intervención, solo será usada la subescala de “Ansiedad-Estado” ya que es aquella que evalúa un estado emocional transitorio, que es aquél que será posible modificar en un periodo de tiempo tan breve como es el de la intervención. Los estudios psicométricos llevados a cabo respecto al STAI muestran una alta consistencia interna para ambas subescalas (Del Río, Cabello-Santamaría, Cabello-García y Aragón, 2018) con un alfa de Cronbach que oscila entre 0.90 y 0.94 lo que indica una alta consistencia interna.

Dicha escala se puede encontrar en el ANEXO N°5 de este documento.

-FICHA DE REGISTRO POR SESIONES: se trata de un instrumento utilizado como medida de evaluación continua del programa. No es más que, una hoja de registro de elaboración propia en formato Word, en la que se recogerán los datos relativos a cada sesión: las actividades realizadas de acuerdo con los objetivos planteados y un espacio de revisión de aspectos positivos y negativos en referencia a la sesión.

Además se pasará diariamente una ficha de asistencia de todos los participantes.

Dicho instrumento se puede encontrar en el ANEXO N°6 de este documento.

-CUESTIONARIO EVALUACIÓN ANÓNIMA DEL PROGRAMA: se trata de un breve cuestionario realizado en Word con el objetivo de obtener una evaluación del programa a posteriori y de los contenidos tratados. Se trata de una encuesta anónima que ha de ser cumplimentada por cada uno de los participantes de este programa. Consta de 10 enunciados afirmativos en los que ha de responderse según el grado de acuerdo establecido para cada uno de ellos. Se evalúa a través de una escala tipo Likert de 5 puntos (1=nada de acuerdo y 5=totalmente de acuerdo).

Dicho instrumento se puede encontrar en el ANEXO N°7 de este documento.

2.3 Procedimiento: fases y estructura.

En primer lugar, cabe mencionar que en el desarrollo del presente programa se tendrá en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, que asume la Protección de Datos de Carácter Personal.

En cuanto a la metodología llevada a cabo en este programa de intervención, está caracterizada por ser una metodología de carácter práctico, que fomenta el trabajo en equipo y que permite la realización de talleres prácticos y dinámicos encaminados a fomentar e instaurar este tipo de habilidades básicas que traen consigo una adecuación del funcionamiento emocional y social, aspecto clave en cuanto a la población de interés para este programa: adultos drogodependientes.

A través de la puesta en marcha de este programa con esta metodología de diseño de tipo transversal con medida PRE-POST y seguimiento, se pretende conseguir que los sujetos-participantes tomen conciencia de sí mismos y de su realidad para que sean capaces de transformarla. Además se pretende que adquieran conocimientos y habilidades prácticas que les permitan poder comunicarse de manera efectiva con las personas que forman parte de su contexto con el fin último de reducir su consumo y las características vinculadas con ello.

En cuanto al desarrollo inicial del programa, éste será presentado y argumentado de manera previa a su realización, con el equipo psicológico y directivo de esta Comunidad Terapéutica (CT) donde va a ser implantado. Para su puesta en marcha es necesaria la pertinente aprobación por parte de dicha CT, llevando implícita la conformidad con el objetivo final del mismo: fomentar la inteligencia de tipo emocional teniendo en cuenta el consumo de sustancias y las características personales asociadas con ello.

-Las fases concretas de la intervención en el centro serán las siguientes:

En primer lugar se procederá a firmar el "Consentimiento Informado" por parte de los sujetos de manera individual con el fin de garantizar el cumplimiento de las normas y garantías éticas. En dicho documento se darán por escrito las instrucciones del programa, los objetivos y la finalidad.

Dicho consentimiento se puede encontrar en el ANEXO N°8 de este documento.

En cuanto a la EVALUACIÓN realizada, ésta constará de una medida Pre-Post intervención y de una evaluación del seguimiento del programa durante su desarrollo, teniendo como objetivo analizar la adecuación de la propuesta metodológica e inferir cambios si fueran necesarios. Además se realizará una sesión de seguimientos POST-Intervención a los 5 meses desde la finalización del mismo, con el fin de comprobar si los cambios son mantenidos a lo largo del tiempo.

Para cada individuo se preparará y entregará una carpeta Dossier con todos los documentos requeridos de manera individual para la posterior evaluación.

Además se incluirá al finalizar el programa una encuesta de satisfacción y evaluación por parte de los usuarios sobre el programa de intervención realizado, con el fin de establecer mejoras y progresar en futuras ediciones.

➤ **EVALUACION PRE-INTERVENCIÓN:** en primer lugar, se procederá a evaluar el nivel inicial de Inteligencia Emocional con una medida de auto informe, con el fin de establecer una línea base que luego podamos comparar con los resultados obtenidos al finalizar la intervención. (TMMS-24)

En segundo lugar se evaluarán mediante diferentes pruebas, todas aquellas variables consideradas como dependientes:

- Consumo de sustancias de tipo problemático mediante una escala bien diseñada para ello (DAST-20)
- Grado de satisfacción con la vida (SWLS)
- Nivel de autoestima percibida (EAR)
- Nivel de ansiedad-estado (STAI-E, cuestionario de Ansiedad-Estado)

- **EVALUACION CONTINUA:** a lo largo de la aplicación de este programa se utilizarán para esta evaluación, varias técnicas que tienen como objetivo la supervisión y el seguimiento del programa.
 - El uso de una hoja de registro para cada sesión (Anexo nº6), donde se recogerán las actividades realizadas y los aspectos positivos y negativos. Además se pasará diariamente una ficha de asistencia

- **EVALUACION POST-INTERVENCION:**

Una vez finalizado el programa de intervención y siendo todas sus sesiones completadas, pasaremos a evaluar de manera individual a cada participante, con los mismos pruebas utilizadas al principio del programa y contenidas todas ellas en un dossier individual, con el fin de establecer una comparativa respecto a la línea base y poder inferir los cambios, si los hubiera en todas las variables medidas y contenidas en este programa.

Además se incluirá una encuesta de satisfacción de los usuarios en referencia al programa de intervención realizado, con el fin de hacer una autoevaluación de dicho programa (Anexo nº7).

Las pruebas POST-INTERVENCÓN serían las mismas que las realizadas en la fase PRE. (TMMS-24, DAST-20, SWLS, AUTOESTIMA-ROSENBERG y STAI-E)

Añadiendo también, la encuesta de satisfacción anteriormente mencionada.

- **SEGUIMIENTO:** como parte final de la evaluación del programa, se realizará un seguimiento a los 5 meses desde la finalización del mismo. En dicha evaluación se utilizarán de nuevo las medidas anteriormente mencionadas en la fase POST- (exceptuando la encuesta de satisfacción del programa).

Este seguimiento tiene como objetivo comparar puntuaciones dadas en cada uno de los momentos y comprobar si la eficacia del programa es mantenida en el tiempo.

En cuanto a la ESTRUCTURACIÓN: el programa será desarrollado en 5 bloques de contenidos, con dos sesiones en cada uno y con una temporalización de una semana por bloque.

Añadiendo un bloque nº6 que contará con una sola sesión, correspondiente a la evaluación del seguimiento (que será realizada tras pasar 5 meses desde la finalización del programa).

Siendo así la duración estipulada alrededor de siete meses para la implementación y finalización de dicho programa al completo.

Las sesiones pertenecientes a cada bloque, serán realizadas en dos días alternos de cada semana (martes y jueves) con una duración de 60' para cada sesión, siendo un tiempo más que razonable para poder estar atento y desarrollar los contenidos estipulados.

Los bloques nº1 y nº5 corresponden a las sesiones previas y finales de la intervención, donde se llevarán a cabo las medidas Pre y Post- Intervención.

El bloque 1 contará con una sesión previa de iniciación al programa (sesión nº2) y el bloque 5 con una sesión de finalización, con una puesta en común grupal (sesión nº10).

Además en dichos bloques (1 y 5) serán también realizadas las sesiones destinadas a la evaluación PRE (sesión nº1) y POST (sesión nº9).

2.4 Descripción del plan de intervención:

En este apartado, se incluye un cronograma donde vienen especificados los tiempos relativos a cada sesión con su bloque de referencia y los contenidos a tratar, que más adelante serán descritos, utilizando una ficha técnica para cada una de las sesiones. En estas fichas técnicas se incluirán los objetivos y contenidos a desarrollar.

Las fichas relativas a cada sesión, pueden ser encontradas en el ANEXO N°9 del presente documento.

➤ CRONOGRAMA

CONTENIDO	INTRODUCCIÓN	AUTOCONOCIMIENTO	AUTOESTIMA	REGULACIÓN EMOCIONAL	FINALIZACION	SEGUIMIENTO A LOS 5 MESES.
BLOQUE/ SEMANA	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	BLOQUE 6
MARTES	S1: Medidas PRE-INTERV.	S3: EMOCIONES	S5: "YO SOY"	S7: Gestión EMOCIONAL	S9: Medidas POST-INT	
JUEVES	S2: INICIACIÓN	S4: ¿Qué siento y cómo reacciono?	S6: VIRTUDES Y FORTALEZAS	S8: Estrategias de control	S10: Puesta en común grupal y cierre.	

2.5 Recursos:

- *Recursos humanos:* debido a la problemática a la que se atiende, se precisa que para un desempeño correcto y de calidad, el proyecto se lleve a cabo por profesionales con una alta cualificación y especialización, conformado por:
 - Equipo multidisciplinar compuesto por dos psicólogos/as y un/a trabajador social.
- *Recursos materiales y espaciales:* para llevar a cabo las actividades terapéuticas desarrolladas en este proyecto se necesitarán una o varias salas acomodadas para desarrollar las sesiones grupales, aula o despacho para las reuniones del equipo, mobiliario adecuado (mesas, sillas, ordenador...) y material de oficina básico como folios, bolígrafos, pantallas...
- *Recursos económicos:* el proyecto contará con los recursos pertenecientes y aportados por la Asociación "Emet Arco Iris", gracias a las diversas financiaciones de tipo público con las que cuenta.

2.6 Presupuesto orientativo:

Documento incluido como ANEXO N°10.

3. RESULTADOS PREVISTOS:

Aunque resulta difícil estimar los resultados exactos tras la implementación del programa, ya que éste no se ha puesto en marcha con anterioridad, se esperan resultados positivos que muestren cambios en las variables objeto de estudio y que en cierto modo, permanezcan constantes en el tiempo.

Tras la puesta en marcha de este programa de intervención el resultado esperado sería un aumento de habilidades emocionales y sociales básicas, que contribuyan a tener un mayor nivel de inteligencia emocional y que a su vez, permitan reducir aquellas características asociadas con la problemática de consumo referida en la población de interés.

Dicho de otro modo, se espera que tras la realización de las sesiones propuestas para la práctica de ciertas habilidades relacionadas con la inteligencia emocional se produzca una reducción de ciertos patrones o características que son asociadas al consumo. En concreto se esperan múltiples beneficios, entre los que destacan: un aumento de autoestima, de habilidades sociales, de autoconocimiento y gestión emocional, de manejo de la ansiedad, de satisfacción con la vida, entre otros. De manera que al final del programa la mayoría sino todos de los sujetos implicados, hayan obtenido herramientas emocionales y sociales que les sean de utilidad en su día a día y que puedan usar para hacer frente a su problemática de consumo.

Con respecto al programa, como ventaja principal es de mencionar su fácil implementación y su bajo coste en relación con los beneficios esperados para el mismo.

Y como principal limitación se ha de mencionar el uso de medidas de auto informe como técnica de evaluación, con las desventajas que ello supone ya que este tipo de medidas suelen resultar imprecisas y su uso con lleva implícito el riesgo de sesgo por deseabilidad social de los participantes, entre otros.

4. REFERENCIAS APA (6º Edición):

Andersen, SL, y Teicher, MH (2009). Impulsados desesperadamente y sin frenos: exposición al estrés del desarrollo y riesgo subsiguiente de abuso de sustancias. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33 (4), 516-524

Aranda, D. R., González, R. C., Salguero, J. M., Gualda, R. C., y Herero, V. G. (2009). *Inteligencia emocional y el consumo de cocaína en adolescentes. In Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 367-372). Fundación Marcelino Botín.

Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22 (1-2), 29-42.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. L. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12, 331-336.

Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient inventory (EQ-I): Technical Manual*, Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.

Caro, I. (1997). *Manual de psicoterapia cognitiva*. España.: Paidós.

Castilla, I. M., Zegarra, S. P., y Barrón, R. G. (2016). *Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. C., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539–561.

Costa, P. T. Jr. y McCrae, R. R. (1990). Personality Disorders and The Five-Factor Model of Personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371

Costa, P. T., y Widiger, T. A. (2002). *Introduction: Personality disorders and the five-factor model of personality*. In P. T. Costa, & T. A. Widiger (dirs.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2ª ed.) (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.

Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence. In search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.

Dayton, T. (2009). *Equilibrio emocional*. España: Kier

del Río Olvera, F. J., Cabello Santamaría, F., Cabello García, M. A., y Aragón Vela, J. (2018). Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*, 17(1), 80-89.

Di Fabio, A. y Saklofske, D. H. (2014). Comparing ability and self report trait emotional intelligence, fluid intelligence, and personality traits in career decision. *Personality and Individual Differences*, 64, 174-178.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Echeburúa, E., y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(102), 585-614.

Eddy, NB., Halbach, H., Isbell, H., y Seevers, MH (1965). La drogodependencia: su significación y características. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* , 32 (5), 721.

Encuesta sobre alcohol y drogas en España 1995-2017 (EDADES 1995-2017). Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2017: Gobierno de España.

Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2017-2018 (EDADES 2017-2018). Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2018: Gobierno de España.

Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2), 363-382

Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Salovey, P. (2006). Spanish Version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.

Fernández, B., Jorge, V., y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2007). *Inteligencia emocional y salud*. En Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (Eds), *Manual de Inteligencia emocional*, (pp. 173-1879). Madrid: Ed. Pirámide.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, R. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

Galton, F. (1885). On the anthropometric laboratory at the late international health exhibition. *Journal of Anthropological Institute*, 14, 205-219.

Gantiva Diaz, C., Rodríguez Materón, M., González Bobadilla, M., y Maldonado, A. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoactivas. *Psicología desde el Caribe*, (28), 24-38.

Gardner, H. (1993). *Multiple Intelligences*. New York: BasicBooks, Traducción española en Ed. Paidós.

Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: KAIROS.

Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212.

Kendler, KS, Schmitt, E., Aggen, SH y Prescott, CA (2008). Influencias genéticas y ambientales en el consumo de alcohol, cafeína, cannabis y nicotina desde la adolescencia temprana hasta la edad adulta media. *Archivos de psiquiatría general*, 65 (6), 674-682.

Kluckhohn, C. y Murray, H.A. (1953). *Personality formation: The determinants*. In: C. Kluckhohn and D.M. Schneider (Eds.), *Personality in nature, society, and culture* (pp. 53-67). Nueva York: Alfred A. Knopf.

Kramer, J. F., Cameron, D. C., y World Health Organization. (1975). *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Inteligencia emocional y adicciones: una revisión sistemática. *Uso y abuso de sustancias*, 45 (7-8), 1131-1160.

Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). *What is emotional intelligence?* En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (pp. 3-31). New York: Basic Books.

Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267-298

Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). *Models of Emotional Intelligence*. En R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press.

McAdams, DP (1989). *El desarrollo de una identidad narrativa. En la psicología de la personalidad* (pp. 160-174). Springer, Nueva York, NY.

Millon, T. H. y Davis (2001). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.

Molero, D., Álvarez, F. O., y de Ávila, M. R. (2010). Diferencias en la adquisición de competencias emocionales en función del género. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, (3).

Organizacion Mundial de la Salud (OMS). CIE-10. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.

Pavot, W., y Diener. E., (1993). The affective and cognitive contest of self reports measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.

Pedrero Pérez, E. J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big Five Questionnaire. *Trastornos adictivos*, 4 (3), 138-150.

Pedrero Pérez, E. J. (2008). Personalidad y adicciones: relaciones empíricas desde diversos modelos teóricos e implicaciones para el tratamiento. *Revista peruana de drogodependencias*, 6 (1), 9-54.

Pérez Gálvez, B., García Fernández, L., Vicente Manzanaro, M., Oliveras Valenzuela, M., y Lahoz Lafuente, M. (2010). Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Salud y drogas*, 10(1).

Peterson, K., Malouff, J., y Thorsteinsson, E. B. (2011). A Meta-Analytic Investigation of Emotional Intelligence and Alcohol Involvement. *Substance Use & Misuse*, 46(14), 1726-1733.

Riley, H., y Schutte, NS (2003). La baja inteligencia emocional como predictor de problemas de uso de sustancias. *Revista de educación sobre drogas* ,33 (4), 391-398.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: University Press.

Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J. M., Cabello, R., Fernandez-Berrocal, P., y Balluerka, N. (2012). Short and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 51, 462-467.

Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P. Cabello, R. y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 223-230.

Sáiz, P. A., González, M. P., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M. J., Granda, B., y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11 (3), 209-220.

Salovey, P, y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211.

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*. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., y Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42, 921- 933

Spielberger, C., Gorsuch, R., y Lushore, R. (1982). *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

Sternberg, R. (1990). *Más allá del cociente intelectual. Una teoría triárquica de la inteligencia humana*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its use. *Haper's Magazine*, 140, 227-235.

Trinidad, D. R., y Johnson, C. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32 (1), 95-105.

Vázquez-Morejón Jiménez, R., Jiménez García-Bóveda, R., y Vázquez Morejón, A. J. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 247-255

World Health Organization. (1965). *List of who documents issued in 1965*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (1969). *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra16 [se reunió en Ginebra del 1 al 7 de octubre de 1968]: 16 informe.

World Health Organization. (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: EDITOR.

INDICE DE ANEXOS:

- **ANEXO N°1:** PRUEBA TMMS-24
- **ANEXO N°2:** PRUEBA DAST-20
- **ANEXO N°3:** PRUEBA SWLS
- **ANEXO N°4:** PRUEBA AUTOESTIMA DE ROSENBERG
- **ANEXO N°5:** PRUEBA STAI
- **ANEXO N°6:** FICHA DE REGISTRO POR SESIONES
- **ANEXO N°7:** CUESTIONARIO ANÓNIMO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
- **ANEXO N°8:** CONSENTIMIENTO INFORMADO
- **ANEXO N°9:** FICHAS TÉCNICAS POR SESIONES
- **ANEXO N°10:** PRESUPUESTO ORIENTATIVO

ANEXO N°1: PRUEBA TMMS-24

(Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004)

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una “X” la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

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

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

ANEXO N°2: PRUEBA DAST-20

CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-20)

Nombre fecha: _____

Las siguientes preguntas se refieren a información sobre su posible participación con drogas que no incluyen bebidas alcohólicas durante los últimos 12 meses. Lea detenidamente cada declaración y decida si su respuesta es "Sí" o "No".

En las declaraciones, "abuso de drogas" se refiere a (1) el uso de medicamentos recetados o de venta libre en exceso de las instrucciones y (2) cualquier uso no médico de medicamentos. Las diversas clases de drogas pueden incluir: cannabis (por ejemplo, marihuana, hachís), disolventes, tranquilizantes (por ejemplo, Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (por ejemplo, velocidad), alucinógenos (por ejemplo, LSD) o narcóticos (por ejemplo, heroína). Recuerda que las preguntas no incluyen bebidas alcohólicas.

Por favor responda a cada pregunta. Si tiene dificultades con una afirmación, elija la respuesta que sea más adecuada.

Estas preguntas se refieren a los últimos 12 meses.

Circula tu respuesta

1. ¿Ha usado medicamentos distintos a los requeridos por razones médicas?
2. ¿Ha abusado de medicamentos recetados?
3. ¿Abusan más de una droga a la vez?
4. ¿Se puede pasar la semana sin consumir drogas?
5. ¿Siempre puede dejar de consumir drogas cuando quiere?
6. ¿Ha tenido "apagones" o "flashbacks" como resultado del uso de drogas?
7. ¿Alguna vez te sientes mal o culpable por tu uso de drogas?
8. ¿Alguna vez su cónyuge (o sus padres) se quejan de su participación con las drogas?
9. ¿El abuso de drogas ha creado problemas entre usted y su cónyuge?

O tus padres?

10. ¿Has perdido amigos por el uso de drogas?
11. ¿Ha descuidado a su familia debido a su uso de drogas?
12. ¿Ha estado en problemas en el trabajo debido al abuso de drogas?
13. ¿Has perdido un trabajo por abuso de drogas?
14. ¿Te has metido en peleas bajo la influencia de las drogas?
15. ¿Ha participado en actividades ilegales para obtener drogas?
16. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas ilegales?

17.¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando has dejado de tomar drogas?

18.¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas?

(por ejemplo, pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, sangrado, etc.)?

19.¿Has ido a alguien por ayuda por un problema de drogas?

20.¿Ha estado involucrado específicamente en un programa de tratamiento relacionado con el uso de drogas?

ANEXO N°3: PRUEBA SWLS

ESCALA DE SATISFACCION CON LA VIDA (SWLS)

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada una de las frases que se muestran a continuación: rodeando con un círculo el número apropiado para ti. Por favor se sincero/a con las respuestas.

Siendo 1= muy en desacuerdo
3= neutro
5= totalmente de acuerdo

1	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea	1	2	3	4	5
2	Las circunstancias de mi vida son muy buenas	1	2	3	4	5
3	Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes	1	2	3	4	5
5	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada	1	2	3	4	5

ANEXO N°4: PRUEBA AUTOESTIMA

Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965; adaptada al castellano por Atienza, Moreno y Balaguer, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3. Creo que tengo cualidades buenas	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4
7. En general me siento satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a	1	2	3	4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

ANEXO N°5: PRUEBA STAI

STAI

A/E PD = 30 + =

A/R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES : _____

EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____

CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

Las posibles respuestas van de 0-3, siendo 0=nada, 1=algo, 2=bastante y 3=mucho.

1. Me siento calmado
 2. Me siento seguro.
 3. Estoy tenso
 4. Estoy contrariado.
 5. Me siento cómodo (estoy a gusto).
 6. Me siento alterado.
 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras
 8. me siento descansado
 9. Me siento angustiado.
 10. Me siento confortable
 11. tengo confianza en mí mismo
 12. Me siento nervioso
 13. Estoy desasosegado.
 14. Me siento muy "atado"
 15. Estoy relajado
 16. Me siento satisfecho
 17. Estoy preocupado.
 18. Me siento aturdido y sobreexcitado.
 19. Me siento alegre.
 20. En este momento me siento bien
- COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

ANEXO N°6: FICHA DE REGISTRO POR SESIONES

Nombre de la sesión: Bloque correspondiente:		
Profesional:		
N° de participantes:		
Actividades llevadas a cabo: - ... - ... - ...		
Objetivos de la sesión: 1. 2. 3.		
Aspectos POSTIVOS:	Aspectos NEGATIVOS:	Aspectos a MEJORAR:

(Elaboración propia Word)

ANEXO N°7: CUESTIONARIO ANÓNIMO DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El siguiente cuestionario se valorará de 1 a 5, siendo 1 “nada de acuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”.

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
1	Se han alcanzado las expectativas que tenías respecto a la intervención					
2	Creo que este programa funciona					
3	El trato de los profesionales ha sido el adecuado					
4	El contenido y la estructuración del programa ha sido adecuada					
5	Los contenidos desarrollados me van a servir como herramienta					
6	Han resultado adecuados los recursos utilizados					
7	Me he sentido cómodo con respecto al grupo y las sesiones realizadas					
8	Volvería a participar en un programa de este tipo					
9	El número de profesionales es suficiente para llevar a cabo todas las tareas					
10	SUGERENCIAS Y OPINIONES					

(Elaboración propia Word)

ANEXO N°8: HOJA DE INFORMACIÓN ACERCA DEL ESTUDIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DESTINADO A FAVORECER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, EN ADULTOS DROGODEPENDIENTES.

PROMOTOR DEL ESTUDIO:

Nombre: Alba Zapata Güeto Centro: Universidad de Jaén / Grado en Psicología. Tutor: Ana García León

Se trata de la elaboración de un PROGRAMA DE INTERVENCIÓN como trabajo final del grado en Psicología por la Universidad de Jaén.

MOTIVO DEL ESTUDIO:

Hoy en día existe un grave problema de consumo de estupefacientes y alcohol de forma generalizada en nuestro país. El consumo se ve asociado frecuentemente a conductas de tipo evitativo en respuesta a situaciones de conflicto o elevado estrés y es por ello que es fundamental la puesta en práctica de habilidades de tipo social y emocional, como las inscritas en este programa.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio será totalmente voluntaria sin ningún compromiso por su parte a terminar el estudio pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento.

EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA:

Se trata de una intervención realizada a través de sesiones prácticas a modo de talleres, en los que se trabajaran todas las habilidades propuestas para fomentar la inteligencia emocional, el conocimiento y el control de las emociones. El objetivo es conseguir estados más saludables, que permitan una mejor resolución de conflictos y una reducción de todas aquellas características o patrones relacionados con el consumo de sustancias.

ACCESO A MIS DATOS:

Este estudio tiene en cuenta la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, que asume la Protección de Datos de Carácter Personal por lo que antes de empezar se firmará un consentimiento de participación en el cual quedará reflejado que sus datos personales no se verán reflejados en el estudio en ningún momento.

Consentimiento Informado para Participantes del Programa

El presente programa de intervención es conducido por _____,
de la Universidad _____.

La meta de este estudio es fomentar e instruir en la "Inteligencia Emocional", concebida como una capacidad que todos podemos desarrollar, a través de la práctica de ciertas habilidades básicas, para así poder disminuir comportamientos asociados al consumo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una serie de pruebas. La participación en este programa es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación.

Información

1. Declaro que he leído la Hoja de Información al Participante sobre el estudio citado.
2. Se me ha entregado una copia de la Hoja de Información al Participante y una copia de este Consentimiento Informado, fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.
3. He contado con el tiempo y la oportunidad para realizar preguntas y plantear las dudas que poseía. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.
4. Se me ha asegurado que se mantendrá la confidencialidad de los datos.
5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO N°9: FICHAS TÉCNICAS DE ACTIVIDADES POR SESIONES

- **CRONOGRAMA**

CONTENIDO	INTRODUCCIÓN	AUTOCONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES	AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA	REGULACIÓN EMOCIONAL	FINALIZACION	SEGUIMIENTO A LOS 5 MESES.
BLOQUE/ SEMANA	BLOQUE 1	BLOQUE 2	BLOQUE 3	BLOQUE 4	BLOQUE 5	BLOQUE 6
MARTES	S1: Medidas PRE-INTERV.	S3: EMOCIONES	S5: "YO SOY"	S7: Gestión EMOCIONAL	S9: Medidas POST-INTERVENCIÓN	
JUEVES	S2: INICIACIÓN	S4: ¿Qué siento y cómo reacciono?	S6: EMPATÍA	S8: Estrategias de control	S10: Puesta en común grupal y cierre.	

BLOQUE N°1: INTRODUCCIÓN

- **SESION N°1: Medidas PRE-INTERVENCIÓN.**

Esta será la primera toma de contacto con los usuarios, en la que se realizará una presentación grupal del grupo y se introducirá brevemente el presente programa de intervención.

En primer lugar, se explicará de manera breve y concisa el procedimiento y la estructuración de la intervención así como su objetivo principal, para finalmente cumplir la primera fase de dicho programa: la cumplimentación de todas aquellas escalas propuestas como medidas Pre-intervención y la consiguiente firma y autorización para formar parte de la intervención.

Para ello, se entregará una carpeta dossier previamente preparada para cada sujeto en la que estarán contenidas todas las pruebas y los documentos necesarios a rellenar.

ACTIVIDADES:

- Presentación grupal
- Cumplimentación de información y medidas PRE.

Los usuarios se sentarán de manera individual en una mesa, donde tendrán todo el material necesario para esta sesión: lápiz y bolígrafo.

- **SESION N°2: Iniciación al programa**

Esta será la primera sesión docente con el grupo, en la que se procederá a realizar una presentación general del programa de intervención y de las sesiones establecidas, así como los conceptos fundamentales que se manejarán en el programa y otros que estén relacionados.

Contenidos:

- Repaso breve sobre el problema de consumo.
- Introducción a concepto de Inteligencia Emocional.
- Justificación y explicación del objetivo final del programa: aumentar las habilidades de tipo emocional y dar a conocer herramientas de este tipo que pueden ser de gran ayuda en referencia a su problemática de consumo.

ACTIVIDADES:

- Visualización de un power point previamente preparado sobre drogas y consumo.
- Puesta en común sobre el concepto de IE y lluvia de ideas, mediante la que se realizará un repaso de todas las habilidades comprendidas en este concepto, con una metodología participativa a la vez que didáctica.

Los usuarios se sentarán formando un círculo orientados hacia el proyector, donde se visualizará una presentación de los contenidos para fomentar la explicación.

-Con el objetivo de consolidar la información expuesta, serán propuestas una serie de actividades complementarias a cada sesión que serán realizadas por cada participante de manera individual y en casa como método de repaso. A modo general, las tareas realizadas en casa serán comentadas de manera grupal, al inicio de la siguiente sesión.

BLOQUE N°2: AUTOCONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES

- **SESION N°3: Las emociones**

En esta sesión se hará una introducción al concepto de "autoconocimiento" y al de emociones.

Contenidos:

- Emociones y tipos de emociones.
- Cómo poder reconocer dichas emociones en nosotros mismos.

ACTIVIDADES:

Para esta sesión se contará con una proyección en power point previamente preparada sobre el concepto de "EMOCIÓN" y una posterior actividad denominada "Mapa conceptual

Emocional”, donde se analizarán de manera grupal varios emoticonos con el fin de realizar una distinción entre la principales emociones que son experimentadas.

-Como tarea para casa se pedirá a los participantes que de manera individual, cumplimenten una tabla que les será administrada, en la que aparece el nombre de aquellas emociones básicas. Cada participante deberá anotar las características tanto físicas como internas que asocian a cada emoción

- **SESION N°4: ¿Qué siento y como reacciono?**

En esta sesión se pretende reforzar el autoconocimiento emocional de una forma práctica y sencilla.

Contenidos:

-Ser capaces de ponerle nombre a las emociones experimentadas y dar un paso más, analizando y siendo conscientes de como reaccionamos ante ellas, trasladando esto a todas las situaciones vividas.

ACTIVIDADES:

Para esta sesión los usuarios serán divididos en grupos, en los que un miembro tendrá puesto en la cabeza una etiqueta con el nombre de la emoción correspondiente.

El grupo ha de actuar en función de las características que identifiquen o interpreten con esa emoción, con el fin de que la emoción representada sea adivinada por la persona que la contiene. Luego se hará una puesta en común de situaciones cotidianas de la vida real en las que expresamos e identificamos emociones de este tipo.

-Como tarea para casa será propuesta una hoja de registro en la que deben anotar aquellas emociones que sean capaces de identificar en sí mismos, anotando los antecedentes directos y la situación vivida. Serán expuestas de manera voluntaria al inicio de la siguiente sesión, con el fin de realizar una puesta en común que aporte a cada uno de ellos.

BLOQUE N°3: AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA

- **SESION N°5: "YO SOY"**

En esta sesión se pretende dar a conocer la importancia de la autoestima y el autoconcepto en nuestras vidas.

Contenidos:

- Entender los conceptos implicados.
- Que sean capaces de reconocer que todos tenemos características positivas.
- Adquirir la capacidad de "auto valorarse" y de identificar fortalezas.

ACTIVIDADES:

Para esta sesión los usuarios se sentarán en círculo y en un folio que será repartido a cada uno de ellos, deberán escribir 15 características positivas que reconozcan en ellos mismos.

Seguidamente, se repartirá otro folio en el que cada participante deberá escribir una característica positiva que vea reflejada en el compañero situado a su derecha. Dichos folios se irán rotando hasta llegar a su origen. Por último cada participante ha de leer el folio de características asociadas a su persona, con el fin de establecer una comparación entre la lista de características positivas que el mismo identifica y las que identifican los demás.

Luego se hará una puesta en común de estas evaluaciones y de que sentimos cuando nos evalúan de manera positiva, fomentando la explicación del autoconcepto, de las fortalezas y de la autoestima, así como de sus beneficios.

Como tarea para casa, tendrán que realizar una actividad individual llamada "Mi árbol", en la que se pedirá a cada sujeto que dibuje un árbol con raíces y ramas. Y que a través de este dibujo, intente plasmar aspectos relevantes de su vida (raíces) haciendo un repaso de su historia e identificando las fortalezas asociadas a cada raíz o evento.

- **SESION N°6: La Empatía**

ACTIVIDADES:

En primer lugar, se realizará una lluvia de ideas en la pizarra, en referencia al concepto de empatía. Seguidamente los participantes tendrán que visionar fragmentos de distintas películas en las que tendrán que identificar las emociones que siente el personaje principal.

Además, deberán de realizar una justificación, comparando como se sentirían ellos ante dicha situación. Luego se hará una puesta en común y se comentarán de manera grupal los múltiples beneficios que trae consigo ser una persona empática y como poder llegar a serlo.

BLOQUE N°4: REGULACIÓN EMOCIONAL

• SESION N°7: Gestión emocional.

En esta sesión se hará una introducción al concepto de “gestión emocional” y de “autocontrol”, entendido como la habilidad de controlar nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarse de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros.

Contenidos:

- Entender que es la regulación emocional y el autocontrol.
- Aprender técnicas para el manejo de emociones negativas

ACTIVIDADES:

En primer lugar, se expondrá un resumen del concepto de regulación o gestión emocional, haciendo alusión a distintas técnicas de autocontrol.

Tras esta iniciación, se pedirá a los participantes que se dividan en grupos.

A continuación se repartirá un folio con 10 situaciones por grupo, donde tendrán que argumentar para cada una de ellas, qué técnica de regulación emocional pondrían en marcha y por qué consideran eficaz dicha estrategia. Luego se hará una puesta en común y se realizará un debate del uso correcto de dichas estrategias y su eficacia.

-Como tarea para casa se indicará que de manera individual escriban situaciones tanto positivas como negativas que hayan vivenciado a lo largo de día, indicando que emoción han sentido y que técnica de regulación han usado.

• SESION N°8: Estrategias de control

En esta sesión se llevará a cabo un repaso de las principales técnicas de control emocional fisiológico y una iniciación a las técnicas de respiración, con la puesta en marcha de un ejercicio práctico breve y sencillo.

Contenidos:

-Regulación emocional en términos fisiológicos (sensaciones internas que experimenta el organismo en consecuencia de un estado emocional determinado).

-Aprender herramientas de “desactivación”, que permitan controlar el componente fisiológico de la emoción.

-Puesta en marcha de una técnica de respiración, siendo consciente de sus múltiples beneficios.

-Adquirir conciencia de la importancia de practicar este tipo de ejercicios

ACTIVIDADES:

Para esta sesión se contará con una proyección en power point dónde se incluirá un breve repaso de la sesión anterior y un resumen de las principales técnicas de regulación emocional de tipo fisiológico, así como de sus múltiples beneficios.

Seguidamente se procederá a explicar de manera concreta la fundamentación teórica de las técnicas de respiración y se hará una breve introducción sobre el entrenamiento en una de estas técnicas, denominada "respiración profunda y diafragmática".

La sesión finaliza con la puesta en marcha de un ejercicio de respiración profunda previamente preparado.

"Sentarse cómodamente, cerrar suavemente los ojos y colocar una mano sobre el abdomen, con el dedo meñique justo encima del ombligo. El abdomen debe elevarse con cada inspiración. Al espirar, el abdomen vuelve a su posición original. Para que le sea más fácil realizar la respiración abdominal, debe intentar llevar el aire hasta la parte más baja de los pulmones..."

*Antes de empezar, es importante **expulsar a fondo** el aire de los pulmones varias veces (por ejemplo, a partir de suspiros).*

*Para realizar la respiración diafragmática, al **inspirar**, dirigiremos el **aire hacia el abdomen**, como si quisiéramos empujar las manos hacia arriba*

*Para espaciar el tiempo entre inspiración y espiración **aguantaremos** el aire unos **dos segundos** aproximadamente.*

*Al **espirar**, relajaremos el abdomen (éste se "desinflará" y las manos bajarán con él). . "*

Por último se realizará una puesta en común de las sensaciones experimentadas mediante el uso de esta técnica y se animará a practicarlas de manera continua para conseguir así, beneficios mayores.

BLOQUE N°5: FINALIZACIÓN

- **SESION N°9: Medidas POST-INTERVENCIÓN**

Se recordará de manera breve y concisa el procedimiento y la estructuración de la intervención, para finalmente completar la tercera fase de evaluación de dicho programa: la cumplimentación de todas aquellas escalas propuestas como medidas Post-intervención y el cuestionario de satisfacción con el programa, que será un documento de tipo anónimo y muy breve.

Para ello, se entregará la carpeta dossier previamente preparada para cada sujeto en la que estarán contenidas todas las pruebas y los documentos necesarios.

Contenidos:

-Cumplimentación de información y medidas POST-INTERVENCIÓN.

Los usuarios se sentarán de manera individual en una mesa, donde tendrán todo el material necesario para esta sesión: lápiz y bolígrafo.

- **SESION N°10: PUESTA EN COMÚN Y CIERRE GRUPAL**

Para finalizar el programa, se llevará a cabo un repaso de los principales objetivos que se han podido extraer de las actividades así como, resaltar los contenidos más importantes que se han tratado. Se hará una puesta en común y se resolverán dudas y sugerencias.

Se procederá al cierre de la intervención y se recordará el seguimiento, así como el agradecimiento por la participación activa en el programa.

BLOQUE N°6: SEGUIMIENTO

Tras 5 meses desde la finalización de las sesiones, se procederá a realizar una sesión con el objetivo de evaluar si los cambios producidos por el programa, son mantenidos en el tiempo.

Para ello, se entregará la carpeta dossier previamente preparada para cada sujeto en la que estarán contenidas todas las pruebas. (Las mismas que en la fase POST-INTERVENCIÓN, exceptuando la encuesta de satisfacción con el programa)

ANEXO N°10: PRESUPUESTO ORIENTATIVO

2.6 Presupuesto orientativo:

Será imprescindible contar con los siguientes recursos a lo largo del programa:

RECURSOS MATERIALES Y TÉCNICOS	CANTIDAD	PRECIO (€)	COSTE TOTAL
Folios A4 blancos (500)	2 paquetes	2,85	5,70 €
Lápices HB	12 unidades	0,40	4,80 €
Lápices de colores	3 paquetes	2,65	7,95 €
Folios A3	1 paquete	7,99	7,99 €
MESAS (Proporcionado por la institución)	30 unidades	-	-
SILLAS (Proporcionado por la institución)	30 unidades	-	-
AULAS Y DESPACHO (Proporcionado por la institución)	4 unidades	-	-
Ordenador	2 unidades	270	540 €
Proyector	1 unidad	100	100 €
Impresora	1 unidad	49,90	49,90 €
Pizarra digital	1 unidad	563,43	563,43 €
Costes de equipamiento y mantenimiento (Proporcionado por la institución)	2 meses	-	-
TOTAL			1.279,77 €

RECURSOS HUMANOS	PRECIO (€)/hora	TOTAL HORAS	COSTE TOTAL
Psicólogo/a 1	50	25	1250 €
Psicólogo/a 2	50	25	1250 €
Trabajador Social	40	25	1000 €
TOTAL			3.500 €

TOTAL FINAL =

4.779'77