

**TRABAJO FINAL DE MÁSTER**  
**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL  
SANITARIA**

**Emociones en población drogodependiente e  
influencia en la recaída.**

**Revisión de la literatura y propuesta de un diseño de  
intervención comunitario.**

**Alumno:**

Sergio Quintero Moreno

**Tutores:**

Juan Manuel Bethencourt Pérez y  
Ángela Rita Martín Caballero

**Curso académico:**

2019/2020

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo realizar una revisión de distintas investigaciones sobre las conductas adictivas, centrándonos, específicamente, en los procesos y niveles de cambio que implican y las diferencias emocionales que presentan los adictos y adictas a drogas respecto a sujetos sanos, las cuales suponen un obstáculo para el mantenimiento de la abstinencia. Diferencias como una disminución de la activación ante estímulos agradables y desagradables, una mayor percepción de control sobre la propia respuesta emocional o una disfunción para sobrellevar el estrés que conllevan los trastornos adictivos. Aunque las investigaciones que relacionan la Inteligencia Emocional y las adicciones son insuficientes, se ha demostrado como un factor de protección para prevenir el consumo de sustancias y las adicciones comportamentales. Conviene proponer estudios dirigidos a comprobar cuáles son las interacciones entre la IE y otras variables psicosociales que pueden influir en el proceso de iniciación a la adicción. Este estudio incluye un diseño de intervención para atender algunos de estos aspectos, con el objetivo último de prevenir las recaídas mediante la reestructuración cognitiva y el desarrollo de la IE.

**Palabras clave:** adicción, drogas, recaída, emoción.

## ABSTRACT

This project aims to make a review of different investigations about addictive behaviors, focusing, specifically, on the processes and levels of change that they involve and the emotional differences that drug addicts present regarding healthy subjects, which are an obstacle to the maintenance of abstinence. Differences such as a decrease in activation regarding pleasant and unpleasant stimuli, a greater perception of control about their emotional response or a dysfunction to endure the stress that addictive disorders involve. Although the investigations that relate Emotional Intelligence and addictions are still insufficient, it has been proven as a protective factor to prevent substance use and behavioral addictions. It's convenient to propose studies aimed to find the interactions between EI and other psychosocial variables that can influence in the addiction initiation process. This research includes an intervention design to attend some of these aspects, with the objective to preventing drug relapses through cognitive restructuring and the development of EI.

**Key words:** addiction, drugs, drug-relapse, emotion.

## MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

### 1. Conductas adictivas

#### • Conceptualización

La conceptualización y estudio de las adicciones ha sido una de las líneas de trabajo e investigación más importantes en la última década. A pesar de las diferencias existentes entre ellas, todas tienen aspectos comunes que permiten englobarlas dentro del término “conductas adictivas”.

Según Echeburúa (2005), los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, por lo que las adicciones no pueden limitarse a las conductas generadas por consumo de sustancias químicas (alcohol, tabaco, drogas psicoactivas...), sino que también existen hábitos de conducta, aparentemente inofensivos, que pueden convertirse en adicciones e interferir gravemente en la vida cotidiana (juego patológico, sexualidad compulsiva...).

Pomerleau y Pomerleau (1987) definen una conducta adictiva como el uso repetido y abusivo de una sustancia y la realización compulsiva de una conducta determinada, lo cual modifica el medio interno del individuo mediante el reforzamiento inmediato recibido tras realizarla. Además, Donovan (1988) considera una adicción como una pauta de conducta compleja que abarca componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y conductuales, tales como una implicación patológica, una compulsión subjetiva a continuar realizándola y una disminución de la habilidad para ejercer control sobre ella. Por ello, la conducta sigue emitiéndose a pesar del impacto negativo que produce y de existir fuentes alternativas de reforzamiento positivo (Graña, 1994).

Las conductas adictivas más extendidas son el abuso de alcohol, tabaco, heroína y cocaína, entre otras drogas, así como el juego patológico y el comer compulsivamente. Según Donegan y cols. (1983), todas estas conductas comparten ciertas propiedades:

- a) La sustancia/actividad actúa como reforzador positivo.
- b) Se genera tolerancia condicionada, reduciéndose su efectividad.
- c) Se desarrolla dependencia con la realización continuada de la conducta.
- d) La sustancia/actividad tiene la capacidad de producir un contraste afectivo, caracterizado por un estado inicial de euforia que disminuye con el mantenimiento de la adicción, prevaleciendo un estado afectivo de disforia y malestar.

- e) La sustancia/actividad es capaz de actuar como estímulo incondicionado, produciéndose respuestas condicionadas a las señales del ambiente en el que se desarrolla la adicción.
- f) Presentan estados emocionales con altos niveles de activación general, estrés y ansiedad, que influyen negativamente en la realización de estas conductas.

Según este planteamiento, los factores que explican el grado de abuso o control que adquiere una de estas sustancias/actividades sobre el individuo, servirán para explicar el uso de otras. Además, es probable que tengan un papel significativo en la adquisición y, sobre todo, el mantenimiento de muchas conductas adictivas. Sin embargo, estas características no se manifiestan por igual a lo largo de todas las adicciones, pueden prevalecer más o manifestarse con mayor intensidad en un tipo que en otro.

Según De la Gándara (1996), el comportamiento adictivo está desencadenado por una emoción que puede pasar de ser un deseo intenso a una auténtica obsesión, generando síndrome de abstinencia si se deja de practicar. Así, el adicto pierde interés por otras conductas que anteriormente le resultaban gratificantes. Por otro lado, las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos (aspecto placentero de la conducta en sí), pero terminan siendo controladas por reforzadores negativos (alivio de la tensión emocional), es decir, que ya no se realiza la conducta por el propio placer de realizarla, sino buscando un alivio del malestar emocional (Echeburúa, 1999).

A pesar de estas similitudes, existen diferencias entre las adicciones psicológicas (sin drogas) y las adicciones químicas (por abuso de sustancias). Por ejemplo, las adicciones químicas múltiples (al tabaco, al alcohol, a los ansiolíticos, a la cocaína...), o politoxicomanías, son relativamente habituales. Sin embargo, no es frecuente encontrarse con adicciones psicológicas múltiples. Sí es habitual, en cambio, la combinación de una adicción psicológica con otra química, como en el caso del juego patológico, asociado al tabaquismo y el alcoholismo (Echeburúa, 2005).

- **Circuito de recompensa**

El circuito de recompensa o del placer desempeña un papel clave en el desarrollo de la dependencia a sustancias, tanto en el inicio como en el mantenimiento y las recaídas. Se trata de un sistema de supervivencia primitivo del que dependen actividades placenteras como la alimentación o la reproducción. Además, facilita el aprendizaje y el mantenimiento de las conductas de acercamiento, en principio, importantes para la adaptación y la supervivencia. De alguna manera, el consumo de sustancias pervierte dicho circuito, ya que, al incrementarse la dopamina, su neurotransmisor básico, se

consigue amplificar el efecto hedónico y que el sujeto tienda a realizar conductas de consumo de la sustancia, así como a mantener en su memoria estímulos contextuales que pueden servir de desencadenantes del consumo. Por tanto, este sistema es una vía común de reforzadores naturales y artificiales (Becoña y Cortés, 2011).

- **Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992)**

Se trata de un modelo tridimensional que integra los estadios, procesos y niveles de cambio que se generan en las adicciones, así como los aspectos motivacionales y las expectativas de autoeficacia presentes en todas ellas. Los autores se han basado en diversos análisis de teorías e investigaciones en psicoterapia, así como en sus trabajos de exploración sobre el proceso de cambio de las conductas adictivas (Graña, 1994).

Este modelo es ventajoso porque describe el cambio en las conductas adictivas como un proceso con una serie de fases a lo largo del tiempo, sustituyendo a la tradicional y dicotómica definición de la modificación de una adicción como el paso de un estado de realización continuada a un estado igualmente estable de abstinencia. Este tipo de modelos centraba en la abstinencia el primer objetivo a alcanzar, sin embargo, hay muchos cambios que preceden y siguen a la consecución de ésta.

En su versión más reciente del modelo (Prochaska y DiClemente, 1992; Prochaska, Diclemente y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993), los autores distinguen una serie de estadios en el proceso de cambio de las conductas adictivas, que representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios intencionales, actitudinales y conductuales. Son los siguientes:

- a) Precontemplación:** no existe un planteamiento de modificación de la conducta adictiva porque no se tiene consciencia de que suponga un problema.
- b) Contemplación:** se toma conciencia del problema y se empieza a considerar la posibilidad de abandonar la conducta, pero sin un compromiso firme de cambio.
- c) Preparación:** se toma la decisión y el compromiso de abandonar la conducta adictiva, así como se producen los primeros cambios conductuales.
- d) Acción:** se produce el cambio, con o sin ayuda, de la conducta, así como de las condiciones ambientales que influyen en ella. Requiere gran cantidad de tiempo y energía y conlleva un mayor reconocimiento y refuerzo social.
- e) Mantenimiento:** se intentan conservar y consolidar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, así como prevenir una posible recaída. No consiste en una ausencia de cambio, sino en una continuación activa del mismo.

En este último estadio, los autores inciden en la posibilidad de recaída, que ocurre cuando las estrategias de mantenimiento de la abstinencia fallan, generalmente, durante las fases de acción o mantenimiento, implicando una regresión a un estadio anterior a la acción. Pueden producirse sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, afectando al sentido de autoeficacia.

En segundo lugar, los autores presentan diversos procesos de cambio, que posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Estos consisten en actividades encubiertas o manifiestas llevadas a cabo por un individuo para modificar su hábito adictivo:

- a) **Aumento de la concienciación:** intensificación del proceso de información sobre la problemática y los beneficios de modificar la conducta.
- b) **Autorreevaluación:** valoración afectiva y cognitiva del impacto de la adicción sobre sí mismos y reconocimiento de la mejoría que supondría abandonarla.
- c) **Reevaluación ambiental:** valoración del estado actual de las relaciones interpersonales y la mejoría que supondría en éstas el abandono del hábito.
- d) **Relieve dramático:** experimentación de reacciones emocionales generadas por aspectos negativos de la conducta adictiva (sobre todo, los relativos a la salud).
- e) **Autoliberación:** representa un compromiso y un aumento de la capacidad para decidir, siendo elementos esenciales de nuestro propio proceso de cambio.
- f) **Liberación social:** tomar conciencia de la representación social de la conducta adictiva y la voluntad social de combatirla aumentando las alternativas a ella.
- g) **Manejo de contingencias:** estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta ocurra, mediante el refuerzo de ésta.
- h) **Relaciones de ayuda:** existencia y utilización del apoyo social.
- i) **Contracondicionamiento:** desarrollar conductas alternativas para modificar la respuesta suscitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva.
- j) **Control de estímulos:** evitar la exposición a situaciones de alto riesgo.

Continuando con el modelo, nos referimos ahora a los niveles de cambio, es decir, los cambios que se necesitan para abandonar la conducta adictiva. Representan una jerarquía en la que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas. Los cambios pueden producirse a nivel de síntoma, cogniciones desadaptadas, conflictos interpersonales actuales, conflictos sistémicos/familiares y conflictos intrapersonales.

Como nombramos anteriormente, también se abordan una serie de variables cognitivo-conductuales predictoras de la abstinencia, como son la motivación para el cambio o toma de decisiones y las expectativas de autoeficacia. Sobre la primera, su ausencia no debe considerarse un rasgo inherente de todo adicto, como se defendía hasta los 80, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada (Graña, 1994).

La variable motivación para el cambio se ha operativizado a partir de la delimitación realizada por Janis y Mann (1977) de los componentes motivacional y cognitivo implicados en la toma de decisiones, concretados en los beneficios y costes de las diferentes alternativas conductuales (en nuestro caso, abandonar o mantener una conducta adictiva). En este respecto, en el estadio precontemplación predominan las ventajas de mantener la conducta y, por el contrario, en las fases de mantenimiento y acción existe una clara predominancia de los aspectos contrarios a la conducta adictiva.

Por otro lado, las expectativas de autoeficacia aluden a la autoeficacia percibida, definida por Bandura (1982) como el juicio que un individuo hace respecto a su capacidad de realizar una determinada conducta para alcanzar unos resultados determinados. Esto contribuye a la calidad del funcionamiento psicosocial y determina, en parte, las decisiones que se toman, la cantidad de esfuerzo y tiempo dedicados y los patrones de pensamiento y reacciones emocionales durante las interacciones con el ambiente. Los niveles de autoeficacia permanecen bajos durante los estadios de precontemplación y contemplación, aumentando al máximo durante el mantenimiento.

## **2. Perfil emocional del drogodependiente**

Las emociones han sido las grandes olvidadas en el ámbito de las drogodependencias, de ahí la escasez de trabajos sobre ello. Se han estudiado causas sociales, familiares, psicopatológicas, de personalidad, culturales..., pero aspectos tan importantes como la vida afectiva y cómo se ve alterada con la drogodependencia, no han sido explorados en profundidad, lo que posiblemente ayudaría a explicar el fracaso terapéutico. No hay duda de que, al igual que en todo comportamiento humano, lo emocional debe ser de gran importancia en el desarrollo y, sobre todo, el mantenimiento de comportamientos tan autodestructivos como son las adicciones (Aguilar, 2003).

Diversos estudios han demostrado una enorme dificultad en los sujetos adictos para disfrutar de las cosas cotidianas, que suponen, generalmente, las claves afectivas para el resto de los sujetos (familia, amigos, pareja, trabajo...). La mayoría de los adictos las consideran situaciones insípidas, poco motivantes y monótonas. Además, frecuentemente, estos tienen que realizar un gran esfuerzo para mantener la

abstinencia, siendo muy complicado para ellos sentirse a gusto en su situación de no consumo, incluso tras meses o años de abstinencia.

Debido al papel que estas alteraciones afectivas tienen en el desarrollo y mantenimiento de un comportamiento tan aparentemente “irracional” como es la drogodependencia, ha sido hipotetizado desde diversos modelos teóricos que exponemos a continuación.

- **Teoría del proceso oponente de la motivación adquirida de Solomon y Corbit (1974)**

Una de las teorías más destacadas sobre la adquisición y mantenimiento de las drogodependencias es la teoría del proceso oponente de la motivación adquirida (Solomon y Corbit, 1974), que se entiende como un intento compensatorio para reinstaurar el equilibrio emocional. Se plantea que los mecanismos emocionales trabajan para mantener la neutralidad y lo consiguen mediante modificaciones realizadas en dirección opuesta a la reacción inicial. Cualquier estado afectivo (p. ej., sensación de bienestar) es generado por un estímulo incondicionado (p. ej., una droga). Cuando éste se presenta, la persona se aparta de la neutralidad, produciéndose la respuesta emocional primaria, que puede ser positiva o negativa. Con el tiempo, el efecto de esa droga desaparece y la reacción primaria se ve contrarrestada por un aumento de la reacción opuesta, es el llamado proceso oponente (p. ej., resaca o abstinencia). Es un proceso que comienza débilmente y, a medida que continúa la exposición al estímulo, va ganando fuerza hasta alcanzar su máximo, tardando en desaparecer. Además, este proceso se fortalece con el consumo repetido, por lo que, una vez que la adicción se ha desarrollado, el estímulo suscita una respuesta primaria suave y una reacción afectiva opuesta mucho más fuerte que al principio.

Esta teoría puede explicar los cambios que se producen en el estado de ánimo de los drogodependientes. El consumo continuado produce una habituación a los sentimientos de euforia característicos del consumo de drogas, de forma que la intensidad de esta emoción va disminuyendo y, finalmente, se experimenta un estado de ánimo deprimido.

Centrándonos en la recaída, se puede decir que es esa dificultad para sentir emociones, provocada por el abandono del consumo, lo que parece explicar la gran resistencia que produce el mantenimiento de la abstinencia en casos que presentan buena disposición general, una intervención terapéutica adecuada, apoyos externos tanto de familiares como de amigos y una situación económica-laboral desahogada. Aguilar entiende que el intenso nivel de activación emocional y experiencial que produce el consumo de algunas sustancias provoca que cualquier estimulación afectiva cotidiana que se nos presente nos resulte insuficiente para provocar emociones (Aguilar, 2003).

- **“Búsqueda de sensaciones” de Zuckerman (1979)**

Autores como Zuckerman (1979) apoyan la existencia de rasgos de personalidad previos al consumo que pueden ser la causa fundamental de éste, como la “búsqueda de sensaciones”, que define como la necesidad de obtener un alto nivel de activación. Esto lleva a la realización de actividades relacionadas con la ruptura de normas sociales o que implican un riesgo para la vida, como la práctica de deportes de riesgo o el consumo de sustancias (este rasgo se ha demostrado como uno de los mejores predictores del alcoholismo (Carrillo, 2000)). Según Zuckerman, este consumo busca una alteración del estado afectivo en general, más que efectos específicos (Luengo, 1996). Estos individuos son incapaces de apreciar la serenidad, relajación y disfrute de actividades sedentarias y rutinarias, pues tienen un umbral bajo para el aburrimiento, lo que suele ser desencadenante del deseo y la recaída posterior (Graña, 1994).

- **Modelo de emoción de Peter J. Lang (1995)**

Lang (1995) defiende una estructura bidimensional de las emociones y asume que existen diferencias en las manifestaciones de unos estados emocionales y otros. El autor propone que en la base de todo fenómeno emocional se encuentran dos parámetros motivacionales, organizando las emociones de manera jerárquica según el valor o valencia afectiva y la activación fisiológica.

Según Lang, existiría un nivel inferior en el que encontramos los patrones específicos de la respuesta emocional y un nivel superior donde predominan las disposiciones emocionales, relacionadas directamente con los sistemas motivacionales primarios: el sistema apetitivo, expresado por posturas de acercamiento, y el sistema aversivo, expresado por conductas de evitación. Estos permiten la adaptación al entorno y cada uno tiene su propio circuito cerebral, modulando la valencia afectiva y, según su intensidad, el nivel de activación fisiológica (Aguilar, 2003).

- ❖ ***International Affective Picture System (I.A.P.S.) y Self-Assessment Manikin (S.A.M.)***

Lang comienza a utilizar en sus experimentos lo que Landis y Hunt (1939) denominaron Reflejo de Sobresalto, un movimiento rápido y brusco en respuesta a estímulos aversivos de distinta naturaleza. Entre estos movimientos destaca, principalmente, el cierre súbito de los párpados, que se ha confirmado como una herramienta importante en experimentos de condicionamiento clásico por su capacidad de ocurrir con estímulos no suficientemente fuertes para provocar el

reflejo entero. Este parpadeo es prácticamente instantáneo, muy poco sujeto a control voluntario y medible de diversas formas.

Peter Lang (1990) propone que las respuestas emocionales reflejas van a estar moduladas por el estado emocional en que se encuentre el sujeto en ese momento y no por la activación general, el grado de atención o la modalidad de la prueba empleada. De modo que, si la valencia de los estímulos que generan las respuestas reflejas coincide con la del estado emocional en que se encuentre el sujeto, los reflejos asociados se verán potenciados o inhibidos, según esa valencia sea aversiva o agradable, respectivamente.

Así, Peter Lang y cols. (1994), respondiendo a la necesidad de buscar una metodología con valores estandarizados que facilitara la investigación del fenómeno emocional, desarrollan el *International Affective Picture System* (I.A.P.S.), que consta de una serie de fotografías en color con contenidos muy variados (personas, animales, naturaleza, eventos...) capaces de evocar emociones. El objetivo es producir estímulos emocionales que sirvan para generar medidas estándares y alentar, así, la investigación sobre emoción. Los baremos han sido adaptados a la población española, obteniéndose una correlación altamente significativa con la muestra norteamericana.

Por otro lado, se utiliza el *Self-Assessment Manikin* (S.A.M.), un sistema autoevaluador del estado emocional del sujeto, para valorar la experiencia emocional que la visión de la imagen produce. El instrumento consta de una serie de pictogramas que, como podemos observar en la Figura 1, abarcan tres dimensiones: nivel de agrado o desagrado (valencia), nivel de activación o calma (activación) y nivel de control sobre la emoción (dominancia). (Lang, 1980).

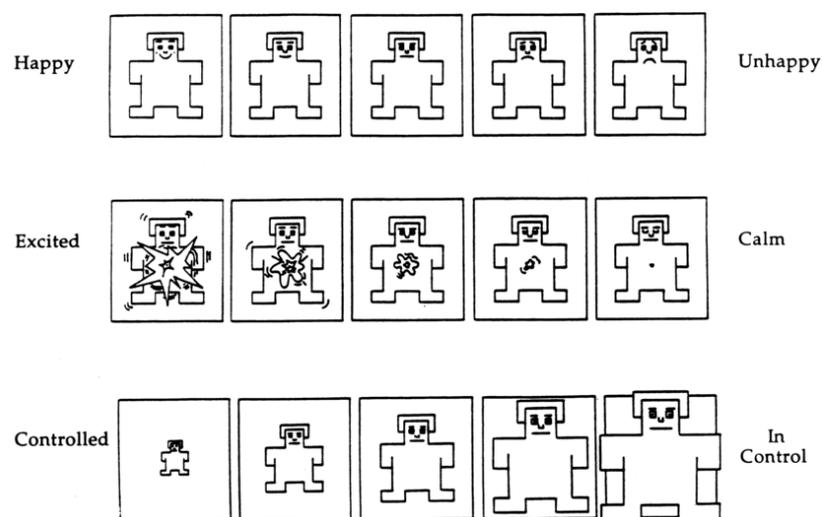


Fig. 1 - Pictogramas del *Self-Assessment Manikin* (S.A.M.) (Bradley y Lang, 1994).

- **Modelo del “marcador somático” de Damasio (1994)**

Damasio considera que la incapacidad para mantener la abstinencia está provocada por dificultades en el proceso de toma de decisión, señalado anteriormente en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1992) como una de las variables que han demostrado ser predictores de la abstinencia. Según el autor, el componente emocional fundamental en este proceso está alterado, lo que hace que la persona adicta no anteceda las consecuencias negativas del consumo y maximice la recompensa a corto plazo que supone (Bechara, Damasio y Damasio, 2000), provocando esto un impedimento para el mantenimiento de una abstinencia prolongada.

- **Modelo I-RISA de Goldstein y Volkow (2002)**

Por otro lado, Goldstein y Volkow realizaron un análisis sobre los procesos neurobiológicos subyacentes a la drogadicción, centrándose en el papel de las estructuras corticales frontales, ya que, tradicionalmente, la investigación se había centrado solo en las estructuras subcorticales límbicas (Goldstein y Volkow, 2002).

Los resultados arrojan que estructuras frontales como la corteza orbitofrontal y la circunvolución cingulada anterior, involucradas en funciones cognitivas y motivacionales (como modular la intensidad del reforzador en función del contexto y las expectativas y la capacidad de controlar e inhibir las respuestas que se producen) se activan en sujetos adictos durante todo el proceso, excepto en la abstinencia, donde se desactivan.

Por tanto, estos procesos cognitivos y emocionales explican la sobrevaloración del reforzador que supone la sustancia consumida, la subvaloración de reforzadores alternativos y los déficits en el control inhibitorio de las respuestas producidas. Estos cambios, denominados como I-RISA (inhibición de la respuesta alterada y atribución de relevancia), permiten expandir la investigación en drogodependencia más allá de las respuestas reguladas por el sistema límbico, dirigidas al placer y la recompensa.

Los autores defienden también que puede producirse un desplazamiento desde estímulos incondicionados, capaces de generar respuestas emocionales en sujetos no consumidores, hacia otros estímulos condicionados relacionados con la sustancia y su consumo, de forma que los primeros pierden su capacidad de provocar respuesta emocional en los adictos. Esto influiría también en la resistencia al mantenimiento de la abstinencia que se presenta frecuentemente en el ejercicio clínico.

Sea como fuere, el índice de recaídas es excesivamente alto, por lo que el estudio de la respuesta emocional y su intervención ofrece una nueva posibilidad de enfocar el problema.

## REVISIÓN

Pretendemos comprobar, mediante el análisis de diversos estudios, la existencia de diferencias emocionales en sujetos drogodependientes y su influencia en la recaída.

### **a) Evaluación emocional en drogodependientes (Aguilar, Pérez y Sánchez, 2003).**

Tiene como objetivo determinar si el instrumento *International Affective Picture System* (I.A.P.S.) es útil como instrumento de evaluación de la experiencia emocional, para lo que se lleva a cabo la creación del Instrumento Clínico de Evaluación de la Respuesta Emocional (I.C.E.R.E.), basado en el de Peter Lang, con el que pretenden comprobar la existencia de diferencias en el perfil emocional entre grupos clínicos (en este caso drogodependientes) y sanos.

La muestra constaba de 31 varones drogodependientes sometidos a tratamiento en régimen de internamiento, con un tiempo de abstinencia medio de 158.4 días y un tiempo medio de consumo de 102.39 meses. Los valores del grupo normativo se obtuvieron de la estandarización realizada por Moltó y cols. (1999).

Los resultados confirman la existencia de alteraciones en la capacidad de experimentar o sentir emociones, tanto a nivel grupal como individual, objetivadas en diferencias en las dimensiones de Valencia (los adictos puntuaron por debajo en la condición agradable y por encima en la condición desagradable), de Activación (puntuaron por encima en la condición calma y por debajo en la condición activante) y, por último, a nivel de Dominancia (puntuaron por encima en todas las condiciones experimentales). En resumen, nos encontramos ante una población con menor sensibilidad a las imágenes atractivas o desagradables, la cual necesita una mayor estimulación para activar su respuesta fisiológica. Esto confirma la hipótesis que subyace a este estudio, así como podría explicar el fenómeno de la recaída.

Basándonos en los niveles de Valencia y Activación, podemos apoyar la idea de que ese “vacío” afectivo que siente el sujeto adicto, del que hablábamos anteriormente, le hace desear con más intensidad el hecho de consumir, con el fin de llenar su mundo emocional. Atendiendo a la Dominancia, y sabiendo que mide la percepción que un individuo tiene de su control emocional, podemos decir que los drogodependientes tienen una percepción magnificada sobre su capacidad de control, es decir, una minimización del riesgo que suponen

determinadas actuaciones, pensamientos y situaciones; lo que facilitaría ese primer contacto con la sustancia y, en la mayoría de los casos, la recaída.

**b) Neuroendocrine responses to experimentally-induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects (Gerra y cols, 2003).**

Se trata de una investigación sobre los cambios en los sistemas neuroendocrino y cardiovascular (ritmo cardíaco, presión arterial, adrenocorticotropina, epinefrina, cortisol...) producidos durante estados afectivos inducidos experimentalmente en sujetos dependientes de la heroína en estado de abstinencia, frente a los producidos en sujetos sanos.

Participaron 12 varones drogodependientes, con un tiempo de dependencia de entre 3 y 5 años, y 12 controles sanos, que fueron sometidos a un procedimiento de exposición de estímulos de valencia placentera, displacentera y neutra (imágenes del I.A.P.S.), los cuales no diferían en activación o *arousal*.

Los resultados indican que ambos sistemas responden selectivamente a estímulos afectivos y motivacionales, presentando desórdenes en sujetos adictos, los cuales, según los autores, se asociarían con una desregulación de los mecanismos procesadores de la emoción.

El estudio muestra que, en cuanto a la activación subjetiva, ambos grupos obtuvieron puntuaciones igualmente altas ante estímulos placenteros y displacenteros. Por otro lado, se observó un patrón de respuesta neuroendocrina y cardiovascular en sujetos sanos caracterizado por un aumento de ciertos marcadores ante estímulos desagradables, mientras que, ante estímulos neutros y placenteros, no se produjo ningún cambio relevante. En contraste, en adictos a la heroína, a pesar de que se vio aumentada la percepción de disgusto ante estímulos negativos, no hubo ningún cambio a nivel hormonal. Lo que sí presentaron fue un aumento de la activación ante la exposición a estímulos neutros, que se atribuiría a una percepción del procedimiento en sí mismo como estresante, relacionado, posiblemente, con la susceptibilidad al aburrimiento, una de las características de personalidad que predicen el comportamiento adictivo.

Guerra destaca que esa reducida percepción de las imágenes placenteras y el incremento de la sensibilidad hacia imágenes displacenteras sugieren un deterioro hipotético del sistema de recompensas y una disfunción para sobrellevar el estrés que conllevan los trastornos adictivos.

**c) Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli (Aguilar, Verdejo, Peralta, Sánchez y Pérez, 2005).**

Tiene como objetivo examinar posibles diferencias en la experimentación emocional de sujetos drogodependientes con respecto a valores normativos mediante la exposición a imágenes del I.A.P.S., así como analizar si esta respuesta emocional es diferente en función de la sustancia consumida y el efecto producido por ésta.

Participaron 85 varones drogodependientes en régimen de internamiento, con un periodo de abstinencia medio de 168.2 días y un tiempo medio de consumo de 135.9 días. Los valores del grupo normativo se obtuvieron de la estandarización realizada por Moltó y cols. (1999) y Vila y cols. (2001).

Los resultados sugieren que existe un perfil distintivo del consumidor de sustancias en la experimentación de emociones, así como distintos perfiles según el tipo de droga consumida y el efecto producido por ésta. Respecto a lo primero, el estudio muestra que el adicto presenta una activación menor ante imágenes neutras y placenteras (p.ej., imágenes de contenido erótico). Asimismo, presentan puntuaciones significativamente altas en Dominancia, ya que piensan que tienen un gran control sobre las emociones producidas por esas imágenes. En cuanto a las diferencias existentes según el tipo de droga, los resultados muestran diferencias en Valencia entre los adictos al alcohol y los adictos a la heroína, cocaína o ambas. En comparación con el resto, los alcohólicos tienden a la centralidad, es decir, ven como menos placenteras las imágenes de contenido erótico y con menos desagrado imágenes de alto contenido displacentero (p.ej., mutilaciones), observándose un aplanamiento de la expresión emocional. Los adictos a la cocaína, en su caso, tendían a los extremos negativos ante imágenes desagradables y hacia los positivos ante imágenes placenteras, mostrando una sensibilización de la respuesta. Respecto a la Activación, encontramos que los sujetos del grupo control ven las imágenes neutras como más relajantes y las imágenes de contenido erótico como más excitantes que todos los grupos de adictos. Por último, en cuanto al tipo de efecto producido por la sustancia, los consumidores de drogas estimulantes, frente a los de drogas depresoras, ven las imágenes con contenido desagradable más desagradables que el resto y las agradables como más agradables, demostrando una sensibilización en cuanto a la dimensión Valencia. En contraste, los consumidores de drogas depresoras muestran una tendencia a

puntuar de manera neutra. Finalmente, en Dominancia, el uso de drogas estimulantes reporta una gran sensación de control sobre las emociones evocadas por imágenes agradables y activantes.

Por tanto, este estudio demuestra que los consumidores de drogas, incluso tras una abstinencia prolongada, presentan una menor respuesta a estímulos afectivos.

**d) Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A (Aguilar y cols., 2008).**

Analiza la respuesta emocional de usuarios adictos a opiáceos del P.E.P.S.A. (Programa Experimental de Prescripción de Estupefacientes de Andalucía), ante estímulos afectivos cotidianos no relacionados con las sustancias y su consumo, en comparación con un grupo normativo de no consumidores.

En el estudio participaron 41 varones consumidores de opiáceos, con un tiempo de consumo medio de 19,64 años. Los valores del grupo normativo se obtuvieron de la estandarización realizada por Moltó y cols. (1999) y Vila y cols. (2001).

Del estudio se deduce que los sujetos consumidores tienen un patrón de respuesta emocional caracterizado por una menor valoración de estímulos agradables y una mayor sensibilidad a los de naturaleza negativa y neutra. Esta menor activación en condiciones de valencia agradable confirma lo propuesto por Goldstein y Volkow (2002) en el modelo I-RISA, según el cual los estímulos apetitivos cotidianos pierden capacidad estimular a favor de los relacionados con el consumo. Por otro lado, que la activación ante estímulos desagradables y neutros sea superior a la del grupo normativo, se relaciona con lo expuesto por Gerra et al (2003), según los cuales los sujetos drogodependientes poseen una mayor reactividad fisiológica y respuesta subjetiva ante estímulos neutros.

Esto nos hace pensar que el consumo prolongado de heroína no produce una disminución generalizada de la capacidad de respuesta emocional ante estímulos afectivos cotidianos, sino únicamente hacia aquellos de naturaleza apetitiva. Esto ayudaría a explicar ese “vacío” afectivo que presentan los sujetos drogodependientes ante estímulos naturales, como familia, pareja, amigos, etc. Asimismo, los resultados muestran que no existen diferencias significativas al comparar la respuesta emocional de estos sujetos en el momento inicial y final del P.E.P.S.A., lo que indica una estabilidad de la respuesta a lo largo del tiempo.

Según el modelo I-RISA (Goldstein y Volkow, 2002), esto ayudaría al mantenimiento de la adicción, dando importancia a los factores emocionales.

**e) Emotional states and informational brain processing in drug addicts free of drugs: An ERPs study (Marques-Teixeira y Barbosa, 2009).**

Su objetivo es analizar las respuestas cerebrales de sujetos adictos a la heroína bajo diferentes condiciones emocionales, con el fin de determinar la influencia de la carga emocional específica en el procesamiento de la información.

Participaron 15 hombres adictos a la heroína y 11 sanos, los cuales fueron expuestos a diapositivas desencadenantes de emociones neutras, agradables y desagradables; utilizando como medida objetiva la onda cerebral P300.

Ambos grupos mostraron respuestas positivas de gran amplitud y latencia larga ante estímulos de todas las condiciones emocionales. Aun así, las comparaciones mostraron una menor amplitud de los sujetos drogadictos tanto para condiciones desagradables como neutras, exponiéndose que la alta activación se propaga menos en las áreas cerebrales de los drogadictos que en la de los sujetos sanos ante estas condiciones. La investigación concluye que los primeros presentan déficits en la extracción de información relevante procedente de estímulos sensoriales bajo diferentes condiciones emocionales, especialmente, bajo estimulación displacentera y neutra.

Por otro lado, el estudio muestra una disminución de la amplitud de la respuesta cerebral en los sujetos sanos, interpretado como un sesgo atencional que dirige los recursos atencionales hacia estímulos ambientales de valencia emocional, en contraste con sujetos adictos, los cuales no presentan este mecanismo.

A pesar de que escasean los trabajos centrados en el estudio de los aspectos emocionales, sobre todo ante estímulos no relacionados con la sustancia, se apunta a que existen diferencias o alteraciones en la respuesta emocional de los sujetos drogodependientes ante estos estímulos naturales, respecto a sujetos sanos. Algunas de estas diferencias son una disminución de la activación ante estímulos agradables y desagradables y una mayor percepción de control sobre la propia respuesta emocional (Aguilar, Verdejo, Peralta, Sánchez y Pérez, 2005; Gerra y cols., 2003; Marques-Teixeira y Barbosa, 2005). Estas alteraciones afectivas, además de participar en el desarrollo y mantenimiento del comportamiento adictivo, suponen un obstáculo para el mantenimiento de una abstinencia prolongada.

Por otro lado, Guerra (2003) destaca un aumento de la sensibilidad hacia imágenes displacenteras que sugiere un deterioro del sistema de recompensas y una disfunción para sobrellevar el estrés que conllevan estos trastornos. En esta línea, otros autores, como Koob y Le Moal (2001), destacan el papel de ese aumento de la sensibilidad hacia estímulos negativos para explicar la vulnerabilidad persistente a la recaída.

Dichos autores apoyan que esto es producto de una alteración del mecanismo alostático, que se encarga de mantener la estabilidad de la función de recompensa mediante cambios en los mecanismos cerebrales. Los sistemas de recompensa cerebral sufren una desregulación progresiva que deriva en el consumo compulsivo de drogas y una pérdida de control sobre el mismo. Procesos contraadaptativos, como el proceso oponente (Solomon y Corbit, 1974), que forman parte de la limitación normal del sistema de recompensa, fallan al regresar al estado de equilibrio normal, produciéndose un estado alostático alterado con una desviación crónica del punto de ajuste de la recompensa, alimentado también por la activación de circuitos cerebrales involucrados en el comportamiento compulsivo y respuestas de estrés hormonal.

La idea de que la adicción resulta de un mecanismo alostático que utiliza los circuitos de recompensas naturales ofrece un enfoque realista para identificar los factores neurobiológicos que producen la vulnerabilidad a recaer (Koob y Le Moal, 2001).

A continuación, se ofrece una propuesta de diseño de intervención con la que se pretende, además de prevenir la recaída como objetivo principal, atender esas diferencias emocionales encontradas en nuestra revisión.

## **PROPUESTA DE DISEÑO DE INTERVENCIÓN**

Se presenta un diseño de intervención en prevención de recaídas, con el que buscamos, además de comprobar la propia efectividad de la intervención, comparar un recurso de atención a la drogodependencia de interacción total con el entorno (USAD: Centro de Día “Cercado del Marqués”) con otro de semi interacción (URAD: Comunidad Terapéutica “Las Crucitas”), en los municipios de San Cristóbal de La Laguna y Granadilla de Abona, respectivamente; ambos en la isla de Tenerife.

El diseño con el que trabajaremos será cuasiexperimental pretest-postest con grupo control igualado en tipo de adicción, edad, nivel cultural, etc. Se solicitará el consentimiento informado de los y las participantes y tendremos un compromiso con el grupo control para, una vez finalizado el programa, ofrecerle la intervención.

La base de nuestra intervención es el modelo de prevención de recaídas de Marlatt (1993), un programa de autocontrol diseñado para ayudar a las personas a anticipar y

afrontar los problemas de recaída en el proceso de cambio de las conductas adictivas, fundamentado en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977). Sigue un enfoque cognitivo-conductual y combina el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida. La idea principal es que el adicto experimenta una sensación de control durante el periodo de abstinencia, que aumenta a la vez que dicho periodo se prolonga. Esto se ha comparado con el concepto de autoeficacia de Bandura, o la creencia que tenemos acerca de nuestras propias capacidades para tener éxito en una situación determinada, lo que puede verse distorsionado cuando una persona se enfrenta a una situación de alto riesgo (Castilla, 2016).

Marlatt identifica tres aspectos asociados a una mayor probabilidad de recaídas: los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social, ya sea directa o indirecta, relacionada con la conducta adictiva. Si el sujeto no es capaz de afrontarlos con éxito, disminuirá su percepción de autoeficacia y aumentará la probabilidad de recaer. Asimismo, las expectativas también juegan un gran papel en la recaída, ya que estas personas anticipan las expectativas positivas del consumo antes que las consecuencias negativas de dicha acción.

Para nuestro diseño nos centraremos en lo referente a la reestructuración cognitiva con el fin de proporcionar al individuo cogniciones alternativas que le ayuden a ver el proceso de cambio como un aprendizaje, así como facilitar la identificación y afrontamiento de una situación de riesgo y del deseo irresistible (*craving*). Se utilizará como herramienta práctica un autorregistro de la conducta, incidiendo en los antecedentes y consecuentes de la misma. Asimismo, trabajaremos algunas de las habilidades que este modelo recoge, como son la relajación y la asertividad.

Por otro lado, atendiendo a esos desajustes emocionales del adicto/a, incluiremos un módulo de Inteligencia Emocional, quedando patente en diversos estudios su eficacia como factor preventivo (Kun y Demetrovics, 2010). Sin embargo, queda mucho para poder asegurar que puede ser una variable fundamental para todas las adicciones, dado que todavía no se han llevado a cabo investigaciones en todas ellas. Hasta el momento actual, han estado centradas, fundamentalmente, en el tabaco y el alcohol, aunque algunos autores ya avanzan hipótesis en estudios de adicciones en general.

Según Goleman (1995), la IE se basa en cinco competencias emocionales: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, habilidades socioemocionales y habilidades para la vida y el bienestar. Nosotros nos centraremos en las 3 primeras, que son intrapersonales, dirigidas a la propia persona.

## 1. Objetivos

- **General:** reducir probabilidad de recaída.
- **Específicos:** generar creencias alternativas, facilitar la identificación de situaciones de riesgo, potenciar el desarrollo de la Inteligencia Emocional, aumentar las habilidades de afrontamiento, la asertividad, la autoestima, el autocontrol y la percepción de autoeficacia; así como reducir el *craving*.

## 2. Metodología

- **Población diana**

La muestra se dividirá en dos grupos: uno conformado por usuarios/as del Centro de Día “Cercado del Marqués” y otro por usuarios/as de la Comunidad Terapéutica “Las Crucitas”, siendo 8-10 personas adictas, aproximadamente, por grupo. Para conocer el efecto que tiene la intervención en cada uno de ellos, así como las diferencias entre ambos, todos los sujetos serán evaluados previa (pre-test) y posteriormente (post-test) de forma individual.

- **Instrumentos de evaluación**

- **Adaptación española de la escala SÓCRATES (*Stages of change readiness and treatment eagerness scale*, Miller y cols., 1996) de Salazar, Martínez y Ayala (2001):** escala autoaplicada que evalúa estados de disposición al cambio en pacientes con adicción a drogas, especialmente alcohólicos. Específicamente, se utiliza la versión 8 (cuestionario de uso personal de drogas), formada por 19 ítems que valoran tres factores: reconocimiento, ambivalencia y pasos hacia el cambio. Tiene un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones del 1 al 5 (1= totalmente en desacuerdo, 5= totalmente de acuerdo).
- **Escala de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el *craving* para la valoración del riesgo de recaída (Martínez, Vilar, Lozano y Verdejo, 2017):** consta de una parte relacionada con creencias sobre el consumo (18 ítems) y otra con creencias sobre la experiencia del *craving* (8 ítems). Su formato de respuesta es una escala tipo Likert de 0 a 4 puntos (0= totalmente en desacuerdo, 4= totalmente de acuerdo).
- **Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones, BSCQ (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawa, 2000):** evalúa la propia confianza

para resistir el consumo de alcohol o drogas en determinadas situaciones, con una puntuación de 0 (nada confianza) a 100 (confianza total). Está formada por 8 ítems, cada uno de los cuales se corresponde con un aspecto determinado: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, control sobre el consumo, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros.

- **Versión reducida del Cuestionario de Desarrollo Emocional de Adultos, CDE-R (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica, GROP, 2007):** aporta información sobre las cinco dimensiones de la competencia emocional (conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencias sociales y competencias para la vida y el bienestar) y consta de 27 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 0 a 10 puntos (0= completamente en desacuerdo, 10= completamente de acuerdo).
- **Cuestionario de valoración del programa:** instrumento de elaboración propia que se desarrollará específicamente para nuestro programa.

En el anexo se pueden consultar algunos de estos instrumentos.

- **Distribución:**

El programa tiene un formato de aplicación grupal, aunque previamente se habrá evaluado de manera individual a todos los usuarios/as (así como al finalizar el programa). Se llevará a cabo en los propios centros a los que pertenece la muestra, el Centro de Día “Cercado del Marqués” y la Comunidad Terapéutica “Las Crucitas”, y se dividirá en sesiones de una hora y media, dos veces por semana, durante siete semanas.

- **Contenido:**

El contenido estará dividido en dos módulos. Como nombramos anteriormente, el primero estará basado en la prevención de recaídas (PR) de Marlatt, específicamente en lo relacionado con la reestructuración cognitiva, combinado con el entrenamiento en relajación y asertividad. Por otro lado, introduciremos un módulo de Inteligencia Emocional (IE) para atender esas alteraciones o desajustes existentes en el perfil emocional del adicto, centrándonos en la conciencia, regulación y autonomía emocional.

- **Descripción del programa:**

<b>Módulo</b>	<b>Sesión</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contenido</b>
PRESENTACIÓN Y CONCEPTOS BÁSICOS	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Presentación del programa y su contenido, así como de los propios profesionales y usuarios/as.</li> <li>❖ Introducir conceptos básicos.</li> <li>❖ Conocer expectativas y establecer metas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Dinámica de cohesión grupal para presentarnos y comentar nuestras expectativas.</li> <li>❖ Ilustrar proceso de la recaída incidiendo en los momentos en los que la probabilidad de que ocurra es mayor.</li> <li>❖ Comentar beneficios de la IE en la PR.</li> <li>❖ Crear cartulina conjunta con expectativas a lograr.</li> </ul>
PR: CREENCIAS IRRACIONALES	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Conocer relación entre situación-pensamiento-emoción-conducta (S-P-E-C).</li> <li>❖ Identificación creencias erróneas.</li> <li>❖ Introducir autorregistro y relajación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exponer relación S-P-E-C incidiendo en la importancia de la interpretación de los acontecimientos (P).</li> <li>❖ Identificar cogniciones erróneas mediante ejemplos cotidianos y analizar su racionalidad.</li> <li>❖ Explicar técnica del autorregistro (S-P-E-C) y mandarlo como tarea.</li> <li>❖ Técnica de relajación para terminar, fomentando su práctica diaria.</li> </ul>
	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proporcionar creencias alternativas.</li> <li>❖ Afianzar técnica del autorregistro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Retomar ejemplos de la sesión anterior para buscar pensamientos alternativos.</li> <li>❖ Comentar en círculo los autorregistros y resolver dudas que hayan surgido.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
PR: SITUACIONES DE RIESGO Y HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Facilitar reconocimiento de situaciones de riesgo.</li> <li>❖ Conocer factores de protección.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Utilizar autorregistro para identificar posibles situaciones de riesgo a las que se hayan visto sometidos los usuarios/as.</li> <li>❖ Identificar factores de protección y riesgo internos y externos mediante historietas.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>

	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Diferenciar estilos de afrontamiento adaptativos y desadaptativos.</li> <li>❖ Extrapolar aprendizaje a la vida diaria.</li> <li>❖ Potenciar asertividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exponer situaciones relacionadas con drogas y analizar la forma más adaptativa de afrontarlas.</li> <li>❖ Puesta en común de situaciones vividas y conflictos internos que hayan podido surgir, para buscar la solución más asertiva de manera grupal.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
PR: CRAVING	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar tipos de craving.</li> <li>❖ Detectar pensamientos y situaciones que puedan intensificarlo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Exponer tipos de craving: por síntomas de abstinencia, por falta de placer, por señales asociadas a drogas y por deseos hedónicos. Ilustrar con ejemplos.</li> <li>❖ Cada uno expondrá cómo vive los momentos en los que los deseos de consumir son irresistibles, analizando pensamientos y emociones asociados.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explicar y entrenar en técnicas para su control.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Introducir en técnicas de distracción e imaginación para sustituir esos pensamientos o desviar la atención.</li> <li>❖ Role-playing para poner en práctica lo aprendido.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
IE: CONCIENCIA EMOCIONAL	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Clasificar y determinar importancia y función de las emociones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explicar función de emociones positivas y negativas e importancia de aceptarlas en su totalidad.</li> <li>❖ Role-playing sobre situaciones de diverso contenido emocional.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Tomar conciencia de las emociones, dar nombre a las propias y comprender las de los demás.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Generar un “emocionario” conjunto relacionado con la adicción.</li> <li>❖ Etiquetar emociones mediante visualización de imágenes.</li> <li>❖ En parejas, expresar nuestras emociones al otro, sin reprimirnos ni juzgarnos.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
IE: REGULACIÓN EMOCIONAL	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Desarrollar manejo apropiado de las emociones.</li> <li>❖ Comprender impacto de nuestra expresión emocional en otros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Identificar expresión emocional adecuada según contexto y analizar impacto que puede tener en los demás.</li> <li>❖ Comentar las diferentes opiniones encontradas para entender que no todos reaccionamos igual a la misma situación.</li> <li>❖ Reflexionar sobre la capacidad para diferir recompensas inmediatas a favor de otras más a largo plazo, pero superiores.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Manejar impulsividad y desarrollar autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Retomar autorregistro incidiendo en cómo influyen las emociones en la conducta que realizamos.</li> <li>❖ Entrenar en estrategias para afrontar emociones negativas, disminuyendo su intensidad y duración.</li> <li>❖ Trabajar control de los estados emocionales ante retos o situaciones de conflicto.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
IE: AUTONOMÍA EMOCIONAL	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Facilitar autogestión emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Explicar importancia de buscar el equilibrio entre dependencia emocional y desvinculación.</li> <li>❖ Entrenar capacidad de autodirigir la propia conducta e implicarse emocionalmente en diversas actividades.</li> <li>❖ Fomentar el revisar nuestra conducta y asumir las consecuencias que se derivan de ella.</li> <li>❖ Técnica de relajación.</li> </ul>
	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Potenciar actitud positiva ante la vida y autoestima.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Proporcionar estrategias para potenciar autoestima.</li> <li>❖ Fomentar la capacidad de esforzarse en tomar una actitud positiva ante la vida.</li> </ul>

			❖ Técnica de relajación.
CIERRE	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Integrar conocimientos adquiridos.</li> <li>❖ Valorar programa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Repasar contenidos más relevantes para analizar importancia de la IE en la PR.</li> <li>❖ Leer cartulina del primer día para ver qué expectativas han logrado y qué deben seguir haciendo para conseguir el resto.</li> </ul>

- **Recursos:**

Como recursos humanos, serán necesarios dos psicólogos/as que lleven a cabo el programa. Como recurso material, se necesitaría una sala amplia, dotada de ordenador, proyector y pizarra, así como folios, cartulinas y bolígrafos.

## CONCLUSIONES

La conceptualización de las adicciones, su estudio y caracterización, ha sido una de las líneas de trabajo e investigación más importantes en la última década. Sin embargo, son pocos los trabajos centrados en el estudio de los aspectos emocionales, sobre todo ante estímulos no relacionados con la sustancia y su consumo, a pesar de que hay investigaciones que apuntan a que existen alteraciones en la respuesta emocional de los sujetos drogodependientes, tales como una disminución de la activación ante estímulos agradables y desagradables y una mayor percepción de control sobre la propia respuesta emocional (Aguilar, Verdejo, Peralta, Sánchez y Pérez, 2005; Gerra y cols., 2003; Marques-Teixeira y Barbosa, 2005), así como un aumento de la sensibilidad hacia imágenes displacenteras que sugiere un deterioro hipotético del sistema de recompensas y una disfunción para sobrellevar el estrés que conllevan los trastornos adictivos (Guerra, 2003; Koob y Le Moal (2001). Estas diferencias en la experimentación de emociones, además de participar en el desarrollo y mantenimiento de la drogodependencia, suponen un obstáculo para el mantenimiento de una abstinencia prolongada. Para atender algunos de estos aspectos, se ha propuesto un diseño de intervención, basado en el modelo de Marlatt (1993) en combinación con un módulo de Inteligencia Emocional, con el objetivo de prevenir las recaídas mediante la potenciación de la IE, entre otras habilidades. Aun así, sería conveniente proponer estudios encaminados a comprobar cuáles serían las interacciones entre la IE y otras variables psicosociales que pueden intervenir en el proceso de iniciación a la adicción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, F. (2009). *Alteraciones emocionales en drogodependientes* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, España.
- Aguilar, F., Pérez, M. y Sánchez, M. (2003). *Evaluación emocional en Drogodependientes*. Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para las Drogodependencias. Sevilla: A. G. Novograf.
- Aguilar, F., Verdejo, A., Peralta M., Sánchez, M. y Pérez, M. (2005). Experience of emotions in substance abusers exposed to images containing neutral, positive, and negative affective stimuli. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 2, 159-167.
- Aguilar, F., Verdejo, A., López, A., Montañez, M., Gómez, E., Arráez, F. y Pérez, M. (2008). Respuesta emocional ante estímulos afectivos en sujetos adictos a opiáceos bajo consumo controlado en el P.E.P.S.A. *Adicciones*, 20, 1, 27-36.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bechara, A., Damasio, H. y Damasio, A. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10, 3, 295-307.
- Becoña E. y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Berástegui, J. (2015). *Evaluación del desarrollo de la educación emocional en un centro educativo* (Tesis Doctoral). Universidad del País Vasco, España.
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXL*, 10, 61-82.
- Bradley, M. y Lang, P. (1994). Measuring emotion: The self-assessment manikin and the semantic differential. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 1, 49-59.
- Breslin, F., Sobell, L., Sobell, M., & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 12, 1211–1220.
- Carrillo, M. (2000). Alcoholismo Tipo II, búsqueda de sensaciones y Personalidad Antisocial: Bases neurológicas. *Revista española de Drogodependencias*, 25, 4, 401-423.

Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133.

Damasio, A. (1994). *El error de Descartes*. Nueva York: Putnam.

De la Gándara, J. (1996). *Comprar por comprar*. Madrid: Cauce.

Donegan, N., Rodin, J., O'Brien, C., y Solomon, R. (1983). A learning theory approach to commonalities. En P. Levison et al. (Eds.), *Commonalities in substance abuse and habitual behavior* (pp. 111-156). Lexington: Lexington Books.

Donovan, D., Marlatt G., Baer, J. y Kivlahan D. (1988). Addictive Behaviors: Etiology and Treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.

Echeburúa, E. (1999). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet)*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeburúa, E. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 13, 3, 511-528.

Flora, K. y Stalikas, A. (2015). Positive Emotions and Addiction. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 19, 1, 57-85.

García del Castillo, J., García del Castillo A., Gázquez, M. y Marzo, J. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions*, 13, 2, 89-97.

Gerra y cols. (2003). Neuroendocrine responses to experimentally-induced emotions among abstinent opioid-dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 1, 25-35.

Goldstein, R. y Volkow, N. (2002). Drug Addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American journal of psychiatry*, 159, 10, 1642-1652.

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why it can matter more than IQ*. New York: Bantam Books.

Graña, J. L. (1994). *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Ed. Debate.

Isorna, M. y Saavedra, D. (2012). *Prevención de drogodependencias y otras conductas adictivas*. Madrid: Ed. Pirámide.

- Janis, I. y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. Nueva York: Free Press.
- Koob, G, Le Moal, M. (2001). Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24, 2, 97-129.
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: a systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45, 1131-1160.
- Landis, C. y Hunt, W. (1939). *The Startle Pattern*. Nueva York: Farrar.
- Lang, P. (1980). Behavioral treatment and bio-behavioral assessment: computer applications. En J. Sidowski, J. Johnson y T. Williams (Eds.), *Technology in mental health care delivery systems* (pp. 119-137). Nueva Jersey: Ablex.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychology*, 50, 5, 372-385.
- Lang, P., Bradley, M. y Cuthbert, B. (1990). Emotion, attention and the startle reflex. *Psychological Review*, 97, 3, 377-395.
- Luengo, M., Otero, J., Romero, E. y Gómez, J. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 86, 683-708.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Martín, J. (2018). *Propuesta de un programa de prevención de recaídas en personas adictas a sustancias y sus familiares, basado en el modelo cognitivo conductual y la Atención Plena* (Trabajo Final de Máster). Universidad de La Laguna, España.
- Martínez, J., Vilar, R., Lozano, O. y Verdejo A. (2018). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Addiciones*, 30, 3, 170-178.
- Marques-Teixeira, J. y Barbosa, M. (2005). Emotional states and informational brain processing in drug addicts free of drugs: An ERPs study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 3, 213-220.

Moltó, J. y cols. (1999). Un nuevo método para el estudio experimental de las emociones: El International Affective Picture System (IAPS), adaptación española. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52, 1, 55-87.

Pérez, N., Bisquerra, R., Filella, G. y Soldevila, A. (2010). Construcción del Cuestionario de Desarrollo Emocional de Adultos (QDE-A). *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21, 2, 367-379.

Pomerleau, O. y Pomerleau, C. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1992). Stages of change in the modification of problems behaviors. *Progress in behavior modification*, 28, 183-218.

Prochaska, J., DiClemente, C. y Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47, 1102-1114.

Prochaska, J.O. y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Salazar, G., Martínez, M., y Ayala, V. (2001). Adaptación y validación de la escala *Stages of change readiness and treatment eagerness scale*, SOCRATES, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Secades, R. y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 3, 365-380.

Solomon, R. y Corbit, J. (1974). An opponent-process theory of motivation I. Temporal dynamics of affect, *Psychological Review*, 81, 2, 119-145.

Vila, J. y cols. (2001). El Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (IAPS): Adaptación española. Segunda parte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 4, 635-657.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Nueva Jersey: Erlbaum.

## ANEXO

## 1. Adaptación española de la escala SÓCRATES (Salazar, Martínez y Ayala, 2001).

	NO! No estoy Muy de acuerdo	No Estoy de acuerdo	¿ Indeciso(a) o Inseguro(a)	Si estoy de Acuerdd	SI! Estoy muy de acuerdo
1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. A veces me pregunto si soy un(a) drogadicto(a).	1	2	3	4	5
3. Si no cambio mi uso de drogas pronto, mis problemas van a empeorar.	1	2	3	4	5
4. Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
5. Estuve usando drogas demasiado anteriormente, pero he podido cambiar eso.	1	2	3	4	5
6. A veces me pregunto si mi use de drogas está lastimando a otra gente.	1	2	3	4	5
7. Tengo un problema con drogas.	1	2	3	4	5
8. No solamente estoy estoy pensando de cambiar mi uso de drogas, ya estoy haciendo algo.	1	2	3	4	5
9. Ya he cambiado mi uso de drogas, y estoy buscando maneras para evitar de volver a mi patrón viejo.	1	2	3	4	5
10. Tengo problemas serios con drogas.	1	2	3	4	5
11. A veces me pregunto si estoy en control de mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
12. Mi uso de drogas esta causando mucho daño.	1	2	3	4	5
13. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
14. Quiero ayuda para evitar de volver a los problemas que tenía antes.	1	2	3	4	5
15. Sé que tengo un problema con drogas.	1	2	3	4	5
16. Hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
17. Soy un drogadicto(a).	1	2	3	4	5
18. Estoy trabajando duro para cambiar mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
19. Ya he hecho algunos cambios en mi uso de drogas, y quiero ayuda para evitar de volver al modo que usaba antes.	1	2	3	4	5

## 2. Escala de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving para la valoración del riesgo de recaída (Martínez, Vilar, Lozano y Verdejo, 2017).

### *Apartado de creencias relacionadas con la adicción.*

	0	1	2	3	4
	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Beber alcohol es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.	0	1	2	3	4
No puedo funcionar sin beber alcohol.	0	1	2	3	4
Bebiendo alcohol es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.	0	1	2	3	4
La única forma de manejar mi ira es bebiendo alcohol.	0	1	2	3	4
No podría ser social sin tomar alcohol.	0	1	2	3	4
Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos de que consuma.	0	1	2	3	4
No me puedo relajar sin beber alcohol.	0	1	2	3	4
No puedo controlar mi ansiedad sin beber alcohol.	0	1	2	3	4
No puedo divertirme en esta vida a menos que beba alcohol.	0	1	2	3	4
Algún día volveré a consumir de forma controlada.	0	1	2	3	4
Creo que podré consumir un día y no seguir haciéndolo.	0	1	2	3	4
Algún día consumiré aunque solo sea una vez.	0	1	2	3	4
Espero poder aprender a beber alcohol de forma controlada.	0	1	2	3	4
Cuando esté preparado podré tomar alcohol de forma controlada.	0	1	2	3	4
Si me encuentro físicamente bien no tiene porqué pasarme nada si consumo.	0	1	2	3	4
Si me encuentro psicológicamente bien no tiene porqué pasar nada si consumo.	0	1	2	3	4
Esta enfermedad es transitoria. Cuando me encuentre bien podré beber alcohol sin abusar.	0	1	2	3	4
Creo que tengo la capacidad necesaria para superar mi drogodependencia.	0	1	2	3	4

Nota. \* Estos ítems se refieren a la dependencia al alcohol. El tipo de droga varía en función del tipo de dependencia del paciente.

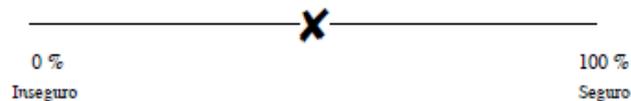
### *Apartado de creencias relacionadas con el deseo de consumo.*

	0	1	2	3	4
	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Tengo ganas de consumir cuando me siento físicamente mal.	0	1	2	3	4
2. Cuando se me mete en la cabeza consumir no puedo evitar hacerlo.	0	1	2	3	4
3. Tengo ganas de consumir cuando me siento bien.	0	1	2	3	4
4. Tengo ganas de consumir cuando tengo problemas con alguien.	0	1	2	3	4
5. Me es difícil hacer frente a las ganas de consumir.	0	1	2	3	4
6. Tengo ganas de consumir cuando me siento mal psicológicamente.	0	1	2	3	4
7. Tengo ganas de consumir cuando dispongo de dinero.	0	1	2	3	4
8. Ahora tengo ganas de consumir.	0	1	2	3	4

### 3. Breve Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (Breslin, Sobell, Sobell y Agrawa, 2000).

Imagínese que en este momento está en cada una de estas situaciones e indique en la escala que tan seguro se siente de poder resistir la necesidad de beber en exceso o consumir alguna droga, marcando con una "X" a lo largo de la línea 0% si está "INSEGURO" ante esa situación o 100% si está "TOTALMENTE SEGURO" de poder resistir beber en exceso, como en el ejemplo.

Me siento...



**En este momento sería capaz de resistir la necesidad de beber en exceso o consumir drogas en aquellas situaciones que involucran...**

**1. EMOCIONES DESAGRADABLES** (por ejemplo: si estuviera deprimido en general; si las cosas me estuvieran saliendo mal).

Me siento...



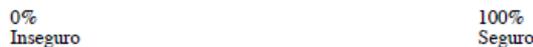
**2. MALESTAR FÍSICO** (por ejemplo: si no pudiera dormir; si me sintiera nervioso y tenso).

Me siento...



**3. EMOCIONES AGRADABLES** (por ejemplo: si me sintiera muy contento; si quisiera celebrar; si todo fuera por buen camino).

Me siento...



**4. PROBANDO MI CONTROL SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL** (por ejemplo: si pensara que ya no tengo problemas con el alcohol o con las drogas; si me sintiera seguro de poder beber sólo unas cuantas copas o que pudiera controlar el consumo de drogas).

Me siento...



**5. NECESIDAD FÍSICA** (por ejemplo: si tuviera urgencia de beber una copa; si pensara qué fresca y sabrosa puede ser la bebida).

Me siento...



**6. CONFLICTO CON OTROS** (por ejemplo: si alguien me presionara a beber o utilizar drogas con ellos; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o drogas).

Me siento...



**7. PRESIÓN SOCIAL** (por ejemplo: si alguien me presionara a beber o utilizar drogas con ellos; si alguien me invitara a su casa y me ofreciera una copa o drogas).

Me siento...



**8. MOMENTOS AGRADABLES CON OTROS** (por ejemplo: si quisiera celebrar con un amigo; si me estuviera divirtiendo con un amigo (a) y quisiera sentirme mejor).

**4. Versión reducida del Cuestionario de Desarrollo Emocional de Adultos, CDE-R (Grupo de Investigación en Orientación Psicopedagógica, GROU, 2007).**



**INSTRUCCIONES:**

Valora tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes cuestiones, marcando el número de acuerdo con la siguiente puntuación:

0... ..1... ..2... ..3... ..4... ..5 .....6... ..7... ..8 .....9... ..10  
 Completamente Completamente  
 en desacuerdo de acuerdo

1.- Me resulta difícil relajarme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.- Cuando me doy cuenta que he hecho algo mal me preocupo durante mucho tiempo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.- Estoy satisfecho con mi manera de afrontar la vida y ser feliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.- Me siento herido fácilmente cuando los otros critican mi conducta o trabajo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.- Sé ponerme en el lugar de los otros para comprenderlos bien	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.- Tengo la sensación de aprovechar bien mi tiempo libre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.- Me resulta fácil darme cuenta de cómo se sienten los otros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.- Conozco bien mis emociones	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.- A menudo pienso cosas agradables sobre mí mismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.- Cuando resuelvo un problema pienso cosas como: Magnífico!, Lo he conseguido!, He sido capaz de...!, etc.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.- Sé poner nombre a las emociones que experimento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.- Para sentirme bien necesito que los otros vean con buenos ojos lo que digo y hago	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.- Noto si los otros están de mal o buen humor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.- Tengo a menudo peleas o conflictos con otras personas próximas a mí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.- Me siento una persona feliz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.- Hablar con otras personas poco conocidas me resulta difícil, hablo poco y siento nerviosismo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.- Cuando debo hacer algo que considero difícil me pongo nervioso y me equivoco.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.- Me cuesta defender opiniones diferentes a la de las otras personas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.- Cuando mi estado de ánimo no es demasiado bueno intento hacer actividades que me resulten agradables	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.- Me asustan los cambios	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.- A menudo me siento triste sin saber el motivo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.- Acepto y respeto que los otros piensen y actúen de forma diferente a mí	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.- A menudo me dejo llevar por la rabia y actúo bruscamente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.- Tengo claro para qué quiero seguir viviendo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.- Me resulta difícil saber como se sienten los otros	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.- Puedo describir fácilmente mis sentimientos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.- Soy capaz de mantener el buen humor aunque hablen mal de mí.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10