

Regulación emocional y recaídas

Propuesta de un programa de prevención de recaídas a través de la regulación emocional y aplicación piloto del mismo.

Trabajo Final de Máster.

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
por la Universidad de La Laguna,
curso académico 2019/2020

Alumna: Alba Andreu Gavín

Tutores: Ángela Rita Martín Caballero

Juan Manuel Bethencourt Pérez

Resumen: El objetivo de este estudio es diseñar, aplicar y evaluar la eficacia de un programa piloto de prevención de recaídas, en población drogodependiente, interviniendo a través de la regulación emocional. La muestra fue de doce pacientes en tratamiento en el centro de día “Cercado del Marqués” de la asociación “San Miguel Adicciones”, en San Cristóbal de la Laguna. En cuanto a la evaluación se utilizó la versión española de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), la Escala de Habilidades Sociales (EHS) y el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). En conjunto, los resultados muestran una mejora en la capacidad de regulación emocional tras la aplicación del programa piloto.

Palabras clave: prevención, recaídas, drogodependencias, regulación emocional, programa piloto.

Abstract: The aim of this study was to design, implement and evaluate a pilot relapse prevention program, in drug-dependent patients, through an emotional regulation intervention. The sample was twelve patients in treatment in the Day Center “Cercado del Marqués” in “San Miguel Adicciones” association, in San Cristóbal de la Laguna. Regarding the evaluation was used the Spanish version of Difficulties in Emotional Regulation (DERS), Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Social Skills Scale (EHS) and Interpersonal Reactivity Index (IRI). In general, results have showed an improvement in emotional regulation ability after intervention program.

Key words: prevention, relapse, drug-dependence, emotional regulation, pilot program.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) define droga en el lenguaje coloquial español como sinónimo de drogas psicoactivas, definidas como sustancias que afectan a los procesos mentales, ya sean éstas legales o ilegales.

Respecto a qué tipos de sustancias nos estamos refiriendo, según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), pueden existir diez clases: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias.

Sin embargo, el fenómeno de estudio en cuestión es sobre la dependencia a estas sustancias, de forma que el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) señala como característica esencial del trastorno por consumo de sustancias, la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos que le generan las mismas.

Aunque a lo largo de la historia de la humanidad siempre se haya consumido drogas, actualmente la dependencia a las drogas es considerada un problema social y de salud pública.

Para conocer la situación en nuestro país, disponemos del Programa de Encuestas sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) dirigido por la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas (Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

En este documento, actualizado en el año 2017/2018, se manifiesta que las drogas más consumidas entre los 15 y los 64 años son el alcohol (75,2%), el tabaco (40,9%), los hipnosedantes, con o sin receta médica, (11,1%) y el cannabis (11,0%). Sin embargo, es

habitual que se consuman dos o más sustancias psicoactivas, dando lugar al policonsumo.

Con el objetivo de conocer qué tratamientos se están llevando a cabo en la actualidad para combatir esta problemática, en primer lugar se tiene que conocer cuál es el modelo que pretende explicar en qué consiste una adicción.

Tal y como expone Becoña (2016), últimamente ha aparecido el modelo de enfermedad cerebral, también recogido en el DSM-5. Un modelo reduccionista que de ir ganando relevancia podría conllevar novedades en la manera de prevenir y de tratar la dependencia, además de modificaciones en las políticas de las drogas.

Si bien esta nueva concepción podría suponer cambios, hasta el momento el modelo que prevalece, y en el que están basados los tratamientos en la actualidad, es el modelo biopsicosocial, que tiene como objetivo atender las necesidades de la persona afectada desde distintas áreas de actuación y con profesionales coordinados para trabajar interdisciplinariamente, considerando que son múltiples los factores que intervienen en la adicción.

En cuanto a los tratamientos actuales, según el National Institute on Drug Abuse (2018), prevalecen las terapias conductuales. Éstas pueden abordar la motivación del paciente, proporcionar incentivos para la abstinencia, desarrollar habilidades para resistir al consumo, reemplazar el consumo con actividades gratificantes y constructivas y mejorar habilidades de resolución de conflictos y de relaciones interpersonales.

De manera más específica, según Becoña et al. (2010), ponen de manifiesto cuáles son las intervenciones psicológicas que funcionan en las adicciones, teniendo gran relevancia la entrevista y terapia motivacional; las terapias conductuales y cognitivo-conductuales: como el entrenamiento en habilidades sociales y afrontamiento, la terapia

de exposición a señales, la prevención de recaídas, los programas de reforzamiento comunitario, el manejo de contingencias, la terapia cognitiva y la terapia conductual familiar y de pareja.

Sin embargo, la tasa de recaídas a largo plazo sigue siendo alta en cualquier conducta adictiva (Secades Villa, García Rodríguez, Fernández Hermida y Carballo, 2007).

Marlatt y Gordon crearon el programa Prevención de Recaídas para mejorar la fase de mantenimiento del proceso de cambio de hábitos, con el objetivo de enseñarles a identificar situaciones de alto riesgo de consumo y a utilizar estrategias de afrontamiento cognitivo-conductual para prevenir futuras recaídas en situaciones similares (Marlatt y Donovan, 2005).

Estos autores, señalaron los determinantes que influyen en una recaída. Se pueden clasificar en intrapersonales (como los factores de autoeficacia, expectativas de resultado, motivación, afrontamiento, estados emocionales y craving) e intrapersonales (haciendo referencia al apoyo social).

Como se puede observar, pretende abarcar muchos factores implicados en las recaídas, sin embargo, a pesar de ser un programa catalogado con un nivel 1 de evidencia de éxito (Bermejo et al., 2008), en la mayor parte de los estudios se detecta que no se ha llevado a cabo el programa de forma rigurosa (Secades Villa y Fernández Hermida, 2001).

Además, también se ha diseñado un programa de prevención de recaídas basado en técnicas de mindfulness, especialmente dirigido a pacientes que ya han completado su tratamiento y buscan mantener los objetivos alcanzados (Bowen, Chawla y Marlatt, 2013).

En ambos programas, se tiene en cuenta el papel fundamental que juegan las emociones en la vuelta al consumo, específicamente, no tener la capacidad para autorregularse adecuadamente.

La inteligencia emocional es definida como *“la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual”* (Mayer y Salovey, 2007, 32, citado en García del Castillo, García del Castillo López, Gázquez Pertusa y Marzo Campos, 2013, 92).

Respecto a cómo valoran las emociones la población drogodependientes, se ha visto que presentan alteraciones en su percepción, valorando los estímulos de forma más extrema en comparación con la población no drogodependiente (Chicharro, Pérez García y Sanjuán, 2012).

Las sustancias adictivas pueden servir como una forma de autorregulación externa, siendo una vía para afrontar los estados emocionales desagradables (Extremera y Fernández-Becorral, 2003 citado en Buendía Poyo, 2018).

Así pues, una baja inteligencia emocional se ha relacionado con fumar compulsivamente y hacer un mayor uso del alcohol y otras drogas ilegales, especialmente con las habilidades de descodificación y diferenciación y regulación de las emociones (Kun y Demetrovics, 2010). De forma inversa, tener una adecuada inteligencia emocional permite tener más y mejores métodos de afrontamiento, además de actuar como factor protector de la salud física y mental (Fernández Serrano, Moreno López, Pérez García y Verdejo García, 2012).

Se ha demostrado que las emociones están implicadas en las adicciones, por lo que el entrenamiento en inteligencia emocional podría servir como estrategia para afrontar y prevenir esta problemática (García del Castillo, García del Castillo López, Gázquez Pertusa y Marzo Campos, 2013).

Esto nos ha llevado a considerar relevante la necesidad de crear un programa de prevención de recaídas que esté focalizado específicamente en mejorar la regulación emocional de los pacientes. Teniendo en cuenta que no existen demasiados programas específicos para prevenir las recaídas y que los existentes trabajan la regulación emocional como una parte del mismo, sin ser el único tema principal, el objetivo de este trabajo es crear un programa centrado en la mejora de la autorregulación emocional, como elemento necesario para reducir y prevenir recaídas.

Método

Se trata de un diseño de cohorte, quasi-experimental pretest- posttest, sin grupo control. En primer lugar, el objetivo fue estudiar una muestra de población clínica en relación a la regulación emocional y posteriormente diseñar un programa de intervención específico. Una vez diseñado, tuvimos la oportunidad de poder aplicarlo en la práctica clínica y realizar un estudio piloto sobre los efectos del mismo, aunque teniendo presente que está sujeto a limitaciones.

Participantes

La muestra estuvo formada por usuarios que asistían al Centro de Día “Cercado del Marqués” de la Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel Adicciones, en Tenerife (España).

Para el estudio se comenzó con una muestra de dieciocho, de los cuales doce se designaron a grupo experimental y seis iban a servir de grupo control, sin embargo, al finalizar el programa, tres usuarios del grupo experimental y todos los del grupo control habían abandonado el tratamiento, quedando, finalmente, un único grupo experimental de nueve participantes.

Fue una elección de muestra de conveniencia, donde participaron de forma voluntaria, firmando el consentimiento informado, siendo seleccionados por estar en tratamiento en ese momento y por consenso con la psicóloga clínica de referencia.

Los doce participantes fueron hombres, debido a la carencia de mujeres en tratamiento en ese momento, de diferentes edades (desde 31 a 60 años con una media de 43 años), de distintos niveles socio-económicos y diferentes tipos de sustancias consumidas (variables que no se tuvieron en cuenta para participar en el programa). Además, el período de abstinencia logrado también era muy variable, puesto que alguno de ellos todavía no había abandonado el consumo en su totalidad.

Materiales

Respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación, la escala principal y más relacionada con el propósito del programa es la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Difficulties in Emotion Regulation Scale, Gratz y Roemer, 2004), utilizando para este estudio la adaptación al castellano de Hervás y Jodás (2008) que muestra unas adecuadas propiedades psicométricas y que consta de 28 ítems con una escala Likert del 1 al 5. Evalúa la regulación emocional en total, así como aspectos más específicos a través de cinco subescalas. Los factores que se evalúan son: la desatención emocional, la confusión emocional, el rechazo emocional, la interferencia cotidiana y el descontrol emocional. (Hervás y Jodás, 2008).

Se consideró oportuno evaluar otras características que pudieran estar relacionadas con la capacidad de regulación emocional como la autoestima, las habilidades sociales y la empatía.

El nivel de autoestima se midió con la adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg, 1979), donde figuran 10 ítems con respuesta tipo Likert. En cuanto a las propiedades psicométricas son satisfactorias. (Vázquez Morejón, Jiménez García-Bóveda y Vázquez-Morejón Jiménez, 2004).

En relación a las habilidades sociales, fueron evaluadas a través de la Escala de Habilidades Sociales (EHS, Gismero, 2000), que consta de 33 ítems con escala Likert.

Finalmente, se utilizó el cuestionario del Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, Davis, 1980) para evaluar la empatía. La adaptación al castellano posee unas propiedades similares a la versión original y trata de 28 ítems con escala Likert. Este cuestionario se compone de 4 subescalas que miden: la toma de perspectiva, la fantasía, la preocupación empática y el malestar personal. (Pérez Albéniz, de Paúl, Etxebarria, Montes y Torres, 2003).

Todos estos instrumentos fueron administrados tanto previamente al programa como a la finalización del mismo.

Procedimiento

Tras la evaluación inicial, se diseñó el programa acorde con el objetivo y se implementó.

Se consideró como criterio diseñar un programa corto, debido a la tendencia al abandono de este tipo de pacientes, y realizarlo en dos sesiones por semana, para que

fuera intensivo, favoreciendo la implicación y motivación. Para ello, el programa contó con ocho sesiones totales, teniendo cada una de ellas una hora de duración.

La estructura siempre fue la misma. Se comenzaba con la revisión de la tarea, una introducción y parte teórica, seguido de una parte práctica mediante actividades dinámicas, una puesta en común sobre la sesión, la explicación de la siguiente tarea para casa y el reparto de una ficha donde se encontraban resumidos los contenidos de la sesión y la instrucción de la tarea (consultar anexo número 1).

El diseño y la organización de las sesiones se hicieron en base a las necesidades que se observaban en la práctica clínica, teniendo en cuenta el grado de motivación, así como los aprendizajes previos que tuvieran en relación a la regulación emocional.

El fin consistía en conseguir que los participantes tuvieran una visión holística sobre todos los factores que juegan un papel imprescindible en la regulación emocional, relacionando las emociones con pensamientos, síntomas físicos y conductas, además de enseñarles estrategias concretas y útiles para la autorregulación.

La primera sesión llamada “regulación emocional y recaídas” tuvo como objetivo psicoeducar a los participantes sobre qué son las emociones y sentimientos, aumentar el grado de conciencia sobre la relación inversamente proporcional que existe entre la regulación emocional y el consumo, así como aprender a identificar cuáles son las que a cada uno de ellos les perjudican en mayor medida.

A pesar de las diferencias individuales, se dieron a conocer sentimientos en los que la mayoría estuvieron de acuerdo de que eran factores de riesgo en las recaídas. Esto permitió que la parte práctica de las siguientes sesiones fueran dirigidas específicamente a tratar situaciones que desencadenaran estos sentimientos con el objetivo de ajustar el programa a las características propias del grupo.

La segunda sesión, llamada “aceptando las emociones”, trató de conocer las creencias erróneas más comunes relativas a las emociones, analizar el origen multicausal de estas creencias y aprender qué son las distorsiones cognitivas.

Se trabajaron los pensamientos asociados a los sentimientos que les surgían como la culpabilidad o el enfado por sentirse de una determinada manera. También, se trabajaron otras creencias aprendidas de nuestro entorno, nuestra familia o que están implícitas en nuestra cultura, como por ejemplo, asociar el llanto a la debilidad. En cuanto a las distorsiones cognitivas, se trabajaron el uso frecuente del debería, el razonamiento emocional y los pensamientos dicotómicos.

La tercera y cuarta sesión estuvieron relacionadas con “las consecuencias de la regulación emocional en los demás y en uno mismo”, y su finalidad fue la de tomar conciencia sobre los efectos negativos que produce experimentar sentimientos intensos sin tener el control sobre los mismos en las personas que les rodean (afectando a las relaciones interpersonales) y con uno mismo (en la autoimagen y autoestima). Además, se hizo hincapié en la necesidad de fomentar una motivación intrínseca que permita el cambio de hábitos hacia unos nuevos más saludables, incluyendo la relación de la regulación emocional con el bienestar.

Se volvieron a recordar las distorsiones cognitivas aplicadas a situaciones que pudieran ocurrir en la interacción con otras personas y, también, se comentaron estrategias que facilitarían la regulación emocional, teniendo un orden como si fuera un protocolo de actuación en situaciones complicadas. Además, se permitió un espacio de reflexión para comentar técnicas que les suelen ser útiles en la autorregulación.

La quinta sesión, llamada “conciencia corporal y emociones”, fue diseñada para dar importancia a los síntomas físicos como parte de la reacción que provoca experimentar

emociones intensas. Así pues, tuvo como objetivo psicoeducar sobre las somatizaciones, relacionar la emoción con el síntoma fisiológico y, la posterior conducta, y conocer estrategias de relajación y respiración que permitan la desactivación.

En la sexta sesión, llamada “pensamientos y emociones”, se trabajó otro elemento fundamental para la regulación emocional, los pensamientos. Consistió en aumentar la conciencia sobre la importancia de los pensamientos en la regulación emocional, descubrir cuáles son los que precipitan un consumo y conocer estrategias para detener o cambiar ese pensamiento inadecuado, por ejemplo, con técnicas de distracción o sustituyendo ese pensamiento inadecuado por otro alternativo más apropiado.

En la séptima sesión, titulada “autoconocimiento global y estrategias”, se integraron todos los conocimientos de las sesiones anteriores, destacando todos los factores relacionados con la regulación emocional, es decir, la intensidad de las emociones, la interpretación de las mismas y los pensamientos, los síntomas físicos y las conductas reactivas, recalando nuestro poder en la modificación de pensamientos y sensaciones corporales. Se puso en práctica todo lo trabajado mediante role playing.

Por último, la octava sesión, llamada “las propias fortalezas” consistió en dar una mirada positiva a la evolución que tuvieron en los últimos meses, reflexionando sobre cómo han ido cambiando los pensamientos y las conductas con el paso del tiempo y cómo las nuevas habilidades adquiridas durante el programa ayudaron a tener una mejor regulación emocional y, por tanto, un menor riesgo a recaer. Estos cambios fueron visibles al tener que señalar entre las fortalezas (se utilizaron las del modelo de Seligman) las que tenían hace unos meses y, después, las que tienen en la actualidad.

Para terminar, se les realizó un ejercicio que consistió en un examen sorpresa, de opción de respuesta verdadero/falso, que incluía todos los conocimientos más básicos y fundamentales vistos durante el programa (consultar anexo número 2).

Por último, respecto a la forma de llevar a cabo esos contenidos, se empleó distintos recursos como actividades escritas, role-playings, auto-registros, modelado, reestructuración cognitiva, relajación de Jacobson y grupos de discusión con puestas en común.

Resultados

Al ser el principal propósito de este trabajo la creación de un programa de intervención, y no la puesta en marcha del mismo, y al contar a la hora de su aplicación con una muestra reducida, pasamos a hacer un análisis descriptivo de los resultados, resaltando la significación clínica más que estadística, a la espera de poder aplicarlo con una muestra representativa, un control más exhaustivo de variables y un grupo control.

Los resultados, a nivel general, obtenidos tras la administración de los distintos instrumentos, mejoraron en el posttest frente al pretest.

En la escala DERS se observan cambios en los resultados tanto en cada subescala, como en su totalidad.

Comenzando con la subescala que mide la desatención emocional (A-D) (ver tabla 1), solo dos de los nueve tuvieron puntuaciones posttest superiores al pretest. En cuanto a la media aritmética, se puede observar que disminuye de 10,11 a 7,89, indicando una mejora en la atención emocional.

Tabla 1. Resultados A-D.

DERS (A-D)	PRE	POST
LF	10	4
AB	14	8
HP	11	7
FS	11	10
FM	6	10
AG	11	4
FXM	7	8
JG	8	9
RH	13	11
MEDIA ARITMETICA	10,11	7,89

Siguiendo con la subescala que evalúa la confusión emocional (C-C) (ver tabla 2), solo uno de los participantes obtuvo un aumento. La media grupal también disminuyó de una puntuación de 9 a una de 7,56, mostrando una menor confusión, es decir, mayor claridad emocional.

Tabla 2. Resultados C-C.

DERS (C-C)	PRE	POST
LF	6	4
AB	7	6
HP	7	7
FS	13	8
FM	10	14
AG	7	4
FXM	8	7
JG	14	14
RH	9	4
MEDIA ARITMETICA	9,00	7,56

Los resultados sobre el rechazo emocional (A-R) (ver tabla 3) también disminuyeron en el postest. Únicamente dos sujetos tuvieron puntuaciones superiores. Exceptuando esos casos, el resto disminuyó y la media aritmética se transformó de 16 a 14, lo que apunta a una mejoría en la aceptación emocional.

Tabla 3. Resultados A-R.

DERS (A-R)	PRE	POST
LF	14	7
AB	8	9
HP	19	10
FS	21	14
FM	29	21
AG	8	9
FXM	23	20
JG	13	29
RH	9	7
MEDIA ARITMETICA	16,00	14,00

En relación a la interferencia cotidiana (F-I) (ver tabla 4), otros dos sujetos tuvieron un ligero incremento, sin embargo, tampoco afectó a la media del grupo ya que los resultados también muestran una menor interferencia cotidiana tras el programa debido al descenso de las puntuaciones de 11,67 a 9,67.

Tabla 4. Resultados F-I.

DERS (F-I)	PRE	POST
LF	5	4
AB	19	10
HP	17	8
FS	13	14
FM	10	15
AG	6	4
FXM	14	14
JG	15	14
RH	6	4
MEDIA ARITMETICA	11,67	9,67

La última subescala (R-D) (ver tabla 5) mide el descontrol emocional. En ella, solo uno de los nueve participantes obtuvo una puntuación superior en el postest. Los ocho restantes descendieron en sus resultados y la media aritmética del pretest que es 21,11, pasa a ser en el postest de 16,56, indicando un mayor control emocional.

Tabla 5. Resultados R-D.

DERS (R-D)	PRE	POST
LF	13	9
AB	21	15
HP	22	14
FS	28	21
FM	24	19
AG	13	9
FXM	27	17
JG	31	36
RH	11	9
MEDIA ARITMETICA	21,11	16,56

Observando los resultados en total (ver tabla 6), se puede ver el efecto esperado de una disminución en los resultados, y por tanto, una menor dificultad en la regulación emocional. Solo uno de ellos no obtuvo un resultado inferior, siendo el único en no mostrar un progreso tras el programa, sin embargo, no afectó a la media aritmética del grupo, siendo la inicial de 67,89 y la final de 55,67.

Haciendo una comparación entre la media en hombres españoles de población no clínica, que es de 57,4, con la media del posttest del grupo experimental, se observa que incluso tienen una puntuación algo menor (55,67).

Tabla 6. Resultados DERS total.

DERS (TOTAL)	PRE	POST
LF	48	28
AB	69	48
HP	76	46
FS	86	67
FM	79	79
AG	45	30
FXM	79	66
JG	81	102
RH	48	35
MEDIA ARITMÉTICA	67,89	55,67

Continuando con la escala EAR, al inicio del programa, de los nueve participantes, seis obtuvieron puntuaciones medias o elevadas (>25) respecto a las medias de la población no clínica; sin embargo, en el posttest, todos ellos mejoraron la satisfacción sobre sí mismos y fueron ocho los que alcanzaron puntuaciones medias o altas (ver tabla 7). Si comparamos la media aritmética pre y post, varió de una puntuación de 27,78 (autoestima media) a 32,44 (autoestima elevada).

Tabla 7. Resultados EAR.

ROSENBERG	PRE	POST
LF	35	40
AB	30	38
HP	30	36
FS	24	26
FM	24	26
AG	31	36
FXM	29	30
JG	18	25
RH	29	35
MEDIA ARITMETICA	27,78	32,44

Respecto a la escala EHS, la muestra de participantes se redujo a ocho, debido a la incapacidad de uno de ellos para responderla. En el pretest, cuatro de ellos obtuvieron percentiles inferiores a 25, a diferencia del postest, donde solo fueron dos. La evolución global se manifestó con el incremento de la media aritmética del grupo, pasando de 52,25 a 62,25 (ver tabla 8).

Tabla 8. Resultados EHS

EHS	PRE	POST
LF	25	85
AB	99	98
HP	75	70
FS	3	15
FM	-	-
AG	97	99
FXM	20	30
JG	1	2
RH	98	99
MEDIA ARITMETICA	52,25	62,25

Los resultados sobre la empatía, medida a través del inventario IRI, variaron según la subescala (ver tabla 9). La referida a la Toma de Perspectiva (TP), cuatro usuarios tuvieron en el postest puntuaciones inferiores, mientras que los otros cinco superiores, pasando de una media aritmética de 21,11 a 24,11 tras el programa, indicando una mejora, en general, en la habilidad para ponerse en el lugar de los demás.

En cuanto a las otras tres subescalas, todas las medias aritméticas disminuyeron. En la de Fantasía (FS), solo un sujeto aumentó su capacidad para identificarse con personajes de cine o literatura, pasando de haber una media global de 20,63 a 17,43; en la subescala de Preocupación Empática (EC), tres sujetos aumentaron la preocupación hacia el malestar de los otros y el resto se mantuvieron igual o disminuyeron respecto al pretest, cambiando la media de 32,78 a 31; y, finalmente, en la subescala de Malestar Personal (PD) dos aumentaron sus puntuaciones en el postest, mostrando una mayor ansiedad al observar acontecimientos negativos en los demás, pero el resto disminuyeron sus puntuaciones, pasando una media de 17,11 a 15.

Tabla 9. Resultados IRI.

	TP (pre)	TP(post)	FS(pre)	FS (post)	EC(pre)	EC(post)	PD(pre)	PD(post)
LF	13	31	7	7	40	33	18	10
AB	21	19	15	19	33	33	14	15
HP	20	26	32	25	37	37	17	13
FS	15	21	9	8	31	35	24	24
FM	21	15	34	34	19	20	26	25
AG	25	29	20	10	31	24	10	6
FXM	22	19	10	9	36	32	14	16
JG	28	26	32	16	35	30	19	19
RH	25	31	13	9	33	35	12	7
M. ARITMETICA	21,11	24,11	20,63	17,43	32,78	31,00	17,11	15,00

Discusión

El reducido tamaño de la muestra dificulta la posibilidad de obtener conclusiones válidas y generalizables. Además, al tratarse de una intervención donde los usuarios se encuentran en un centro de día, existen otras variables que pueden haber influido en su evolución como, por ejemplo, estar recibiendo terapia individual y grupal semanalmente.

Además, cada usuario tiene un avance diferente, algunos de ellos tuvieron períodos de retroceso con recaídas, cambios en la medicación y asistencias irregulares que han podido interferir en los resultados de los cuestionarios. No obstante, se interpretarán los resultados, teniendo presente las limitaciones y factores motivacionales y situacionales que pudieran haber alterado el estudio.

Los resultados en la escala DERS muestran una mejoría en la atención emocional, claridad, aceptación, funcionamiento y control emocional, es decir, en todas las dimensiones, logrando el objetivo principal del programa de intervención.

Esto señala que los participantes identifican y reconocen en ellos mismos sentimientos y emociones más fácilmente que al inicio del programa, además de aceptarlos sin juzgarse a sí mismos por experimentarlos, no les interfiere tan negativamente en sus vidas y tienen un mayor manejo y control de las emociones.

En cuanto al resto de habilidades evaluadas, la autoestima también tiene un incremento en todos los participantes. A pesar de que solo dos sesiones tuvieron un contenido relacionado con la autoimagen, la satisfacción con uno mismo y las fortalezas, estos resultados podrían mostrar que un aumento en la regulación emocional influye en un aumento en la autoestima. Balaguer Pich, Sánchez Gómez y García Palacios (2018), también estudiaron esta relación, comprobando que todas las dimensiones evaluadas a

través de las subescalas del DERS, especialmente la de rechazo y desatención emocional, tienen, de manera significativa, una relación inversamente proporcional con la autoestima.

Los resultados de la escala EHS varían dependiendo del sujeto, aunque, en cómputo global, han mejorado tras el programa. A uno de ellos no se le pudo administrar la escala ya que en su vida diaria no se enfrenta a situaciones en las que pueda poner en práctica sus habilidades sociales, exceptuando en la actualidad al estar en el centro de día. También se puede observar cómo dos de ellos siguen teniendo carencias importantes en esta área, coincidiendo que ambos presentan psicopatología dual al tener un diagnóstico de esquizofrenia. El resto de la muestra se mantiene o incluso mejoran estas habilidades. Autoras como Rendón Arango (2007) han investigado la relación entre la competencia social y la regulación emocional en la infancia, sin embargo, todavía faltan estudios que la corroboren en población adulta.

No obstante, el programa no fue diseñado con la finalidad de mejorar esta competencia social. Solo en una de las sesiones se relacionó la regulación emocional con las relaciones interpersonales, orientándola a la expresión de emociones y sentimientos de forma asertiva, y no tanto en los factores de autoexpresión en situaciones sociales, que son los evaluados a través de esa escala.

En relación a la empatía, medida a través del inventario IRI, los resultados muestran una mejoría en la dimensión de toma de perspectiva, es decir, en la capacidad para entender el punto de vista de otra persona; y una ligera disminución en la identificación con personajes ficticios, menor preocupación empática y un malestar personal más bajo. Esto podría deberse a que el enfoque principal durante el programa ha sido el trabajo con uno mismo y, superficialmente, la capacidad de relacionarse interpersonalmente, ya

que la finalidad es que consigan tener un mayor control emocional para no recaer en un consumo. También, estos descensos podrían ser explicados debido a que se encuentran en un proceso terapéutico en el que se les recalca la importancia de cuidarse y de centrarse en ellos mismos, sin que les interfieran negativamente sentimientos de preocupación excesiva por los demás.

En conclusión se puede observar que los resultados obtenidos en todos los instrumentos han sido positivos, habiendo mejorado en la mayoría de los aspectos evaluados.

Como propuestas de futuro, sería interesante repetir este estudio hasta tener una muestra más grande y representativa, con el objetivo de analizar si los resultados son los mismos o difieren con el resto de grupos experimentales.

También, sería aconsejable contar con un grupo control, para poder comparar los resultados con los de un grupo de iguales que se encuentren en la misma situación.

Finalmente, con el objetivo de reafirmar las investigaciones hechas sobre la relación entre la regulación emocional y las recaídas, también sería adecuado realizar un estudio longitudinal con una muestra aleatoria y teniendo un grupo control, para valorar si las recaídas disminuyen o incluso desaparecen en el grupo experimental tras haber participado en este programa de intervención.

Referencias

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Balaguer Pich, N., Sánchez Gómez, M. y García Palacios, A. (2018). Relación entre la regulación emocional y la autoestima. *Àgora de Salut*, 41(5), pp. 373-380.

Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), pp. 118-125.

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorrivias, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente del Pozo, J.M., López Durán, A., Madoz Gúrpide, A., Martínez González, J.M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C., Palomares Martínez, A. y Villanueva Blasco, V.J. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bermejo González, M.P., Casete Fernández, L., Fernández Hermida, J.R., Pedrero Pérez, E.J., Secades Villa, R. y Tomás Gradolí, V. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.

Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G.A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Buendia Poyo, M. (2018). *Inteligencia emocional y drogodependencia: Factores de riesgo psicosociales*. (Trabajo de fin de grado, Universitat Autònoma de Barcelona).

Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2018/194373/TFG_mbueniapoyo.pdf

Chicharro, J., Pérez García, A.M. y Sanjuán, P. (2012). Respuesta emocional en adictos a sustancias en tratamiento ambulatorio. *Adicciones*, 24(1), pp. 59-68.

Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85, 1-17.

Fernández Serrano, M.J., Moreno López, L., Pérez García, M. y Verdejo García, A. (2012). Inteligencia emocional en pacientes dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 14(1), pp. 27-33.

García del Castillo, J.A., García del Castillo López, A., Gázquez Pertusa, M. y Marzo Campos, J.C. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, 13(2), pp. 89-97.

Gismero, E. (2000). *EHS Escala de Habilidades Sociales*. Madrid: TEA.

Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, pp. 41-54.

Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), pp. 139-156.

Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Adictions: A Systematic Review. *Substance Use and Misuse*, 45, pp. 1131-1160.

Marlatt, G.A. y Donovan, D.M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd Ed). Nueva York, NY: Guildford Press.

National Institute on Drug Abuse (2018, January 17). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition>

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Centro de Publicaciones.

Pérez Albeniz, A., de Paúl, J., Etxebarria, J., Montes, M.P. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), pp. 267-272.

Plan Nacional sobre Drogas (2017). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España 1995-2017*. Recuperado de http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf

Rendón Arango, M.I. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), pp. 349-363.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. New York: Basic Books.

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

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

Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Fernández Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos Psicológicos del Tratamiento de las Drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), pp. 29-40.

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

Anexo número 1:

- **FICHA 1:**

Las emociones influyen en la probabilidad de tener una recaída. Es más probable consumir cuando se está experimentando una emoción o sentimiento desagradable (ira, miedo, tristeza, soledad, frustración...). Las emociones básicas (alegría, miedo, tristeza, ira, sorpresa y asco) son adaptativas, **no hay buenas o malas**. Tienen una función.

¿Consumes para huir de los problemas o de sensaciones desagradables? Las emociones no duran siempre. Son pasajeras.

¿Depende de mí hacer algo para encontrarme mejor? **Podemos REGULAR Y GESTIONAR NUESTRAS EMOCIONES.**

Se influyen: LOS PENSAMIENTOS - LAS EMOCIONES - LAS CONDUCTAS (lo que pienso, lo que siento, lo que hago).

Por ejemplo: Si pensamos que nada me sale bien, voy a sentirme decepcionado y es probable que tengamos una actitud derrotista o que volvamos a consumir (ya que es una conducta aprendida).

Si nos enfrentamos a una situación difícil, como una pérdida de empleo, ¿qué sentimientos puedo tener? Es importante **reconocerlos y valorar si hay riesgo de consumo**.

ACTIVIDAD: Durante estos días, ¿en qué momento he sentido una emoción agradable? ¿Y cuándo una desagradable? El objetivo es estar atento a nuestras emociones.

- **FICHA 2:**

¿Por qué sentimos culpa o vergüenza ante determinados sentimientos? Porque lo hemos aprendido. Roles de género, roles familiares y creencias populares del tipo “los hombres nunca lloran” han hecho que tendamos a ocultar los sentimientos y sentir malestar cuando los sentimos.

Es diferente sentirse **culpable o avergonzado por un sentimiento** (no tienes porqué sentirte así), que sentirse **culpable o avergonzado por una conducta** (un comportamiento) que has hecho.

Distorsiones cognitivas:

- Uso frecuente del “**debería**”. Por ejemplo, “no debo sentir tristeza”
- **Razonamiento emocional**. Por ejemplo, “si me siento fracasado es porque lo soy”
- **Pensamiento polarizado**. Por ejemplo, “o soy bueno, o soy malo”

ACTIVIDAD: Cambia los pensamientos distorsionados por adaptativos.

No tengo que sentir rabia	→	
O estoy triste o estoy alegre	→	
Debo ocultar mis sentimientos	→	
Tengo la culpa de todo lo que me ocurre	→	
Me siento inútil, por lo tanto, lo soy	→	
Siento que nadie me quiere, por tanto, es verdad	→	

- **FICHA 3:**

¿Cuál es mi motivación para querer tener una mejor regulación emocional? ¿Lo hago realmente porque yo quiero cambiar?

La imagen que tengo de mí mismo está influenciada por vivencias que he tenido a lo largo de mi vida, pero esa imagen puede cambiar, y depende de mí cambiarla.

Si yo cambio mi forma de actuar (mi conducta) e intento mejorar como persona, mi autoestima también mejorará.

¿Consumir drogas es una forma de hacerme daño? Afecta a mi salud física y mental.

¿Es suficiente dejar de consumir para estar bien conmigo mismo? ¿Qué otros cambios de hábitos estoy haciendo actualmente? ¿Qué otros cambios de hábitos me quedan por hacer?

Cómo he sido - Cómo soy - Cómo quiero ser

Es importante conocerse y tener retos personales que ir logrando, estar motivado para cambiar. Para ello, hay que tomar conciencia de todo lo que hemos hecho y querer alejarnos de esa forma de ser. Después, conocer los pasos que hay que dar para llegar a actuar como realmente queremos.

ACTIVIDAD: Haz una lista de cosas que puedes hacer para cuidarte tanto física, como mentalmente, y pon alguna de ellas en práctica.

- **FICHA 4:**

¿Cómo influye no tener regulación emocional (no saber gestionar las emociones) en las relaciones con los demás?

Distorsión cognitiva:

Recordar la **sobregeneralización** (“como me ha ocurrido eso, siempre me ocurrirá”). Se sacan conclusiones precipitadas, partiendo de un hecho aislado.

Tener una imagen negativa de las personas, influye en cómo nos relacionamos con ellas, partiendo desde la desconfianza.

¿Cómo podemos relacionarnos mejor con los/las demás?

PASOS PARA ABORDAR UNA SITUACIÓN EN LA QUE HAY UNA EMOCIÓN O SENTIMIENTO INTENSO:

Relajarse / Huir del conflicto si fuera necesario / Reflexionar: ¿Qué siento?, ¿qué pienso? y ¿cómo se lo comunico a la otra persona?

ACTIVIDAD: Escribe una situación vivida en la cual hayas sentido DECEPCIÓN y NO hayas tenido regulación emocional. Ahora, escribe qué es lo que harías (siguiendo los pasos vistos) para abordarla teniendo autorregulación.

- **FICHA 5:**

Relación entre EMOCIONES y SÍNTOMAS FÍSICOS. → ¿Cómo influye la ira, la tristeza o el miedo en nuestro cuerpo?

Depende de CÓMO INTERPRETAMOS una situación, tendremos una emoción u otra. Y depende de la emoción que tengamos, tendremos unos sensaciones corporales u otras.

Es importante conocer cómo nos afectan las emociones y qué hacer para poder controlar nuestro cuerpo, nuestra activación fisiológica.

- * RELAJACIÓN JACOBSON (tensión/distensión)
- * RESPIRACIÓN ABDOMINAL
- * RESPIRACIÓN EXHALANDO FUERTE
- * VISUALIZACIÓN (relajación guiada)

¿De qué otras formas puedo relajarme? Escapar de la situación, ir a un lugar que me transmita calma, hablar con alguien de confianza, llamar a mi psicólogo/a, hacer ejercicio, mirar una película, leer un libro...

Pensar en las CONSECUENCIAS que pueden tener mis actos, también ayuda a no reaccionar de forma impulsiva.

ACTIVIDAD: Descubre qué técnica te funciona mejor. JACOBSON / RESPIRACIÓN ABDOMINAL / EXHALACIÓN PROFUNDA / VISUALIZACIÓN

- **FICHA 6:**

Relación entre los PENSAMIENTOS y la REGULACIÓN EMOCIONAL (Y RECAÍDAS). → ¿Cómo influye lo que pensamos en nuestra forma de actuar? **Los pensamientos son elementos clave en nuestra forma de afrontar una situación. Hay algunos pensamientos que nos perjudican y otros que nos benefician.**

Es importante conocer cuáles son los pensamientos que solemos tener días u horas antes a una recaída. Por ejemplo, autoengaños, pensamientos catastrofistas, pensamientos de venganza, desesperanzadores... Cuando eso ocurra, lo primero es ser **conscientes** y lo segundo tener una **estrategia** para cambiar ese pensamiento y no darle tanta importancia. Por ejemplo:

- * Detención del pensamiento → Decirse a uno mismo que no se va a pensar más en eso.
- * Distracción → Hacer otra cosa y mantenerse ocupado para no pensar.
- * Búsqueda de apoyo social → Hablar con alguien de confianza.
- * Escribir → Anotar los pensamientos en una libreta para organizarlos.
- * Reestructuración cognitiva → Quitarle importancia al pensamiento e intentar tener un pensamiento más adecuado.
- * Valorar consecuencias → Ese pensamiento puede traer problemas.

ACTIVIDAD: Encuentra y rodea los sentimientos y emociones de: IRA, FRUSTRACIÓN, DESESPERANZA Y TRISTEZA en el texto. Después, subraya todos los pensamientos inadecuados que le hacen aumentar la probabilidad de consumir o no tener una buena regulación emocional.

Soy Carlos y estoy escribiendo esto porque no aguanto más. Ya no sé qué hacer con esta situación y con mi vida, y he perdido la esperanza en todo. Mi hermana está ingresada en el hospital por haber tenido un accidente, y conocemos quién ha sido el culpable, un conductor que se saltó un semáforo en rojo. He ido a buscarle a su casa para arreglar las cosas de la única forma que hay, a la cara y peleando, pero no se encontraba allí. De la rabia, he dado un golpe a la pared y a un vecino que me preguntó qué es lo que me pasaba le he acabado gritando. No puedo creer que mi hermana esté grave, la veo y me entran ganas de llorar. Me da demasiada pena verla ahí y ver a mi familia sufrir, y me frustra no poder hacer nada para ayudarles. Lo único que me apetece es consumir y olvidarme de todo.

Piensa cómo sería una forma adecuada de afrontar esa situación, si tú fueras Carlos, para que no llegaras a querer consumir.

- **FICHA 7:**

Englobando las sesiones, ¿qué dos formas tenemos para saber regular nuestras emociones? Controlando nuestro **CUERPO** y controlando nuestros **PENSAMIENTOS**.



Es importante conocer **todos** los riesgos que existan para una inadecuada gestión emocional (que pueda conllevar a una recaída).

Hay que conocer todo aquello que nos “descontrole” en cuanto a **EMOCIONES, SÍNTOMAS FÍSICOS** (malestar en nuestro cuerpo), **PENSAMIENTOS** y **CONDUCTAS/COMPORTAMIENTOS**.

¿Para qué escenificamos? Para **prepararnos** para cuando nos ocurra esa situación fuera del centro.

Igual que cuidaríamos a otra persona que nos importa, también podemos aprender a **CUIDARNOS** a nosotros mismos y **controlar esos pensamientos y esas emociones** para no llegar a la idea de consumir.

ACTIVIDAD: Escribe una carta a tu yo del pasado, en algún momento donde lo hayas pasado mal, con palabras de esperanza y aportando **soluciones** y **alternativas** que no lleven a consumir.

Anexo número 2.

V F

Las recaídas pueden darse por no saber regular nuestras emociones y sentimientos		
Nuestro comportamiento depende de lo que pensamos, pero no de lo que sentimos		
La forma de afrontar los problemas puede haber sido aprendida de nuestro entorno		
La distorsión cognitiva de “razonamiento emocional” significa que si nos sentimos de una forma, es porque es así. Por ejemplo: “si me siento un fracasado, es porque lo soy”		
Cuidar nuestro cuerpo no es necesario para superar la adicción		
Pensar: “como me pasó eso en el pasado, siempre me va a seguir ocurriendo” es una distorsión cognitiva llamada sobregeneralización		
Relajarse, huir de la situación, aclarar mis sentimientos y pensamientos y pensar cómo comunicarlo a la otra persona, es un buen procedimiento para afrontar una situación complicada		
La relajación de Jacobson es una técnica que consiste en tensar y destensar músculos		
La respiración abdominal (llevar el aire al vientre) no ayuda a relajarse		
Ir a un lugar que me transmita paz, hablar con alguien de confianza, escribir mis pensamientos y emociones o hacer ejercicio son formas adecuadas de buscar alivio		
Pensar en las consecuencias antes de actuar puede frenarme de un acto impulsivo		
Distraerse no es una buena manera de evitar los pensamientos negativos		
Es importante saber valorar si nuestros pensamientos nos están ayudando o entorpeciendo		
Podemos regular nuestras emociones relajándonos pero no cambiando nuestra forma de pensar		
Las emociones, los síntomas físicos, los pensamientos y las conductas están relacionados entre sí		
Podemos aprender nuevas formas de relacionarnos con el mundo, adquiriendo fortalezas y aprovechando las oportunidades que se nos presenten (a veces en forma de problemas) para actuar de forma distinta a como hemos hecho hasta la actualidad		