

PROYECTO

HOMBRE

XV Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre



Adicciones y emociones

3€ Nº81
MAYO 2013

Revista de la Asociación
Proyecto Hombre

PROYECTO HOMBRE

PRESIDENTE

Manuel Muños

COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini
Médico psiquiatra
Roma, Italia

Domingo Comas
Sociólogo y Presidente del G.I.D.
Madrid

Javier Elzo
Sociólogo, Investigador
del Instituto Deusto de
drogodependencias
Bilbao

Georges Estievenart
Director de Honor del Observatorio
Europeo de las Drogas y
Toxicomanías
Lisboa, Portugal

Jaume Funes
Psicólogo Periodista y escritor
Barcelona

Baltasar Garzón
Magistrado, Juez
Madrid

Elena Goti
Consultora Dianova Internacional
Barcelona

Alain Labrousse
Presidente del Laboratorio de
Geopolítica de las Drogas
Francia

Emiliano Martín González
Psicólogo Responsable del Menor
y la Familia
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos
Psiquiatra. Profesor de la
Universidad de Nueva York, USA

Santiago de Torres
Médico y ex-Director General
PNSD.
Madrid

Nore D Volkow
Directora National Institute on Drug
Abuse (NIDA), USA

CONSEJO DE REDACCIÓN

Antonio Tarabini
Tomeu Catalá
Modesto Salgado

EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE
Beatriz Sánchez

MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Doblehache Comunicación

DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

AMÉRICA LATINA

Argentina
Martín Gomá
Fundación Belén Escobar

Colombia
Gabriel Mejía
FLACT

Guatemala
Sergio Rolado Valle Leoni
Pte. Red Guatemalteca de
Organizaciones que trabajan en
Drogodependencias

México
Joaquín del Bosque
Presidente CCTT México

ESPAÑA

Alicante
Maritina Asensi

Almería
M^a Dolores López

Asturias
Ernesto Lois

Baleares
Lino F. Salas

Burgos
Fernando Pérez del Río

Cádiz
Julia Bellido

Canarias
Esther Brito y María Padrón

Cantabria
Lucía González

Castellón
José María Arquimbau

Castilla-La Mancha
Begoña Rubio

Cataluña
Ana Belén Solana

Córdoba
Lázaro Castro

Extremadura
Raquel Molano

Galicia
Amalia Calvo

Granada
M^a José Martínez

Huelva
Víctor Rodríguez

Jaén
Rosa Martínez

La Rioja
Vanessa Gordo

León
Jorge Rubio

Madrid
Mercedes García

Málaga
Belén Pardo

Murcia
Javier Pérez

Navarra
Marisa Aristu

Salamanca
Rosa Barrios

Sevilla
Manuel Orellana

Valladolid
Rubén González

FOTOGRAFÍAS

Adela Ríos
Daniel Pozo
Archivo Proyecto

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN ESPAÑA

10 €

CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN EXTRANJERO

Europa: 30 €
América: 40 €

EDITA

Asociación Proyecto Hombre

IMPRIME

Globalia Artes Gráficas
C/ Severo Ochoa, 9 - P.I. Los Villares
37184 Villares de la Reina (Salamanca)
Tirada: 5.000 ejem.

DEPÓSITO LEGAL

M-41802-1991

I.S.S.N.

1136-3177

Permitida la reproducción citando
procedencia

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

Responsable:
Beatriz Sánchez

Avda. Osa Mayor, 19
28023 Aravaca (Madrid)
prensa@proyectohombre.es
Tel: 91 357 01 04
Fax: 91 307 00 38

www.proyectohombre.es
902 88 55 55

REVISTA FINANCIADA POR:



Los artículos firmados sólo reflejan
el pensamiento de sus autores

PUEDES SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN A LA REVISTA PROYECTO, DESDE FUERA DE ESPAÑA, A TRAVÉS DE NUESTRA WEB:
www.proyectohombre.es
en la sección Publicaciones / Revista



02 > Editorial

04 > Conferencia

- Inteligencia emocional para afrontar los retos
Rafael Bisquerra

10 > Charla coloquio

- Desregulación Emocional en el Trastorno Límite de la Personalidad
Matilde Elices
- Alteraciones emocionales en pacientes drogodependientes
Miguel Pérez
- Inteligencia Emocional y Adicciones
Pedro Pedrero

16 > Seminarios prácticos

- Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y adicciones
José M. Molinero
- Entrenamiento en habilidades de Regulación Emocional: el modelo de la terapia dialéctica conductual
Matilde Elices
- Invisibilidad, emociones y abuso de drogas entre las mujeres
Nuria Romo
- Entrenamiento en estrategia de metas y Mindfulness
Sandra Santiago y Carlos Valls

26 > Mesa redonda

- Interacción familiar y uso de drogas: una aproximación desde la Emoción expresada
Juan Antonio Becerra
- Alteraciones emocionales y diferencia de Género en drogodependencias
María José Fernández
- Inteligencia Emocional y consumo de drogas en el ámbito laboral
Dionisio Contreras

34 > Mesas de experiencias

Mesa 1 • Prevención

- Factores emocionales aplicados en la prevención escolar y familiar: Evaluación del programa Entre Todos
Belén Quintero
- Gestión emocional como factor de protección frente al consumo de drogas
Dionisio Contreras
- Activos para una convivencia emocionalmente inteligente
Antonio Morales

Mesa 2 • Investigación

- Neuropsicología, emoción y género en drogodependencias
María José Fernández
- Análisis de la relación entre emoción y consumo de drogas
Antonio J. Molina, Unai Trecet y Encarnación Muñoz
- Sintomatología depresiva en el tratamiento para la adicción a la cocaína
Gloria García

Mesa 3 • Tratamiento

- ¿Necesitamos adaptar nuestras intervenciones en Comunidad Terapéutica con personas que presentan comorbilidad psicopatológica?
Esperanza Vergara
- El papel de las emociones en el abordaje de las adicciones
Juan A. Álvarez
- Patología Dual: un acercamiento desde la psicología positiva
Francisco Sainero

56 > Plan Nacional Sobre Drogas

60 > Entidades colaboradoras

➤ Editorial

La emoción es el instante en que el acero choca contra una piedra y hace brotar una chispa, pues la emoción es la fuente principal de toda toma de conciencia.

Carl Gustav Jung

“ Las emociones suponen una herramienta de conocimiento y crecimiento personal de una **importancia crucial**”





Pedro Pedrero Lanero

Director-presidente de Proyecto Hombre Jaén y presidente de la Comisión Nacional de Formación de la Asociación Proyecto Hombre

Un año más celebramos las Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre. Un espacio de reflexión y de compartir experiencias.

En esta XV edición, hemos decidido hacer una apuesta por un tema que está cada vez más en boga y que en cada uno de nuestros programas es crucial desde sus comienzos: la relación entre emoción y adicciones.

Desde el nacimiento de Proyecto Hombre hasta hoy, siempre hemos defendido que en el proceso adictivo, lo importante no era la sustancia sino la persona. Dentro de este planteamiento, el trabajo emocional ha sido una de las piedras angulares en cualquier propuesta que hemos realizado, tanto en el ámbito terapéutico como en el de la prevención.

En la creencia de que cualquier persona, por el hecho de serlo, tiene las capacidades para cambiar la situación que está viviendo y mejorar su vida y la de las personas que la rodean de manera significativa, las emociones suponen una herramienta de conocimiento y crecimiento personal de una importancia crucial.

Las emociones están de moda, eso es algo indudable. Y como todas las modas nos suponen a la vez una oportunidad y un reto.

La oportunidad de abrir las puertas sin complejos a esta área, conociendo cuáles son sus ventajas y sus aportaciones. Posibilitándonos un encuentro más profundo y auténtico con nosotros mismos y con las personas a las que atendemos desde cualquier ámbito de intervención.

El reto está en no desvirtuar esta herramienta tan valiosa con discursos fáciles que, en muchas ocasiones, se encuentran muy lejos de la realidad. Promesas de respuestas maravillosas, paquetes de soluciones mágicas que, en muchos casos, sólo generan frustración y desencanto.

Por esta razón, el programa de este año es un programa riguroso donde se aúnan la reflexión más teórica con aportaciones prácticas y experiencias sobre el terreno, que ya están dando frutos.

Es mucho lo que se desconoce sobre cómo se relacionan las emociones con otras facetas de nuestra vida, sin embargo, lo que ya se conoce es tan apasionante, que no podemos hacer otra cosa que generar este espacio de intercambio para abrir las puertas a distintos abordajes que sobre este tema se hacen desde la prevención, la investigación o el tratamiento. En este espacio encontraréis diferentes abordajes, perspectivas, matices y respuestas, que, seguro, van a enriquecer vuestra experiencia con el mundo emocional.

Desde este espacio, ya sólo me queda, en nombre de la Asociación Proyecto Hombre y de la Comisión de Formación, desearos unas jornadas útiles y provechosas.

> Conferencia





INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA AFRONTAR LOS RETOS

Rafael Bisquerra

Catedrático de Orientación
Psicopedagógica en la Universidad de
Barcelona (UB). Director del Postgrado
en Educación Emocional y Bienestar.
Universidad de Barcelona

*Sé el cambio que quieras
ver en el mundo.*

Gandhi

EL RETO DE AFRONTAR RETOS

La vida nos plantea retos ante los cuales hay que responder continuamente. El reto de tener que afrontar tantos retos tiene el riesgo de generar ansiedad, nerviosismo, inseguridad, vulnerabilidad, estrés, depresión, etc. Ante estos estados emocionales que a veces nos pueden superar, algunas personas sienten la tentación de consumir drogas con el objetivo de cambiar sus estados emocionales. Como se sabe, esto puede tener unas consecuencias nefastas para la salud, hasta tal punto que puede llegar a costar la vida.

Se han propuesto múltiples estrategias para la prevención del consumo de drogas. Aquí se plantea una posibilidad centrada en el desarrollo de competencias emocionales. Estas competencias se fundamentan en la inteligencia emocional, pero tienen un marco teórico más amplio, ya que incluyen la teoría de las inteligencias múltiples, las aportaciones de la neurociencia, la psiconeuroinmunología, el fluir, la psicología positiva, etc. En este texto se recogen y resumen los contenidos expuestos en otros trabajos (Bisquerra, 2000, 2009).

En las páginas siguientes se presenta un modelo de competencias emocionales que se ha aplicado en situaciones diversas y que tiene entre sus objetivos la prevención del consumo de drogas. El desarrollo de las competencias emocionales es el objetivo de la educación emocional.

CONCEPTO DE COMPETENCIA

Concebimos una competencia como la capacidad para movilizar adecuadamente un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia (Bisquerra y Pérez, 2007).

Se pueden destacar las siguientes características en el concepto de competencia:

- Es aplicable a las personas (individualmente o de forma grupal).
- Implica unos conocimientos ("saber"), unas habilidades ("saber-hacer") y unas actitudes y conductas ("saber estar" y "saber ser") integrados entre sí.
- Una competencia se desarrolla a lo largo de la vida y, en general, siempre se puede mejorar.
- Una persona puede manifestar una competencia en un área concreta (por ejemplo competencias sociales) en un contexto dado (por ejemplo con sus compañeros) y en otro contexto diferente (con personas extrañas) puede comportarse de forma incompetente.

"El bienestar emocional es lo más parecido a la felicidad, entendida como la experiencia de emociones positivas"





CLASES DE COMPETENCIAS

Aunque las denominaciones pueden variar según los autores, en general se distingue entre: a) Competencias técnico-profesionales o específicas; b) Competencias genéricas o transversales.

Las competencias específicas se circunscriben alrededor de conocimientos y procedimientos en relación con un determinado ámbito profesional o especialización. Por ejemplo, competencias específicas de ingeniería informática, derecho, psiquiatría, fontanería, etc. Cada profesión tiene sus competencias específicas. Se relacionan con el "saber" y el "saber hacer" necesarios para el desempeño experto de una actividad profesional.

"ALGUNAS PERSONAS SIENTEN LA TENTACIÓN DE CONSUMIR DROGAS CON EL OBJETIVO DE CAMBIAR SUS ESTADOS EMOCIONALES"

Las competencias genéricas son aquellas comunes a un amplio número de profesiones. Incluyen aspectos generales como dominio de idiomas, conocimientos informáticos a nivel de usuario y un amplio bloque de competencias socio-personales: automotivación, autoestima, autoconfianza, autocontrol, autonomía, equilibrio emocional, regulación de la impulsividad, autocrítica, prevención del estrés, tolerancia a la frustración,



asertividad, responsabilidad, capacidad de tomas de decisiones, empatía, capacidad de prevención y solución de conflictos, trabajo en equipo, puntualidad, paciencia, diligencia, discreción, etc.

Estas últimas competencias reciben denominaciones diversas, según los autores. Hemos identificado como mínimo las denominaciones siguientes, que pueden considerarse casi como sinónimos: competencias genéricas, transversales, básicas, clave, participativas, personales, transferibles, relacionales, interpersonales, sociales, emocionales, socio-emocionales, habilidades de vida, etc.

Como se puede observar, en el marco de las competencias socio-personales se incluyen las competencias emocionales como un subconjunto.

Recientes estudios (Goleman, Boyatzis y McKee, 2002; Cherniss, 2000; Donaldso-Feilder y Bond, 2004; Hughes, 2005; Navío, 2005; Giardini y Frese, 2006) han puesto de manifiesto que las competencias genéricas y socio-personales cada vez son más solicitadas por los empresarios. Goleman, Boyatzis y McKee (2002) afirman que a nadie le gusta trabajar con líderes irritables,

dominantes o fríos. Sin embargo, aquellos que mantienen un liderazgo optimista y entusiasta suelen conservar durante mucho más tiempo a sus empleados.

UN MODELO DE COMPETENCIAS EMOCIONALES

En este apartado se presenta un modelo de competencias emocionales. La versión que aquí se presenta es una actualización de versiones anteriores (Bisquerra, 2000, 2002, 2009; Bisquerra y Pérez, 2007).

Entendemos las competencias emocionales como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. La finalidad de estas competencias se orienta a aportar valor añadido a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social.

“La finalidad de estas competencias se orienta a **aportar valor añadido** a las funciones profesionales y promover el bienestar personal y social”

En el modelo que presentamos, las competencias emocionales se estructuran en cinco grandes competencias o bloques: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía personal, competencia social y habilidades de vida para el bienestar.

La conciencia emocional consiste en conocer las propias emociones y las emociones de los demás. Esto se consigue a través de la observación del propio comportamiento así como del de las personas que nos rodean. Ello supone saber distinguir entre pensamientos, acciones y emociones; comprender las causas y consecuencias de las últimas; evaluar su intensidad; y reconocer y utilizar su lenguaje, tanto en comunicación verbal como no verbal.

La regulación de las emociones significa dar una respuesta apropiada a las emociones que experimentamos. No hay que confundir la regulación emocional con la represión. La regulación consiste en un difícil equilibrio entre la represión y el descontrol. Son componentes importantes de la habilidad de autorregulación la tolerancia a la frustración, el manejo de la ira, la capacidad para retrasar gratificaciones, las habilidades de afrontamiento en situaciones de riesgo (inducción al consumo de drogas, violencia, etc.), el desarrollo de la empatía, etc.

Algunas técnicas concretas son: diálogo interno, control del estrés (relajación, meditación, respiración), autoafirmaciones positivas; asertividad; reestructuración cognitiva, imaginación emotiva, atribución causal, etc. El desarrollo de la regulación emocional requiere de una práctica continuada. Es recomendable empezar por la regulación de emociones como ira, miedo, tristeza, vergüenza, timidez, culpabilidad, envidia, alegría, amor, etc.

La autonomía emocional es la capacidad de no verse seriamente afectado por los estímulos del entorno. Se trata de tener sensibilidad con invulnerabilidad. Esto requiere de una sana autoestima, autoconfianza, percepción de autoeficacia, automotivación y responsabilidad. La autonomía emocional es un equilibrio entre la dependencia emocional y la desvinculación.

Las habilidades socioemocionales constituyen un conjunto de competencias que facilitan las relaciones interpersonales. Las relaciones sociales están entrelazadas de emociones. La escucha y la capacidad de empatía abren la puerta a actitudes prosociales, que se sitúan en las antípodas de actitudes racistas, xenófobas o machistas, que tantos problemas sociales ocasionan. Estas competencias sociales predisponen a la constitución de un clima social favorable al trabajo en grupo productivo y satisfactorio.

Las competencias para la vida y el bienestar son un conjunto de habilidades, actitudes y valores que promueven la construcción del bienestar personal y social. El bienestar emocional es lo más parecido a la felicidad, entendida como la experiencia de emociones positivas. No podemos esperar a que nos vengan estos estados emocionales, sino que hay que construirlos conscientemente, con voluntad y actitud positiva. Esto es posible y deseable.

LA EDUCACIÓN EMOCIONAL

La educación emocional es una de las innovaciones psicopedagógicas de los últimos años que responde a las necesidades sociales que no quedan suficientemente atendidas en las materias académicas ordinarias. Su objetivo es el desarrollo de competencias emocionales.

El primer destinatario de la educación emocional es el profesorado. En primer lugar porque necesita las competencias emocionales para el ejercicio de su profesión. En segundo lugar para poder contribuir al desarrollo de las competencias emocionales de su alumnado. Solamente un profesorado bien formado podrá poner en práctica programas de educación emocional de forma efectiva.

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales como elemento esencial del desarrollo humano, con objeto de capacitarle para la vida y con la finalidad de aumentar el bienestar personal y social (Bisquerra, 2000).

La educación emocional se propone optimizar el desarrollo humano. Es decir, el desarrollo integral de la persona (desarrollo físico, intelectual, moral, social, emocional, etc.). Es por tanto una educación para la vida.

METODOLOGÍA

La metodología para el desarrollo de competencias emocionales debe ser eminentemente práctica. La exposición teórica puede reducirse al mínimo; sobre todo en los niveles inferiores. Ejemplos de dinámicas a utilizar son introspección, relajación, modelado, dinámicas de grupo (role playing, grupos de discusión, dramatización, etc.), etc.

El hecho de que las clases sean participativas y dinámicas, no significa que se tengan que exponer las propias emociones en público. Es un principio básico que nadie se vea obligado a exponer sus intimidades sin su consentimiento. En ningún momento hay que violentar a nadie sobre aspectos emocionales. Hay que ir con sumo cuidado y sensibilidad sobre este aspecto.

En general se tratarán situaciones de terceras personas. El profesor, si lo considera conveniente, puede exponer su propia experiencia. Solamente cuando se ha creado un clima de mutua confianza que lo facilite, se podrá invitar al alumnado para que exponga, voluntariamente los que lo deseen, experiencias personales de carácter emocional.

Desde el punto de vista de la metodología de intervención, conviene tener presente la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), que pone el énfasis en el rol de los modelos en el proceso de aprendizaje; esto sugiere la inclusión del modelado como estrategia de intervención y poner un énfasis en analizar cómo los modelos (compañeros, personajes de los mass media, profesores, padres) pueden influir en las actitudes, creencias, valores y comportamientos.

Otras aportaciones metodológicas a tener presente son, entre otras, el modelo de desarrollo social (Hawkins, 1997), que se ha aplicado, con éxito, a la prevención de la delincuencia; el modelo ecológico y sistémico de Bronfenbrenner (1977, 1979); la teoría del comportamiento problemático y desarrollo social (Jessor y Jessor, 1977), que se ha aplicado a grupos de riesgo; la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975), etc.

> Charla coloquio



1

DESREGULACIÓN
EMOCIONAL
EN EL TRASTORNO
LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD

2

ALTERACIONES
EMOCIONALES
EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES

3

INTELIGENCIA
EMOCIONAL
Y ADICCIONES

1

DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD



Matilde Elices

Licenciada en Psicología. Master en Psicología de la Salud (Universidad Autónoma de Barcelona - UAB)

“Diversos estudios han aportado evidencia a favor de la **relación existente** entre problemas en la regulación emocional y la sintomatología límite”

El TLP es un trastorno psiquiátrico severo asociado a una baja calidad de vida y altos costos sociales (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, y Bohus, 2004). La prevalencia del trastorno en la población general se estima en un rango que va del 1% al 5,9%, cifra que aumenta considerablemente en poblaciones clínicas (entre un 10-20%; Lieb, et al., 2004). El TLP presenta además una alta comorbilidad con otras patologías. En el caso del Trastorno por Uso de Sustancias se han reportado comorbilidades de alrededor del 60% (Zanarini et al., 2011).

Según el modelo biosocial propuesto por Linehan (1993), la característica nuclear del TLP es la desregulación emocional consecuencia de la interacción entre factores de vulnerabilidad biológica y factores ambientales. Diversos estudios han aportado evidencia a favor de la relación existente entre problemas en la regulación emocional y la sintomatología límite. Así, se ha observado que los pacientes límites presentan estrategias ineficaces de regulación emocional, tales como la supresión (Cheavens et al., 2005; Rosenthal, Cheavens, Lejuez y Lynch, 2005), la evitación experiencial (Chapman, Dixon-Gordon y Walters, 2011) y la rumiación (Baer y Sauer, 2011). Además, diversos estudios han aportado evidencia a favor de la relación existente entre los comportamientos impulsivos frecuentes en el TLP y las alteraciones en la regulación emocional (Carpenter y Trull, 2013), pues estos aparecerían como intentos desadaptativos para regular la experiencia emocional ante la presencia de emociones negativas (Linehan, 1993).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) fue diseñada para el tratamiento del TLP y ha demostrado efectividad en la reducción de una variedad de conductas asociadas a la desregulación emocional como: conductas parasuicidas, (2) conductas impulsivas -juego, conducción temeraria, atracones-, (3) abuso de sustancias y (4) depresión, ira, ansiedad, irritabilidad e inestabilidad afectiva (Stoffers et al., 2012).

2

ALTERACIONES EMOCIONALES EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

En las últimas décadas el estudio de la emoción ha suscitado un gran número de estudios de investigación (Damasio et al., 2001; Evans, 2002). Dentro del campo de la neurociencia en general, y de la psicología en particular, se está experimentando un gran avance de este campo pero, sin embargo, son aún muchas las preguntas que están sin resolver.

La emoción se ha definido como un conjunto de respuestas químicas, neuronales, viscerales y hormonales que se producen cuando se detecta un estímulo emocionalmente competente, siendo un elemento previo al sentimiento. En este sentido, por un lado, la emoción es entendida como un proceso automático sin necesidad de consciencia y están ligadas al cuerpo pudiéndose observar de manera objetiva y directas. Y, por el otro, los sentimientos son conscientes, es decir, la representación mental o cognición de los cambios fisiológicos que caracterizan las emociones. Y, al contrario que las emociones, son privados y ocultos (Damasio, 2001).

Otras de las preguntas que nos podemos hacer en relación a este constructo es ¿existe un número determinado de emociones? Y si así fuera, ¿cuáles son? Los autores clásicos han abogado por un enfoque categorial que se caracteriza por distinguir emociones básicas, tanto positivas como negativas y neutras, tales como alegría, ira, sorpresa, asco y tristeza. Según este enfoque, las emociones se consideran innatas y universales y transculturales (Ekman, 1984; Izard, 2009). Como alternativa a este enfoque, se encuentra la postura dimensional que defiende que la emoción se clasifica en función de tres continuos dimensionales: valencia (continuo que va desde lo agradable a lo desagradable), activación (sus extremos son la calma y la activación) y dominancia (va del polo débil o sumisión, hasta el polo opuesto, de fuerte o dominante) (Lang et al., 2000). Este enfoque de la emoción aportan un marco teórico sólido para el estudio científico de la experiencia o sentimiento emocional proporcionando instrumentos para su evaluación, como las imágenes afectivas del IAPS (International Affective Picture System) y las escalas SAM (Self-Assessment Manikin) las cuales permiten evaluar en las dimensiones de valencia, activación y dominancia cada una de las imágenes.

Por último, recientes modelos como la Differential Emotional Theory (DET) de Izard (2009) han propuesto una posible integración de ambas aproximaciones. Según este autor, para poder evaluar la conducta emocional se necesita de ambas aproximaciones ya que dichas emociones se refieren a aspectos micro o macro de las emociones. Esta perspectiva ha sido poco investigada y podría ser una forma de combinar las aproximaciones categorial y dimensional.

Como se ha comentado, el estudio de la emoción es complejo y ha sido estudiado desde diferentes modelos teóricos. Por ello, el estudio de este constructo en el campo de las adicciones se presenta como todo un reto. Los trastornos por consumo de sustancias son definidos por el DSM-IV-R como un trastorno crónico y recurrente caracterizado por un consumo abusivo y continuo de esas sustancias a pesar de las consecuencias negativas que esta conducta provoca en el individuo. Volkow (2001) ha sido una de las investigadoras que han promovido el estudio de las adicciones desde el campo de la neuropsicología, demostrando que las

características clínicas de las adicciones estaban sustentadas en las alteraciones persistentes de funcionamiento cerebral.

En la actualidad, los modelos cognitivos de adicción han asociado el consumo de drogas con déficit neuropsicológicos diversos, incluyendo mecanismos relacionados con la emoción, así como con procesos de memoria, procesos atencionales y las funciones ejecutivas, entendidas estas últimas como un grupo integrado de habilidades implicadas en la generación, supervisión y monitorización de conductas dirigidas hacia objetivos socialmente adecuados (Verdejo-García & Pérez-García, 2007).

Según la Teoría del Marcador Somático (Verdejo-García & Bechara, 2009), el proceso adictivo es el resultado de la vulnerabilidad del sistema neuropsicológico de la toma de decisiones, entendido como un proceso guiado por señales emocionales (marcadores somáticos) encargados de marcar afectivamente las consecuencias prospectivas de distintas opciones de elección siguiendo una lógica homeostática. Es decir, esta teoría señala que la adicción a sustancias está asociada con una activación e integración anormal de los estados emocionales envueltos en la experiencia de urgencias subjetivas (p.e. estados de craving) y en la orientación hacia la toma de decisiones (Verdejo-García & Bechara, 2009). Desde este enfoque, es lógico pensar que las personas consumidoras de sustancias pueden presentar alteraciones en las emociones.

En este sentido, en la literatura encontramos estudios que han mostrado que las personas con problemas de consumo de sustancias tienden a sobrestimar la intensidad de la emoción, presentan un peor reconocimiento de expresiones y tienen dificultades para discriminar algunas de ellas (Aguilar et al., 2005; Fernández-Serrano, 2010; Verdejo-García et al., 2007).

En resumen, y a pesar de las dificultades del estudio de la emoción en personas drogodependientes, en la actualidad se ha demostrado que las personas con problemas de consumo de sustancias presentan alteraciones, tanto en la percepción como en la experiencia de diversas emociones. Desde este enfoque se concluye que los pacientes consumidores de sustancias tienden a tener problemas para experimentar o percibir ciertas emociones, tanto de carácter positivo como negativo (valencia).

A nivel clínico, estos resultados son de gran relevancia en la rehabilitación de la persona, ya que se requerirán más esfuerzos para la evaluación y el trabajo de las emociones si queremos seguir mejorando en la intervención de nuestros pacientes.

Miguel Pérez García

Doctor en Neuropsicología Clínica.
Centro de Investigación Mente,
Cerebro y Comportamiento (CIMCYC).
Universidad de Granada

3

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ADICCIONES

- En el año 178 d. de F., se subvencionó a dos mil farmacólogos y bioquímicos...(…)
 Seis años después se producía ya comercialmente la droga perfecta,(…)
 - Eufórica, narcótica, agradablemente alucinante.(…)
 - Todas las ventajas del cristianismo y del alcohol; y ninguno de sus inconvenientes (...)
 - La estabilidad quedó prácticamente asegurada

Aldous Huxley "Un mundo feliz"

Pedro Pedrero Lanero

Licenciado en Psicología.
 Máster en drogodependencias y Sida. Máster en Coaching personal y ejecutivo. Director-presidente de Proyecto Hombre Jaén

Desde siempre, las personas hemos buscado modos de poder relacionarnos con nuestras emociones. Y también desde siempre, la búsqueda de sustancias que nos hagan sentir tranquilidad, euforia, plenitud o que nos ayuden a entrar en estados de conciencia diferentes ha sido una constante en nuestros ritos sociales o religiosos.

Sin embargo, es de un tiempo a esta parte cuando podemos decir que las emociones están de moda. Las personas vamos tomando conciencia de la importancia que tienen y tenemos necesidad de conocer cómo funcionan realmente, qué papel juegan en nuestra vida y si es posible controlarlas.

En un entorno social como el que vivimos actualmente, lleno de prisas, de continuos cambios y de tensiones, aparecen manuales de autoayuda, coachs y gurús de todo pelaje, que nos prometen la felicidad y el equilibrio personal, el triunfo sobre nuestras emociones, intentando desprendernos de aquello que nos hace auténticamente humanos.

Es muy probable que nos encontremos ante una auténtica dictadura de la felicidad, donde la búsqueda del bienestar (al menos de un tipo concreto de bienestar) se convierta en realidad en la búsqueda de la estabilidad que ya Huxley, en 1932, adelantaba en su novela "Un mundo Feliz".

En esta ponencia, no habrá certezas, más bien será un espacio para compartir inquietudes, dudas y algunas líneas de reflexión que relacionen las emociones con las adicciones, y cómo la Inteligencia Emocional puede ser una herramienta útil para que las personas puedan mejorar su capacidad de ajuste psicológico.

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y EL AJUSTE PSICOLÓGICO

Ten muy presente que tu enfoque determina tu realidad

Yoda

Sin entrar en disquisiciones sobre qué son las emociones y las diferentes formas de clasificarlas que diversos autores han tenido, sí es conveniente pararnos en algunas utilidades que las emociones tienen y que, bajo nuestro punto de vista, deben ser tenidas en cuenta tanto en intervenciones preventivas como terapéuticas:

- Facilitan la comunicación. Nos ayudan a transmitir cómo nos encontramos, sin necesidad de utilizar nuestros recursos verbales.
- Son una buena forma de regular el comportamiento de los demás.
- Facilitan la interacción social.
- Son una fuente de información sobre los procesos de nuestra mente. No son meras reacciones automáticas.

En 1990, Peter Salovey y John Mayer, acuñan el término de Inteligencia Emocional. Después de algunas revisiones, hacen su propuesta, y definen la Inteligencia Emocional como:

La capacidad para procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyéndose la habilidad de las personas para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones

Mayer, Salovey y Caruso, 2000:398

Esta aproximación es tremendamente importante puesto que vincula emoción y razón. Establece que se ha de utilizar la emoción para facilitar un razonamiento más efectivo, al mismo tiempo que plantea la influencia de las emociones en la acción. En palabras de los autores, la inteligencia emocional tiene claramente esta función:

...la utilización de las emociones para motivarse, planificar y alcanzar los propios objetivos vitales

Salovey y Mayer, 1990:185

HABLEMOS DEL AJUSTE PSICOLÓGICO

Se podría describir a un individuo psicológicamente ajustado como alguien con una base psicológica de personalidad, temperamento, emociones, motivación intrínseca, valores y recursos que facilita su autonomía, autodeterminación, competencias, con un propósito en la vida, con relaciones interpersonales, con comunicación, crecimiento personal y capacidad para tomar decisiones.

Aunque los mecanismos mediante los cuales la IE influye en la capacidad de afrontamiento del individuo no están del todo identificados, la contribución de la IE al ajuste psicológico parece patente, especialmente a través de la habilidad de regular las emociones. En varios estudios el grupo de investigación de la Universidad de Málaga en torno a Fernández-Berrocal ha podido mostrar que los individuos con más inteligencia emocional percibida (IEP), evaluada mediante el TMMS, muestran mejor ajuste psicológico, tanto en la vida cotidiana como en situaciones vitales que requieren mayores recursos de adaptación. La IEP también parece influir positivamente en la sintomatología ansiosa y depresiva durante la adolescencia (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999).

EL MODELO SOCIAL DE PEELE. UN MODELO SUGERENTE PARA LA EXPLICACIÓN DE LAS ADICCIONES

Dentro de los modelos explicativos para la aparición de las adicciones, hay uno que nos parece especialmente sugerente. Este modelo es el Modelo Social de Stanton Peele (1985).

En este modelo, Peele sostiene que no es la sustancia la que produce la adicción, sino la forma en que la persona interpreta esta experiencia y cómo responde a nivel fisiológico, emocional y conductual. La adicción tendría algunas características:

- Es un continuo.
- Desvirtúa las otras implicaciones que una persona posee, limitando todos los ámbitos de la vida.
- No es una experiencia placentera. Se llega a la adicción para eliminar el dolor, físico o emocional (temor, ansiedad, malestar, etc.)

En resumen, Peele define la adicción como un estilo de vida, Pensaba que nada en sí puede ser adictivo y que todo depende del cómo y del para qué de nuestra conducta.

ALGUNAS IMPLICACIONES PRACTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO

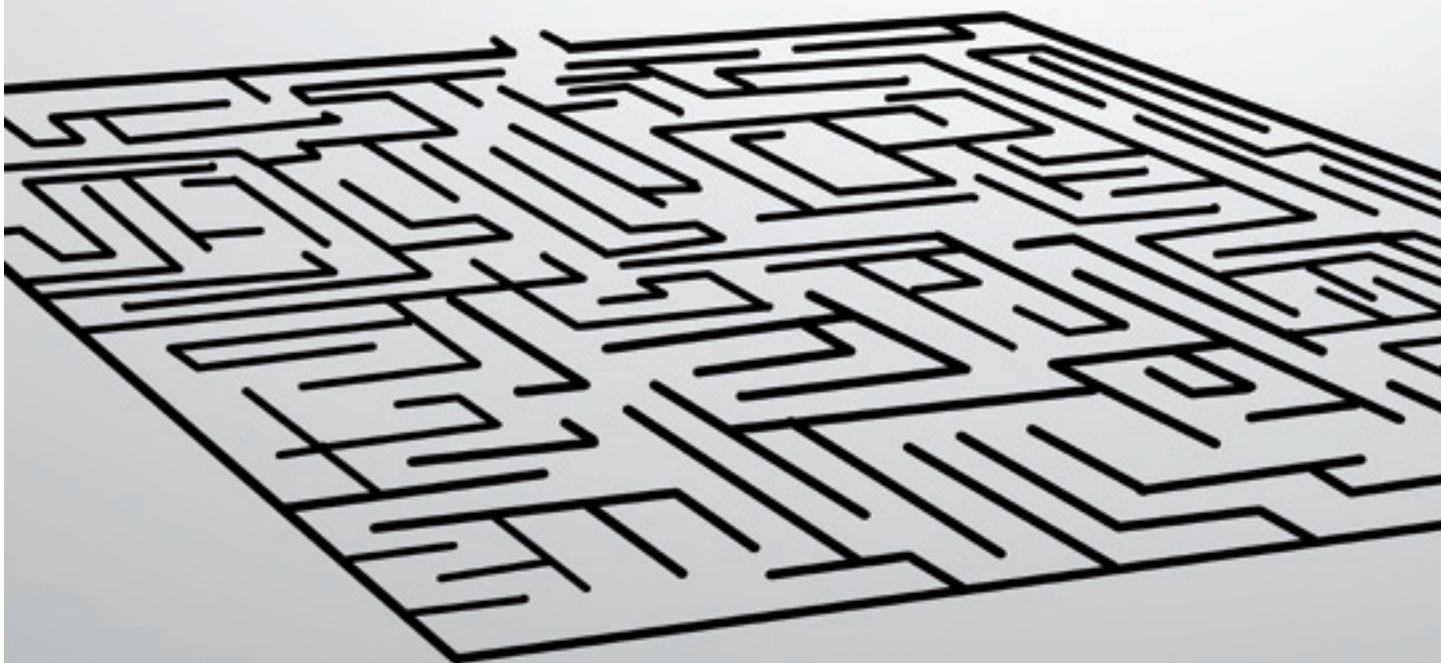
Haciendo un compendio de todo lo expuesto, parecen evidentes las relaciones existentes entre Inteligencia Emocional, Ajuste psicológico y adicción. A efectos más prácticos, en lo referente al diseño de intervenciones en el ámbito de la prevención y el tratamiento, cabría destacar:

- Es importante considerar que un consumo de sustancias puede llevar a la pérdida de cada uno de estos factores facilitadores de sensación de bienestar y ajuste psicológico.
- Las emociones funcionan como facilitadoras del razonamiento y de la acción. Por consiguiente, las intervenciones preventivas y terapéuticas, deben estar basadas en la adquisición de alternativas al consumo. Se debe facilitar la acción más que centrarse en lo que la persona debe dejar de hacer. Cuando nos centramos en lo que queremos dejar de hacer más que en lo que queremos conseguir, es como si fuésemos a la compra con la lista de aquello que no queremos comprar
- La facilitación de capacidades en las personas y comunidades que permitan que ellos mismo generen y elaboren proyectos y propuestas estaría construyendo las bases para la facilitación de sensaciones y percepciones de bienestar y ajuste psicológico.
- La metodología autoparticipativa (como es el trabajo grupal) permite la generación de ideas que apunten a satisfacer una visión particular, que nace desde las personas, convirtiéndose así en miembros activos y no sujetos pasivos.
- Un enfoque basado en la facilitación emocional, permite el reconocimiento de la persona como una ser con capacidades. Propicia una transformación saludable, una renovación en donde el propio participante es el gestor de ese cambio. Al final, el resultado es un individuo seguro de sí mismo con una visión de lo que quiere llegar a ser.
- El enfoque afectivo y emocional contribuyen con un desarrollo saludable al propiciar la movilización y el autoreconocimiento de imágenes de la historia personal, aceptándolas, sanándolas, renovando a la persona, borrando conflictos internos y transformando y canalizando la energía en energía positiva, motivadora y creativa.



“La Inteligencia Emocional puede ser una **herramienta útil** para que las personas puedan mejorar su capacidad de ajuste psicológico”

> Seminarios prácticos





1

**TERAPIA DE ACEPTACIÓN
Y COMPROMISO (ACT)
Y ADICCIONES**

2

**ENTRENAMIENTO
EN HABILIDADES DE
REGULACIÓN EMOCIONAL:
EL MODELO DE LA TERAPIA
DIALÉCTICO CONDUCTUAL**

3

**INVISIBILIDAD, EMOCIONES
Y ABUSO DE DROGAS
ENTRE LAS MUJERES**

4

**ENTRENAMIENTO EN
ESTRATEGIA DE METAS
(GMT) Y MINDFULNESS**

1

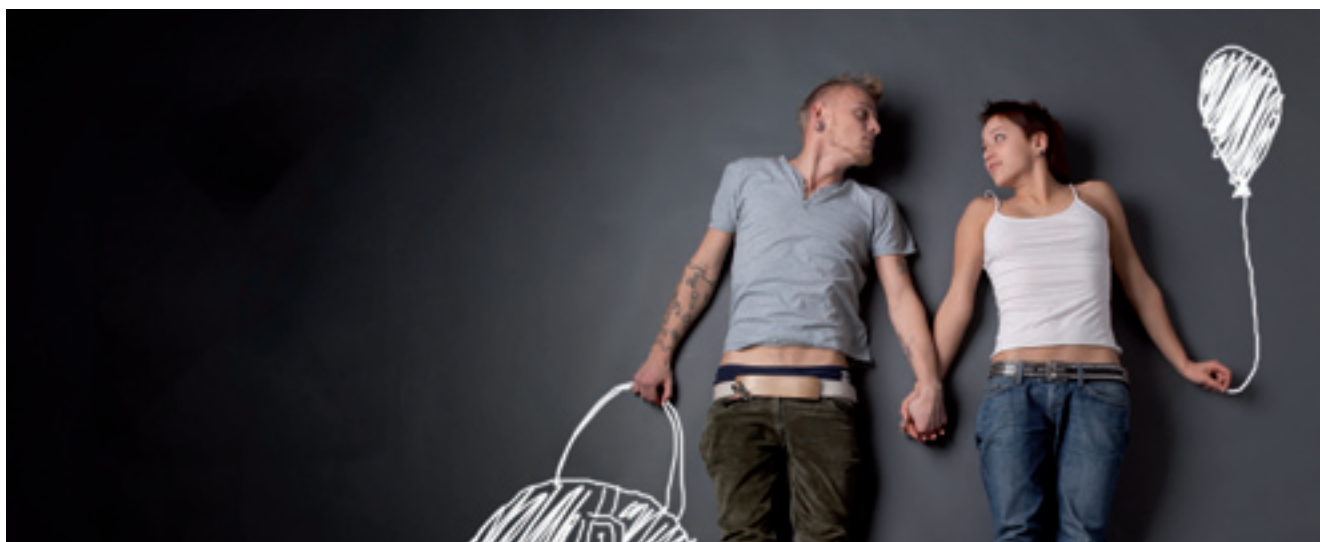
TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) Y ADICCIONES

Desarrolla una mente que sea amplia como el espacio, donde tanto las experiencias agradables como las desagradables puedan aparecer y desaparecer sin conflicto, sin lucha, sin sufrimiento.

Majjhima Nikaya

José M. Molinero Roldán

Profesor Asociado de Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológico
de la Universidad de Málaga



La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es considerada una de las terapias más completas y representativas de las que se han dado en llamar terapias de tercera generación o terapias contextuales (Hayes, 2004). Desde que apareciera su primer manual (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), ACT se ha convertido en uno de los enfoques terapéuticos que más desarrollo e interés ha suscitado, habiendo sido aplicada a una gran variedad de problemas psicológicos (véase Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006).

ACT está sustentada en diversos principios entre los que se destaca el fenómeno que ha sido denominado como trastorno de evitación experiencial destructiva (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). Este concepto hace referencia a un patrón inflexible de comportamiento, que consiste en que la persona actúa al servicio de controlar y/o evitar la presencia de pensamientos, recuerdos, sensaciones y otros eventos privados aversivos (ansiedad, tristeza, alucinaciones, dolores o deseo de consumir) pero, paradójicamente, esta

forma de actuación le lleva a mayores cotas de sufrimiento a medio y largo plazo. Por tanto, el problema o trastorno estaría en el hecho de que los intentos por obtener un placer o alivio del dolor inmediato pueden llegar a provocar un aumento o extensión de ese sufrimiento y reducir la capacidad de alivio de esas actuaciones. Además, esta forma de proceder se ve sustentada por la coherencia –socialmente establecida– que supone la necesidad de evitar o controlar el malestar para poder vivir, aspecto éste fomentado por esta cultura. Esta forma de actuar llevaría a las personas a un “bucle” sin fin en el que éstas se encuentran envueltas en una espiral en la que el centro gravitatorio de sus vidas consiste en alguna forma de evitación. La trampa está en que, aunque a corto plazo parece que esas estrategias funcionan y van a descomponer de alguna forma esa espiral que las envuelve, a largo plazo sólo consiguen que la espiral crezca, alejando a las personas de las verdaderas trayectorias o direcciones valiosas que les gustaría que llevaran sus vidas.

Aunque desde los sistemas de clasificación al uso podemos encontrar diferentes tipos de trastornos, dependiendo de sus manifestaciones conductuales y/o cognitivas, se ha podido constatar que en muchos de ellos aparece este componente funcional central. Éste haría referencia a toda una clase de respuestas que tienen la función de escapar o evitar los eventos privados aversivos y que podrían agruparse en lo que hemos llamado Trastorno de Evitación Experiencial. Por ejemplo, en el caso de los trastornos de ansiedad, de las adicciones, de la anorexia y la bulimia, de los trastornos de control de impulsos, de ciertos síntomas psicóticos, del duelo, del trastorno de estrés postraumático y de numerosos problemas de conducta relacionados con la enfermedad, como por ejemplo, el cáncer, la diabetes, la epilepsia y el dolor. (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001). Por tanto, desde esta perspectiva, la evitación experiencial es una dimensión funcional que estaría a la base de numerosos trastornos y se presenta como una forma radicalmente alternativa de entender los trastornos psicológicos y/o mentales.

Concretamente y en relación con problemas de control de impulsos y el consumo desajustado de sustancias, existen múltiples estudios que vinculan la evitación experiencial y este tipo de problemática. Por ejemplo, estudios correlacionales que vinculan dicha dimensión funcional con el comportamiento agresivo o el impulso de beber o la dependencia a sustancias (ver por ejemplo: Flessner, Busch, Heideman, y Woods, 2008; Forsyth, Parker y Finlay, 2003; Kenford et al., 2002; Norberg, Wetterneck, Woods, y Conelea, 2007; Ostafin y Marlatt, 2008; Tull, Jakupack, Paulson, y Gratz, 2007; Twohig Hayes y Masuda, 2006; Twohig y Woods, 2004).

ACT tiene como objetivo último generar la suficiente flexibilidad psicológica como para que las personas se puedan involucrar, de nuevo, en comportamientos que supongan un "regreso" al contexto de sus vidas, en el sentido de que el epicentro de éstas deje de ser el control de los contenidos (malestar, ansiedad, impulsos de consumo, recuerdos) y lo comience a ser el compromiso con el "camino" que quieren recorrer, es decir, con las elecciones de sus vidas. Así, en ACT la salud psicológica se entiende como la existencia de un repertorio flexible de comportamientos dirigidos a valores en las diferentes áreas importantes de la vida (Páez, Gutiérrez, Valdivia, y Luciano, 2006; Molinero, 2008). Siguiendo a Hayes, Stroshal y Wilson (1999), la importancia del trabajo explícito en valores estaría justificada en que éstos producen un cambio de conducta que es más probable que se mantenga a largo plazo. Al mismo tiempo, vivir de acuerdo a los propios valores, proporciona un sentido de propósito y una vitalidad que hará de enfrentarse con las barreras psicológicas una tarea honorable y legítima.

Por tanto, siguiendo lo anterior, se podrían definir los trastornos relacionados con el uso de sustancias como un trastorno de evitación experiencial. Siguiendo el DSM IV-TR, la gran mayoría de los trastornos relacionados con sustancias están asociados a la abstinencia de las mismas, es decir, a la presencia de malestar clínicamente significativo debido al cese o reducción de la sustancia tras un consumo prolongado y en grandes cantidades. En función de la sustancia, la presencia de dicho malestar tendrá un carácter u otro, enfatizando más los aspectos psicológicos o físicos, o ambos. En definitiva, se podrían encontrar, además de distintos reforzadores positivos que pueden contribuir a mantener la conducta adictiva, distintas

"EN ACT LA SALUD PSICOLÓGICA SE ENTIENDE COMO LA EXISTENCIA DE UN REPERTORIO FLEXIBLE DE COMPORTAMIENTOS DIRIGIDOS A VALORES EN LAS DIFERENTES ÁREAS IMPORTANTES DE LA VIDA"

respuestas de consumo de sustancias dirigidas a la evitación de determinados eventos internos o contenidos, relacionados con el abandono de esa sustancia.

En la actualidad, disponemos de múltiples datos que corroboran la eficacia de ACT a la hora de acometer este tipo de problemática. Para ello ACT pone en marcha una serie de principios y procedimientos que pretenden generar niveles de flexibilidad suficientes como para que la persona aprenda a estar con el malestar que se deriva de la abstinencia y sea capaz de aceptar las sensaciones, pensamientos y otros eventos privados desagradables y derivados de la historia personal y las circunstancias actuales, de las cuales el comportamiento es función. Como ya se ha dicho en otro lugar (Páez, 2012), se trataría de enseñar a la persona a elegir y actuar de forma libre, constructiva y responsable, aun en presencia de impulsos, deseos, o necesidades vividas como imperiosas. Así, podemos encontrar múltiples estudios de casos y ensayos controlados en los que se ha aplicado ACT en este tipo de problemas. Por ejemplo, en problemas de dependencia al tabaco (Gifford, et al., 2004; Hernández-López 2007; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009); el abordaje de problemas por consumo de alcohol (Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry, 2003; Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001); aplicación de protocolos diseñados para adolescentes con problemas de control de impulsos (Gómez Rodríguez, Luciano, Páez y Valdivia, en revisión; Luciano, Valdivia, Gutiérrez, Ruiz y Páez 2009); en el abordaje de individuos poliadictos (Hayes et al., 2004) o con dependencia al cannabis (Twohig, Schoenberger y Hayes, 2007), etc. (para una revisión completa ver Ruiz, 2010).

Por tanto, el objetivo de la intervención con ACT se centra en ayudar a las personas a que caminen por la vida aprendiendo a cambiar todos aquellos aspectos que sí se pueden cambiar y estar abiertos a todos aquellos contenidos que han supuesto acciones limitantes (actuaciones dirigidas a la evitación de eventos privados que limitan la vida), y por tanto les llevan a una vida más estrecha y rígida, psicológicamente hablando. De esta forma, se busca un "regreso" al contexto de la vida, en el sentido de que el epicentro deje de ser el control de los contenidos vividos como desagradables y comience a ser el compromiso con las direcciones que se quiere recorrer, es decir, con las elecciones valiosas de la vida. Por tanto, está especialmente dirigida hacia el funcionamiento crónico e inflexible del patrón de evitación experiencial logrando una desconexión entre pensamientos, sentimientos, recuerdos, etc. y la forma de actuar, de modo que se establezca esa relación con el valor que cada acción tenga para la persona.

2

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL: EL MODELO DE LA TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL

Matilde Elices

Licenciada en Psicología. Master en Psicología de la Salud (Universidad Autónoma de Barcelona - UAB)



Las dificultades en la regulación emocional (RE) han sido relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de una variedad de trastornos psiquiátricos, entre ellos, el uso de sustancias, el trastorno límite de la personalidad, la depresión y la ansiedad (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schewitzer, 2010). En consecuencia, distintos enfoques psicoterapéuticos han puesto el acento en el tratamiento de la RE (Fruzzetti et al., 2009). Entre ellos, destaca la Terapia Dialéctico Conductual (TDC; Linehan, 1993), creada especialmente para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad con abuso de sustancias comórbido. La TDC propone un entrenamiento en habilidades en formato grupal que consta de cuatro módulos (mindfulness, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal y regulación emocional), orientados a disminuir y regular la respuesta emocional. El modelo biosocial propuesto por Linehan (1993) sostiene que la

disregulación emocional vendría dada por una vulnerabilidad emocional caracterizada por una alta reactividad, alta sensibilidad y un retorno lento a la línea de base. Desde esta conceptualización, distintos elementos deben ser contemplados en la respuesta emocional: (1) vulnerabilidad a ciertos disparadores, (2) eventos internos o externos que sirven como disparadores -incluyendo la atención y la evaluación de estos disparadores- (3) respuesta emocional -fisiológica, cognitiva, experiencia, urgencias de acción- (4) expresión verbal/no verbal y conductas, (5) efectos posteriores de la reacción emocional -incluyendo las emociones secundarias-. Las emociones son concebidas además como fenómenos transaccionales, es así que la respuesta emocional y el contexto se influyen mutuamente (Linehan et al., 2007) y por eso, alterando un componente de la respuesta emocional pueden alterarse los otros.

Entre los objetivos específicos de las habilidades de RE están el aumentar el control consciente de las emociones y que el sujeto desarrolle la práctica suficiente para incorporar las habilidades de RE al punto que logren automatizarse. Teniendo en cuenta toda la secuencia de elementos que se ponen en marcha en la génesis de una emoción, la TDC plantea distintas habilidades para cada uno de ellos. De esta forma, algunas habilidades de RE estarán enfocadas a reducir la vulnerabilidad emocional –cuando la respuesta emocional concreta aún no ha tenido lugar– mientras que otras se usarán cuando la respuesta emocional ya está en marcha. En las habilidades de la TDC se le da importancia tanto a la intensidad emocional como al “timing”, ya que una habilidad que puede ser útil cuando el evento estresante aún no ha ocurrido, puede no serlo una vez que la emoción ha tenido lugar.

Las primeras habilidades de RE en enseñarse son las de Observar y Describir emociones ya que son el paso fundamental para poder cambiar cualquier elemento de la respuesta emocional. También se instruye al sujeto en habilidades para reducir la Vulnerabilidad Emocional ya sea desde el punto de

“ENTRE LOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LAS HABILIDADES DE RE ESTÁN EL AUMENTAR EL CONTROL CONSCIENTE DE LAS EMOCIONES Y QUE EL SUJETO DESARROLLE LA PRÁCTICA SUFICIENTE PARA INCORPORAR LAS HABILIDADES DE RE AL PUNTO QUE LOGREN AUTOMATIZARSE”



“Las primeras habilidades de RE en enseñarse son las de Observar y Describir emociones”

vista biológico, como desde el punto de vista contextual, promoviendo acumular emociones positivas, actuaciones de acuerdo a valores y anticipación de eventos estresantes. También se incluyen habilidades para re-estructurar las cogniciones (Verificar los Hechos) y de Resolución de Problemas. En relación a la respuesta emocional, la TDC propone algunas habilidades para disminuir el arousal fisiológico que consisten en crear sensaciones físicas intensas y la habilidad de Acción Opuesta. Esta última consiste en cambiar el componente comportamental y expresivo, actuando de forma opuesta a la emoción.

Hasta la fecha, la TDC ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de desórdenes caracterizados por dificultades persistentes en la RE en varios ensayos clínicos controlados (ver Lynch, Trost, Salsman y Linehan, 2007 para una revisión). En forma conjunta, la práctica de habilidades ha sido correlacionada con un buen éxito terapéutico (Soler et al., 2009). De todas formas, como puntualiza Linehan et al. (2007), son necesarias investigaciones futuras para conocer los efectos precisos y aislados de las habilidades de RE.

3

INVISIBILIDAD, EMOCIONES Y ABUSO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES

Nuria Romo Avilés
Doctora en Antropología Social

La voz en off masculina presente en la mayoría de las campañas preventivas, pone de manifiesto que los hombres siguen representando a la autoridad y la credibilidad. Por el contrario, cuando se escucha la voz de una mujer, es para representar angustia, ansiedad y/o preocupación.

UNAD. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes, 2012

Mujeres y varones afrontan problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular (OMS, 2009). Incorporar la perspectiva de Género en Salud Pública supone distinguir entre diferencia y desigualdad. Si hablamos de diferencia nos referimos a las diferencias en materia de salud debidas a las características biológicas de los sexos. Hablar sólo de diferencias biológicas conlleva el peligro de insinuar que «anatomía es destino». La incorporación de la perspectiva de género en salud recomienda ampliar la mirada, considerando también los determinantes sociales o discutir los resultados de investigación reconociendo la concreción del enfoque (Calvente, María del Mar et al., 2012).

La inclusión de la perspectiva de género en el mundo de las drogodependencias provoca una mirada comprensiva, clave para entender el contexto en el que se consumen las sustancias y cómo afectan a las personas que las usan o abusan. Es indiscutible la necesidad de tenerla en cuenta en las políticas y en el diseño de los programas de tratamiento. Sin embargo, su inclusión no ha sido común, siendo la experiencia masculina la presentada con frecuencia como la norma. La omisión de la mirada de género en las investigaciones epidemiológicas o clínicas ha podido conllevar su invisibilidad en las políticas de prevención.

Las primeras contribuciones a la literatura sobre los usos de drogas dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas del uso de drogas, cuando consideraban la mujer, proyectaban el uso de drogas de las mujeres como una forma desviada de la feminidad "normal" y lo explicaban, en el mejor de los casos, como una compensación de las deficiencias físicas o mentales, en el peor de los casos, como enfermedad (Rosenbaum, M. and

Murphy S., 1990). Estas perspectivas han podido invisibilizar nuevas tendencias de consumo de drogas entre las mujeres más jóvenes que se han iniciado en las últimas décadas. En concreto, sabemos que se viene produciendo una disminución de los ratios de consumo de algunas sustancias y un incremento progresivo al consumo de las chicas de drogas legales, en concreto tabaco, alcohol y psicofármacos. (PNSD, 2009?).

Sabemos que diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre varones y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a éstas. Hasta el momento está ampliamente documentado que la gravedad de los problemas de adicción es superior entre las mujeres y que el impacto familiar y social de las adicciones femeninas es superior al de las masculinas. Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas (Blake et al., 2001).

Se ha planteado que en los problemas de uso de drogas las diferencias de género son un reflejo de las que están presentes en la sociedad en general y los roles de cada sexo se proyectan en los contextos de consumo de drogas. Las emociones, los sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima son mayores entre las mujeres cuando las comparamos con los varones porque interiorizan en mayor medida la estigmatización social. Sabemos que la ilegalidad y el riesgo alejan a las mujeres del abuso de algunas drogas. La valoración social sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias resulta más negativa comparada con los varones, generando un mayor estigma social hacia ellas, debido al alejamiento de los comportamientos normativos asociados socialmente a las mujeres.

“La valoración social sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias resulta más negativa comparada con los varones”



Distintas investigaciones mantienen que las intervenciones más efectivas en chicas tienden a centrarse en la formación en habilidades sociales, influencia social y normas sociales. Por ejemplo, las chicas pueden ser más receptivas al modelo de la influencia social, debido a sus distintas experiencias de socialización. Intervenciones que proporcionan una mejora en la comunicación interpersonal, en la negociación, y que mejoran la resistencia a la presión del grupo pueden tener mejores resultados en chicas que en chicos. Otras investigaciones han sugerido que los mensajes que se centran en las relaciones sociales o en la mejora de la autoestima y confianza en uno mismo son más efectivos en chicas que en chicos. Se ha sugerido que los programas que incentivan la participación social o los vínculos sociales son más efectivos con las chicas (Amaro et al., 2001, Tobler et al. 2000).

Investigaciones recientes han mostrado que en España la prevención del uso abusivo de drogas no ha estado enfocada desde la perspectiva de género. La Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes (2012) ha llevado a cabo un análisis sobre las grandes campañas de prevención desarrolladas en el país en los últimos diez años desde la perspectiva de género y llegan a la conclusión de que las campañas publicitarias de prevención del consumo de drogas no están pensadas para que lleguen a las mujeres igual que a los hombres, y de ahí que la efectividad no sea la misma. Señalan la necesidad de eliminar los estereotipos tradicionales presentes en la mayoría de las campañas evaluadas y poner énfasis en el consumo problemático de sustancias, que su adicción es mayor en mujeres, como es el caso de los psicofármacos (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes (2012).

La evidencia científica que se va produciendo en el conocimiento de la influencia del género en los usos de drogas debería ser incorporada a la práctica de los profesionales del sector. Abordar las drogodependencias desde una perspectiva de género supone incorporar diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso, sus efectos y consecuencias. Así mismo, supone eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a programas y servicios preventivos y asistenciales (Romo, N., 2005). Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a ellas. Los programas preventivos universales deberían tener en cuenta la perspectiva de género, optimizando sus intervenciones, incidiendo en los factores de riesgo y protección que influyen específicamente sobre las mujeres y los varones. Los programas preventivos selectivos e indicados deberían estar diseñados específicamente para las mujeres por sus diferencias en la etiología de los consumos, sus patrones de consumo de drogas y en sus consecuencias.

El factor generacional condiciona los roles en que han sido socializados hombres y mujeres y establece grandes diferencias en las motivaciones y patrones de consumo de drogas. La adecuación de los programas de prevención a la perspectiva de género supone implementar programas para chicos y chicas jóvenes, y para hombres y mujeres de edad adulta. Incorporar la perspectiva de género en las intervenciones preventivas abre la puerta a la incorporación de las desigualdades de sexo, clase social y origen étnico en estas intervenciones preventivas.

4

ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIA DE METAS (GMT) Y MINDFULNESS

El hombre más lento, que no pierde de vista el fin, va siempre más veloz que el que vaya sin perseguir un punto fijo.

Franz Kafka

Sandra Santiago Ramajo

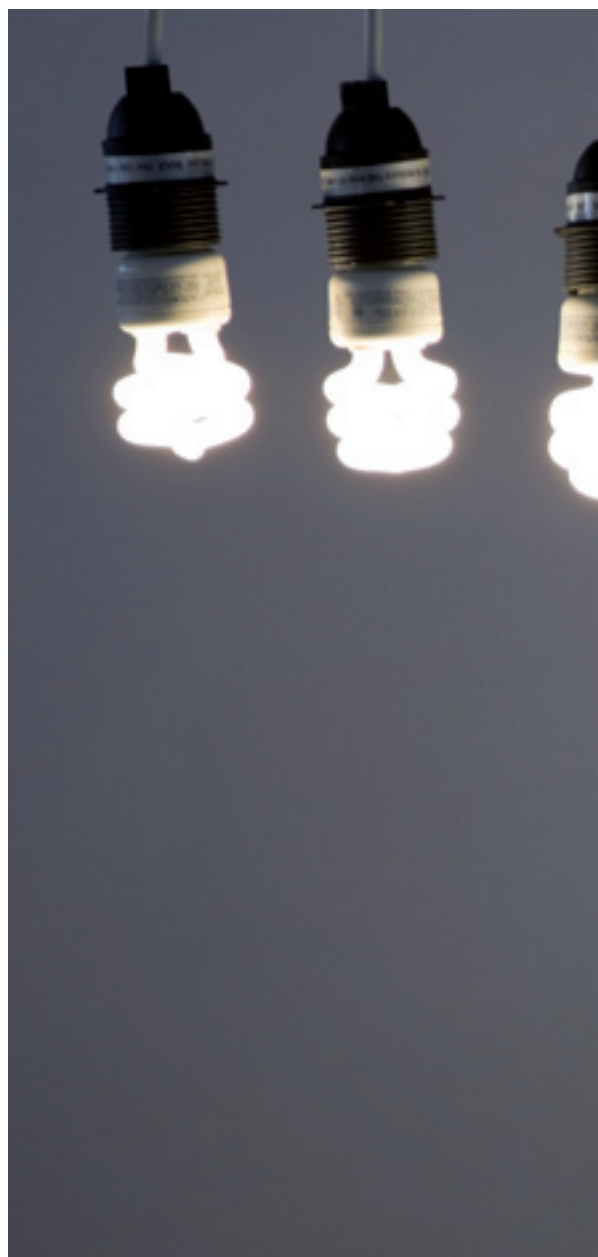
Doctora en Psicología por la Universidad de Granada y miembro del Grupo de Investigación "Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Clínica"

Carlos Valls Serrano

Grupo de Investigación de Neuropsicología Clínica. Universidad de Granada

Las conductas dirigidas a metas dependen de un procesamiento cognitivo de alto nivel como son las funciones ejecutivas asociadas al lóbulo frontal (Duncan, 1986). Las funciones ejecutivas están compuestas por cuatro componentes (Anderson, 2002): control atencional, flexibilidad cognitiva, fijación de objetivos y procesamiento de la información. La integración de estos componentes es importante para una conducta adecuada, su control emocional, su integración social y su funcionamiento cognitivo. La función de las metas es imponer coherencia en el comportamiento mediante el control de la activación o inhibición de las acciones que promueven o se oponen a la finalización de tareas.

En los últimos años, algunos estudios han demostrado que los consumidores de alcohol y los drogodependientes muestran daños en la toma de decisiones (Fernández-Serrano, Pérez-García & Schmidt Río-Valle, 2010; Fernández-Serrano, Pérez-García & Verdejo-García, 2011). Además, se han encontrado alteraciones en su experiencia emocional (Aguilar de Arcosetal, 2005). Debido a estas razones, es esencial complementar las terapias, como el Entrenamiento en Manejo de Metas, con otras terapias que realcen el control emocional, como la meditación Mindfulness, que constituye un estado de la conciencia en el que de manera consciente se atiende la propia experiencia momento a momento (Brown & Ryan, 2003). Mindfulness ha sido descrito como una práctica para aprender a centrar la atención y la conciencia, con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación, lo que se podría decir en otras palabras, experimentar el momento presente sin intentar cambiar nada (Bishop, 2004). Como consecuencia se obtiene una mejora de la salud física y mental, reduciendo síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Marchand, 2012). Este estado de conciencia se consigue mediante técnicas provenientes del budismo (Salmon et al, 2004) y en un intento de desligar las características religiosas y místicas del budismo, se han desarrollado terapias clínicas en grupo que utilizan manuales y técnicas estructuradas. Entre ellas destaca, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) desarrollada por el Dr. Jon Kabat-Zinn en el centro médico de la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 2005) y el programa adaptado Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2001). Ambos programas, tienen una duración de ocho semanas, con sesiones de dos horas de duración, y se caracterizan por cultivar el estado de mindfulness a partir de prácticas formales, como la meditación sentada, exploración del cuerpo o yoga con



mindfulness; con el objetivo de ir introduciéndolas poco a poco en la práctica diaria (Fjorback et al., 2011). El programa se aplica en grupo e incluye una educación acerca del estrés y entrenamiento en habilidades de adaptación (coping) y asertividad, además de la necesidad de realizar prácticas diarias de una media hora de duración. Cabe destacar que MBSR es un complemento terapéutico y no un sustituto al tratamiento médico (Kabat-Zinn, 1999).

La terapia de Entrenamiento en Manejo de Metas (Goal Management Training, GMT) fue desarrollada por Robertson, Levine, y Manly (2005) y es una estrategia de rehabilitación basada en la teoría de desorganización de la conducta derivada de daños frontales de Duncan et al. (1996). Una ventaja particular del GMT es que pone énfasis en el comportamiento cotidiano, ya que se centra en la planificación y ejecución de las actividades cotidianas con el fin de capacitar a los participantes en la gestión de metas, como por ejemplo, preparar la comida. GMT se compone de un paquete de materiales con presentaciones, cuaderno de tareas y actividades totalmente estandarizadas de siete sesiones de dos horas de duración (www.goalmanagementtraining.com). El entrenamiento está enfocado en varias etapas, que corresponden con cada uno

de los aspectos importantes de la conducta dirigida a objetivos. La etapa 1 va dirigida a la orientación, donde los participantes aprenderán a evaluar el estado actual de la conciencia mediante la parada del "piloto automático". En la siguiente etapa, se le enseñará al sujeto qué es la memoria de trabajo (pizarra mental) y cómo se introducen metas. En la cuarta etapa, se dedica a la toma de decisiones y la jerarquización de metas. La última etapa se ocupa del monitoreo, es decir, evaluar el resultado de la acción y, en caso de que no sea el resultado esperado, se repite el proceso.

En el año 2011 se publicó el único estudio de efectividad realizado con la terapia GMT junto con Mindfulness en sujetos drogodependientes (Alfonso et al., 2011). Se aplicaron ambas terapias a 18 sujetos en una comunidad terapéutica de Alicante durante siete semanas. Para comprobar la efectividad se compararon los datos con un grupo de 16 sujetos que recibieron el tratamiento estándar de la comunidad. Los resultados mostraron mejoras en memoria de trabajo, en atención selectiva, en inhibición de respuesta y en toma de decisiones, variables que suelen ser predictoras para un buen pronóstico del tratamiento y la prevención de recaídas (Passetti et al., 2008, Streeter et al., 2008).



“UNA VENTAJA PARTICULAR DEL GMT ES QUE PONE ÉNFASIS EN EL COMPORTAMIENTO COTIDIANO, YA QUE SE CENTRA EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE CAPACITAR A LOS PARTICIPANTES EN LA GESTIÓN DE METAS”

➤ Mesa redonda





1

INTERACCIÓN FAMILIAR
Y USO DE DROGAS: UNA
APROXIMACIÓN DESDE LA
EMOCIÓN EXPRESADA

2

ALTERACIONES
EMOCIONALES Y
DIFERENCIA DE GÉNERO EN
DROGODEPENDENCIAS

3

INTELIGENCIA EMOCIONAL
Y CONSUMO DE DROGAS
EN EL ÁMBITO LABORAL

1

INTERACCIÓN FAMILIAR Y USO DE DROGAS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA EMOCIÓN EXPRESADA

Juan Antonio Becerra García

Licenciado y Doctor en Psicología,
Máster en Psicología Clínica Aplicada y
Especialista Universitario en Psicología
Legal y Forense. Departamento de
Psicología, Universidad de Jaén

Diferentes aproximaciones empíricas al estudio de las drogodependencias hacen referencia a la importancia de los factores sociales en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo y abuso de sustancias. De forma específica, diferentes autores han destacado la relevancia de diferentes variables y factores de estructura e interacción familiar en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

A modo de resumen, diferentes trabajos (Hoffmann y Su, 1998; Storm y Haugland, 2005; entre otros) muestran que las variables y factores del ámbito familiar que con mayor frecuencia se han asociado al consumo de sustancias por parte de algún miembro familiar son los siguientes: Primero, un clima familiar negativo (por ejemplo, desorganización familiar, negatividad y rechazo, etc.); segundo, el conflicto familiar excesivo (por ejemplo, abusos verbales y físicos, críticas al miembro consumidor, etc.); tercero, la falta de comunicación adecuada entre los distintos miembros de la familia (por ejemplo, incomunicación familiar, ausencia de tareas compartidas entre los miembros, etc.); cuarto, estilos educativos inadecuados (por ejemplo, no existencia de normas familiares o ambigüedad de estas, exceso de protección, organización familiar rígida, etc.); y quinto, uso de drogas y actitudes favorables al uso de sustancias por familiares relevantes (por ejemplo, los padres).

Teniendo en cuenta la importancia que juegan el clima y la calidad de las interacciones que se dan en el núcleo familiar sobre la conducta adictiva de alguno de sus miembros, es relevante incluir a la familia en la intervención con este tipo de problemas (Dodge y Pettit, 2003; Saatcioglu, Erim y Cakmak, 2006; entre otros). Para ello un primer paso sería conocer la calidad de las relaciones familiares, la conflictividad de los componentes del

núcleo familiar hacia el miembro con problemas de consumo de sustancias. Un constructo para la medida de este tipo de variables familiares podría ser el denominado "Emoción Expresada", que ha sido utilizado con este propósito en diferentes tipos de patologías. El objetivo de este trabajo es realizar una introducción a la Emoción Expresada como constructo relevante para medir el clima familiar disfuncional en el campo del consumo de sustancias. Para conseguirlo, se presenta en primer lugar una descripción de sus principales componentes, de su importancia en salud mental y de la medida del mismo. En segundo lugar, se presentan diferentes investigaciones que los han utilizado en el campo de las drogodependencias. Por último, se recogen las principales conclusiones derivadas del trabajo desarrollado.

EL CONSTRUCTO EMOCIÓN EXPRESADA

La Emoción Expresada surge de modo pragmático para designar aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros. En concreto, surgió en el campo de la esquizofrenia donde numerosos estudios muestran la relación entre una alta Emoción Expresada y la recaída en esta patología (Muela y Godoy, 2003; Vaughn y Leff, 1976; Wuerker, Long, Haas y Bellack, 2002). Se podría decir que la Emoción Expresada es la forma en que la familia expresa su emoción o reacciona en la interacción con un miembro que presenta algún tipo de problema (como por ejemplo, una patología física, mental, etc.). Los componentes principales del constructo son los siguientes (Muela y Godoy, 2003; Vaughn y Leff, 1976):

- a. Crítica: Hace referencia a los comentarios críticos que el familiar realiza acerca de la conducta del miembro con problemas, sería la evaluación negativa del comportamiento de este, tanto en el contenido (desagrado, molestia, etc.) como en la entonación de lo dicho.
- b. Hostilidad: Es el componente que refleja los comentarios críticos extremos que implican una evaluación negativa generalizada, dirigida más en concreto a la persona que a la conducta o que implican un rechazo manifiesto de la persona.
- c. Sobreimplicación Emocional: Refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar e intentos de controlar excesivamente la conducta del otro miembro familiar. Dentro de este hay varios tipos: 1) Sobreprotección: sentimientos de compasión y excesiva permisividad del familiar hacia el miembro con problemas; 2) Manifestaciones emocionales intensas: el familiar siente lástima y la manifiesta (incluso con llantos, sollozos, etc.); 3) Desesperanza: el familiar siente que la situación es tan negativa que no le ve salida, manifestando tristeza, pesimismo, etc.; 4) Autosacrificio: hace referencia al coste emocional que supone para la familia el problema de uno de sus miembros (por ejemplo, un familiar proyecta sobre él mismo los problemas de otro).

La paz y la armonía constituyen la mayor riqueza de la familia.

Benjamín Franklin

El índice o nivel de Emoción Expresada de la familia se obtiene a partir de estos tres componentes, aunque existen otros dos componentes del constructo (Calor y Comentarios Positivos), ya que son los componentes que han mostrado un mayor valor predictivo (Muela y Godoy, 2003). En los Modelos de Vulnerabilidad en Salud Mental (Modelo de Vulnerabilidad de Zubing y Spring; entre otros) la enfermedad es función de dos parámetros, por un lado la vulnerabilidad o propensión (por ejemplo, factores neurobiológicos, personalidad, etc.), por otro, el estrés o variables disparadores (por ejemplo, acontecimientos vitales estresantes, estresores crónicos, etc.). La Emoción Expresada es una variable importante dentro de estos modelos de vulnerabilidad, ya que un alto nivel de Emoción Expresada es un estresor crónico (estresor de intensidad moderada de duración muy extensa). Este tipo de estresores son los que poseen mayor significado para la salud (Lazarus y Folkman, 1986) de ahí la relevancia del constructo como elemento que influye en el curso y recaída en diferentes patologías. Para su evaluación se han utilizado principalmente instrumentos tipo entrevista (Camberwell Family Interview y Muestra de Habla de Cinco Minutos, principalmente) y tipo autoinforme (Level of Expressed Emotion; Family Attitude Scale; Family Questionnaire; entre otros), aunque la evaluación es uno de los campos que requieren de mayor investigación para aumentar la aplicabilidad clínica del constructo (para una revisión ver Becerra-García, 2011).

A pesar de esto, diferentes trabajos han estudiado directamente el constructo en el campo de las drogodependencias, encontrándose que la alta Emoción Expresada predecía la probabilidad de recaída en pacientes alcohólicos y con patología dual, de igual forma predecía la recaída y el abandono terapéutico en consumidores de heroína y favorecía el inicio del consumo de sustancias en niños y adolescentes (Caspi et al. 2004; García, 1999; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart y Cutter, 1998; Pourmand, Kavanagh y Vaughan, 2005; entre otros). En otros trabajos, aunque no se estudia directamente el constructo, se observa que los principales componentes (es decir, las críticas, hostilidad y la sobreimplicación de los familiares) se relacionan con el curso y prevención de la drogodependencia (McArdle et al., 2002; entre otros).

CONCLUSIONES

En relación al objetivo del trabajo, los diferentes estudios consultados parecen mostrar que la Emoción Expresada es una medida que puede ser de importancia para el estudio de las relaciones e interacciones familiares en los problemas de consumo de sustancias. Esta importancia puede justificarse, en primer lugar, por los resultados de las diferentes aproximaciones empíricas que ponen de manifiesto la relevancia de la medida en el inicio y recaída del consumo de diversas sustancias. En segundo lugar, porque es un constructo relevante como variable disparadora de patología mental (según trabajos realizados con diferentes grupos clínicos) que es susceptible de ser cuantificada.



“los familiares más relevantes en la manifestación de alta Emoción Expresada son los padres y esposos”

A pesar de esta relevancia, en el campo de las drogodependencias es una variable escasamente utilizada si atendemos al número de trabajos que directamente la han aplicado. Los componentes de Crítica y Hostilidad son los que en mayor medida se han relacionado con el inicio y recaída en los trabajos que han estudiado el constructo en drogodependencias, siendo los familiares más relevantes en la manifestación de alta Emoción Expresada los padres y esposos de personas que consumen sustancias. En relación a esto, otros estudios que no estudian de manera directa la Emoción Expresada enfatizan el papel de los diferentes componentes del constructo como variables que influyen en el consumo, por lo que en base a lo hallado su medida podría ser relevante en el estudio del clima familiar en los estudios sobre drogodependencias. Pero además de en la evaluación, la Emoción Expresada parece adecuada como una variable a tener en cuenta en la intervención terapéutica en drogodependencias, ya que al ser una situación estresante crónica genera unas respuestas psicológicas en la persona consumidora que pueden ser intervenidas por medios de técnicas adecuadas dirigidas tanto a la persona que padece el problema como a los familiares que la manifiestan.

Uno de los problemas inherentes del constructo es el relativo a su evaluación, siendo necesario una mayor investigación en este campo para hacer más aplicable la medida del mismo en contextos clínicos. También sería conveniente tener en cuenta la percepción del clima familiar por parte de la persona consumidora, que suelen percibir de forma negativa su situación socio-familiar y ante situaciones de alta Emoción Expresada puede haber diferencias individuales en la intensidad estresante de la situación. En resumen, si atendemos a lo encontrado podemos decir que forma específica serían deseables un mayor número de trabajos que aborden el estudio de la Emoción Expresada en drogodependencias, y de forma general se deberían desarrollar estudios que intenten aumentar la aplicabilidad clínica del constructo a este y otro tipo de patologías donde se ha mostrado relevante.

2

ALTERACIONES EMOCIONALES Y DIFERENCIA DE GÉNERO EN DROGODEPENDENCIAS

María José Fernández Serrano

Doctora en Psicología por la Universidad de Granada

Sandra Santiago Ramajo

Doctora en Psicología por la Universidad de Granada y miembro del Grupo de Investigación "Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Clínica"



La evidencia acumulada respecto a la fisiología y epidemiología del uso y abuso de drogas indica que existen diferencias evidentes entre hombres y mujeres (Carroll et al., 2004; Lynch et al., 2002). Por ejemplo, distintos estudios han encontrado que las razones que llevan al uso de las drogas varían entre hombres y mujeres, existen diferentes factores de riesgo para el uso de drogas, tienen diferentes patrones de uso, presentan diferentes patrones de progresión a la dependencia de las drogas y experimentan diferentes efectos del uso, tanto a nivel psicológico como a nivel físico.

Respecto a los motivos que llevan a unos y a otros al uso de las drogas, por ejemplo, en lo referido al alcohol, las mujeres son más propensas que los hombres a consumir alcohol en respuesta a una situación de estrés y a emociones negativas. Por el contrario, los hombres son más propensos a consumir alcohol para incrementar las emociones positivas o ajustarse a un grupo (Annis et al, 1995). Según los últimos estudios, los hombres son 2,2 veces más propensos a padecer abuso de drogas y son 1,9 veces más propensos a tener dependencia a las drogas (Greenfield et al., 2010). Las mujeres parecen más vulnerables que los hombres a los efectos reforzantes de psicoestimulantes, opiáceos y nicotina, durante distintas fases del proceso adictivo. Asimismo, algunos

estudios indican que las mujeres consumidoras de drogas continúan consumiendo las drogas durante más tiempo que los hombres, aunque son los hombres los que experimentan una transición más acelerada desde el consumo casual y controlado al consumo incontrolado y patrones de "atracones" (Kosten et al., 1996; Lynch et al., 2002; Westermeyer and Boedicker, 2000). Además, las mujeres suelen informar de mayores tasas de angustia subjetiva antes y después del inicio del consumo de la droga, mientras que los hombres informan de mayores síntomas depresivos después del uso de drogas (Brady and Randall, 1999; Kosten et al., 1993; Sinha and Rounsaville, 2002). Otras investigaciones han estudiado diferencias de género en la respuesta de estrés asociado a las recaídas. Mientras que en las mujeres las recaídas parecen estar más asociadas a los afectos negativos y a los problemas interpersonales, en los hombres es más probable que estén asociadas a experiencias positivas (Sinha, 2001; Sinha et al., 2007; Walitzer and Dearing, 2006). Se ha encontrado una descompensación en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenocortical en las mujeres, que puede ser la clave para una mayor vulnerabilidad a las recaídas en respuesta a las emociones negativas, ya que puede estar asociada con la mayor intensidad emocional en los niveles inferiores de este eje (Fox et al., 2008).

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta que, tanto en animales como en humanos, existen diferencias de género significativas tanto a nivel hormonal como de funcionamiento de neurotransmisores a nivel cerebral, por tanto es esperable que tanto el reconocimiento como la experiencia de las emociones sean diferentes entre hombres y mujeres. En una reciente revisión de estudios experimentales que han empleado resonancia magnética funcional en hombres y mujeres, Whittle et al. (2011) encontraron diferencias de género en los mecanismos neuronales que subyacen a los procesos emocionales. Las conclusiones de esta revisión mostraron que los hombres y mujeres utilizan estrategias diferentes durante el procesamiento emocional, más concretamente: (1) las mujeres perciben las emociones mejor que los hombres porque utilizan regiones cerebrales diferentes durante la percepción emocional; (2) las mujeres son más reactivas a los estímulos emocionales, especialmente aquellos estímulos que son desagradables, amenazantes o traumáticos (en general, estímulos emocionales negativos), que se puede deber a que la amígdala se activa más en las mujeres que en los hombres durante la percepción de los estímulos de miedo; (3) los hombres son más eficientes en la regulación de las emociones y (4) las mujeres experimentan emociones con mayor frecuencia e intensidad. Asimismo, en un reciente meta-análisis de Else-Quest et al. (2012) se han encontrado diferencias de género en la experiencia emocional de emociones negativas como la vergüenza y la culpa, donde las mujeres parecen más sensibles que los hombres.

Estas diferencias de género tanto en los patrones de uso de drogas, los motivos del consumo, las emociones asociadas a este, y las diferencias en la percepción, expresión y experimentación emocional, unido a la baja prevalencia de mujeres encontradas en los centros de rehabilitación, hacen especialmente complicada la realización de investigaciones sobre alteraciones emocionales y género en esta población. A continuación se exponen los principales hallazgos que se han encontrado en este ámbito.

Con respecto al consumo de alcohol, se ha encontrado que a nivel agudo, es decir, tras la ingesta de la sustancia, existen diferencias de género en el procesamiento de las expresiones faciales de contenido emocional (Attwood et al., 2009a). En este estudio, los hombres mostraron mejor reconocimiento de expresiones faciales tristes después del consumo de dosis altas de alcohol, pero no se encontraron diferencias de género en el procesamiento de las expresiones de ira o felicidad. En cambio, Kano et al. (2003) encontraron que los hombres discriminaban más rápido expresiones faciales felices después de dosis bajas en comparación con dosis más altas de alcohol, pero no encontraron efectos en las expresiones de tristeza, ira o de sorpresa. Estos autores afirman que los efectos relacionados con la dosis sobre el procesamiento de expresiones faciales felices podrían deberse a los efectos bifásicos del alcohol, por lo que dosis bajas inducen a efectos estimulantes que pueden influir selectivamente en el procesamiento de los estímulos faciales de felicidad, en comparación con dosis más altas que inducen a efectos depresores. Sin embargo, otros estudios realizados en consumidores de alcohol abstinentes, si bien reflejan un peor reconocimiento emocional general de los consumidores, no reflejan diferencias en función del género (Kornreich et al., 2003).

En opiáceos, distintos estudios muestran que consumidores de estas sustancias en período de abstinencia también presentan dificultades en el reconocimiento global de las distintas emociones (Kornreich et al., 2003). Asimismo, en la experiencia

de emociones, los consumidores de opiáceos experimentan una menor activación ante imágenes emocionales de contenido activante a pesar de una mayor sensación de control subjetivo sobre su experiencia emocional (Aguilar et al., 2005). Sin embargo, en abstinentes de estas sustancias, hasta donde llega nuestro conocimiento, ni en percepción ni en experiencia de emociones se han encontrado diferencias en función del género.

En psicoestimulantes, a nivel agudo, se han encontrado diferencias de género sobre los efectos de la ingesta de anfetaminas de individuos sanos o no dependientes del uso de drogas (White et al. 2007). Los resultados mostraron que de forma aguda las anfetaminas empeoran la toma de decisiones de los hombres, que se inclinan hacia opciones más arriesgadas y peligrosas, frente a las mujeres que se comportan como los sujetos que ingirieron placebo en este estudio. Sin embargo, en sujetos dependientes del uso de cocaína, algunos estudios han observado incrementos en la activación fronto-límbica de mujeres frente a hombres en respuesta al estrés que ha sido asociado a un mayor riesgo de las consecuencias de las emociones negativas en las mujeres sobre el control cognitivo (Li et al., 2009; de Visser et al., 2010).

En relación al cannabis, aunque hasta donde llega nuestro conocimiento no existen estudios sobre diferencias de género en el reconocimiento y experiencia emocional de consumidores de esta sustancia, algunos estudios reflejan diferencias de género asociadas al estado emocional previo a la ingesta. En concreto, algunas investigaciones muestran que las mujeres son más susceptibles a cambios hemodinámicos inducidos por el cannabis (Mathew et al., 2003) y consumen marihuana de forma más frecuente cuando tienen un estado de ánimo negativo o ansioso (Patton et al., 2002), llegando a reducir tanto los niveles conductuales como los niveles emocionales relacionados con el estado ansioso.

“Mientras que en las mujeres las recaídas parecen estar más asociadas a los afectos negativos y a los problemas interpersonales, en los hombres es más probable que estén asociadas a experiencias positivas”

CONCLUSIONES

Aunque la evidencia científica sugiere diferencias entre hombres y mujeres tanto en el procesamiento emocional como en los patrones de consumo de drogas, existen escasos estudios que evidencien de forma clara estas diferencias de género en individuos consumidores de drogas. Los estudios existentes han sido realizados con muestras pequeñas y los resultados que arrojan son contradictorios en ocasiones. Más investigaciones a este respecto deberían ser realizadas.

3

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Cada organismo está animado por una tendencia intrínseca a desarrollar todas sus potencialidades y a desarrollarlas de forma que favorezcan su conservación y su enriquecimiento.

Carl Rogers (1902-1987)

Dionisio Contreras Casado

Diplomado en Trabajo Social y Educación Social. Experto universitario en Tratamiento y Prevención de las Drogodependencias y en Inteligencia Emocional. Técnico de Prevención de riesgos Laborales en CECAM (Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha)

Formamos parte de una "cultura etílica", que hace del alcohol, protagonista de sus festejos, sus celebraciones y sus remedios. El alcohol forma parte de los negocios, y se encuentra presente en la vida laboral. Así, uno de cada tres accidentes laborales graves está relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas, y el perfil del alcohólico en el entorno laboral es un varón de entre 25 y 40 años.

El consumo de drogas, y concretamente de alcohol, en el ámbito laboral, tiene una repercusión directa, no sólo sobre el rendimiento, sino también sobre la siniestralidad. Los principales factores de riesgo del consumo de drogas en el ámbito laboral, son de naturaleza organizacional y personal, por lo que las estrategias preventivas, han de tener en cuenta, estos factores.

Las drogas constituyen uno de los más importantes factores de riesgo laboral, y a este respecto, es conveniente mencionar lo categórica que se muestra la Organización Internacional del Trabajo: "Los adictos y los alcohólicos sufren más accidentes laborales que el resto de los trabajadores".

Cabría añadir que, el riesgo no sólo es para el propio trabajador adicto, sino que es extensivo a sus compañeros. Por todo ello, cabría incluir el consumo de estas sustancias dentro de los programas de prevención de riesgos laborales. Las consecuencias más habituales del consumo de drogas en el trabajo son: descenso de productividad, absentismo, aumento de la siniestralidad (en el ámbito laboral o "in itinere"), disminución de la producción, menoscabo de las relaciones laborales o deterioro de la imagen de la empresa, son algunas de ellas. Entre el 20-40% de los expedientes disciplinarios tramitados por las empresas están relacionados con el consumo de alguna droga.

Es evidente que la calidad del trabajo se resiente por la indisposición que las adicciones producen, lo que deriva en fallos abundantes que merman la calidad del producto. El trabajador adicto a alguna droga, aumenta sus ausencias al trabajo (se multiplican por tres), normalmente por indisposiciones cortas pero habituales, ya que el adicto tiene más predisposición a enfermar; dado que su salud está resentida por la intoxicación crónica de la droga que consume.

Por un lado, entiendo que el trabajo debe de ser concebido como instrumento de realización personal, y que esto trasciende una concepción del trabajo como simple medio de subsistencia.

Cuando la desmotivación se apodera de un trabajador, cuando ya no vibra con lo que hace, cuando uno siente que el trabajo no le transforma y le perfecciona como persona, e incluso que trabajar atenta contra la estructura de lo que uno ES, entonces tenemos el caldo de cultivo para que prosperen conductas dependientes, y todo tipo de emociones displacenteras. Alcoholismo, tabaquismo, abuso de café, o consumo de drogas ilegales anidan bien en este perfil de trabajador.

Reencontrarnos con el inmenso placer de trabajar, y armonizar lo que SOMOS con lo que HACEMOS (vocación), nos va a dotar de instrumentos y herramientas emocionales, que va a alejar del trabajador la necesidad de usar drogas para afrontar la realidad, o para esconderse de ella. En este sentido, dar respuesta, y elaborar una reflexión sobre "¿Qué soy?", "¿Cuál es mi valor como persona?", "¿Qué necesito hacer?", "¿Cuáles son mis aptitudes?", va a ayudar al trabajador a identificar metas y objetivos personales, y a unificar "lo que quiere hacer" con "lo que está haciendo".

Muchos trabajadores, se han visto en un trabajo, sin haber tenido la percepción de haberlo elegido. Quizá en un pasado adolescente o juvenil, se vieron altamente presionados por la ansiedad de un futuro profesional incierto, y han terminado trabajando a desgana, y fuertemente desmotivados, en algo que no les realiza, o sienten que no han elegido.

Por otro lado, aumentar el conocimiento personal, la capacidad de gestión emocional, tener una "actitud activa" para conseguir los objetivos personales, así como aprender a manejar situaciones conflictivas, de riesgo o de tensión, han de estar en la base de cualquier estrategia preventiva del consumo de drogas en el trabajo.

Uno de los factores organizacionales, de protección mayor, frente al consumo de drogas, y siempre en el contexto de la empresa, es el derivado del clima laboral, de la capacidad de resolver los conflictos, de los estilos de mando o liderazgo, y de la valoración, que ha de pasar de ser de la tarea, a la valoración del individuo, del trabajador.

Es más que evidente y consensado, que la totalidad de los conflictos que se dan en la empresa, y de los problemas laborales, no tienen que ver con el cociente intelectual de ninguno de los actores en cuestión, sino con otra serie de factores y variables relacionadas con lo que se conoce como



Inteligencia Emocional, y que se refiere a la capacidad de las personas a “manejar” adecuadamente sus emociones, conocer sus propias motivaciones, o saberse poner en el punto de vista de su compañero. Aspectos estos, que afloran siempre en cualquier problema laboral, y que mucho tienen que ver con cómo nos comunicamos con nuestros compañeros en nuestro trabajo.

Tanto es así, que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, consciente de que el desarrollo emocional de las personas, no sólo influye en su ámbito personal, sino también en el mundo de las relaciones profesionales, tiene editadas dos Notas Técnicas de Prevención (la n° 569: Prevención e inteligencia emocional (I): enseñanza de la prevención y recuerdo emocional, y la n° 570: Prevención e inteligencia emocional (II): capacidad de influencia y recursos lingüísticos). En ambas, se reflexiona sobre cómo transmitir mensajes, con alta eficacia preventiva, a la plantilla, y su puesta en práctica, puede reportar a la organización, o compañía, incalculables beneficios.

Dicho de otro modo, ambas se refieren a como influir y persuadir a los trabajadores del riesgo que se deriva de su actividad laboral, a como enviar mensajes claros y convincentes, como negociar y resolver conflictos, o sobre como orientar y liderar un grupo, de modo que se genere un clima de trabajo agradable. En este sentido, la NTP n° 570 advierte de la importancia de una comunicación de calidad en el ámbito laboral: la forma en que son transmitidos los mensajes, la forma en que éstos adquieren la capacidad de estímulo para el receptor, no es únicamente intrínseca a la propia verbalización del mensaje. Que el mensaje sea transmitido por uno u otro emisor es parte de la “forma” del mensaje. Igualmente lo es, que el mensaje se lance a un grupo o a un individuo o que, fuera del propio mensaje lingüístico, se ofrezca al receptor determinada imagen, gesto, modelo, etc. que suponga incorporar, como no puede ser de otra manera, el mundo de la denominada “comunicación no verbal” al capítulo de comunicaciones interpersonales operativas”.

Efectivamente una comunicación persuasiva, y emocionalmente inteligente, es un difícil reto para cualquier líder, sin embargo cuando se consiguen logros en este sentido, el trabajador se siente más integrado, más contento, y con mayor calidad de vida. Su motivación se desarrolla; sus relaciones con los compañeros mejoran; la implicación en el trabajo aumenta, por lo tanto

“EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL, TIENE UNA REPERCUSIÓN DIRECTA, NO SÓLO SOBRE EL RENDIMIENTO, SINO TAMBIÉN SOBRE LA SINIESTRALIDAD”

su eficacia y eficiencia; se responsabiliza de sus funciones, y prospera su autonomía. En resumidas cuentas: aumenta la rentabilidad de la empresa, disminuyen los riesgos, aumenta el bienestar y la valoración personal, y por lo tanto decrece el riesgo del consumo de drogas.

No es habitual encontrarnos con un director o coordinador de equipo como el descrito en el párrafo anterior, sino más bien con un líder, que actuando incongruentemente con lo que siente: se enfada sin enfadarse, o se contenta sin contentarse, y que cuando transmite algo a sus subordinados, lo hace llevado por convicciones del tipo: “las cosas no tienen arreglo”, “siempre ha sido así”, o “yo no puedo hacer nada”. Muy a menudo se queja de que él no es el responsable de nada, de que él se limita a obedecer órdenes, y se justifica diciendo que él sólo hace su trabajo (sus emociones para cuando llegue a casa).

Evidentemente, en un entorno laboral, todos comunicamos, y si nos centramos en el directivo, es porque ellos se convierten, con su puesto, en modelo de comunicación hacia los demás, y por lo tanto, su responsabilidad comunicativa, dado el puesto que ocupan, es mayor. Es vital que el líder identifique y comprenda, tanto sus emociones como las de sus subordinados, y que más pronto que tarde, se de cuenta de cuando él siente una emoción, o cuando percibe emociones en el equipo, o en alguno de sus miembros. Así se evitan buena parte de conflictos emocionales.

Las empresas no necesitan “mesías” que se creen capaces “por sí mismos”, de solucionar, implantar y ejecutar “impositivamente” planes o procesos, dar respuesta a todos los conflictos y problemas que surjan derivados del trabajo o las relaciones interpersonales entre los miembros de los equipos. Precisan más bien de líderes que sepan integrar visiones, que sepan enseñar a aprender, emocionalmente habilidosos para promover alianzas y componer un proceso armónico, donde el resto de integrantes ven contradicciones irreconciliables.

La principal diferencia existente entre superiores o líderes emocionalmente inteligentes y aquellos otros que no lo son, no es que aquellos tienen más habilidades técnicas, más conocimientos, mejor currículo académico, o mayor cociente intelectual; la diferencia, es el modo en que gestionan sus emociones y las relaciones, su capacidad para empatizar con sus trabajadores, de motivar al grupo, de perseverar en el trabajo, y sobre todo son jefes que articulan todos los valores compartidos por la plantilla, con el objetivo de que sus integrantes encuentren un significado a su trabajo, ya que encontrarlo es el principal factor de protección frente al consumo de drogas.

Los individuos, son el capital principal de cualquier organización, y que gocen de salud, y no usen las drogas, constituye no sólo una inversión a largo plazo, sino también una responsabilidad de toda organización.

➤ Mesas de experiencia





mesa 1
PREVENCIÓN

mesa 2
INVESTIGACIÓN

mesa 3
TRATAMIENTO

1

FACTORES EMOCIONALES APLICADOS EN LA PREVENCIÓN ESCOLAR Y FAMILIAR: EVALUACIÓN DEL PROGRAMA "ENTRE TODOS"

Belén Quintero Ordóñez

Profesora Titular del Centro de Magisterio "Sagrado Corazón", Universidad de Córdoba.
Licenciada en Pedagogía. Master de investigación en Drogodependencias

Actualmente el aumento del consumo de sustancias legales (tabaco y alcohol), de drogas de transición (cannabis), el policonsumo, la baja percepción de riesgo por parte de la adolescencia y la juventud, la consideración de estos consumos en el contexto de una cultura de ocio y diversión, constituyen el escenario propicio para continuar el trabajo que se inició en el año 2000 desde la Asociación Proyecto Hombre en el ámbito de la prevención de las drogodependencias, junto con la evaluación externa que se está llevando a cabo en el programa de prevención "Entre Todos" en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria, que constata que el programa debe adaptarse a los cambios de perfil de la población destinataria, y la inclusión de las Tecnologías de la Información y la Comunicación para hacer del programa una herramienta dinámica y atractiva para el alumnado.

Estas palabras presentan un panorama de la adolescencia y de la juventud totalmente deslucido y sin visiones de perspectiva de cambio; sin embargo, para los técnicos de prevención de adicciones que trabajan día a día en cada uno de los 26 centros en los que se conforma la Asociación, suenan a esperanza y futuro sobre el trabajo que realizan a diario; dicha situación les conduce a continuar la lucha de trabajar por y para la prevención de drogodependencias desde los distintos ámbitos en los que tiene cabida, y mejorar los programas actuales para dar respuesta a las necesidades que surgen.

Antes de continuar la exposición debemos clarificar qué significa la prevención de drogodependencias. Nos referimos a "un proceso activo de implementación de iniciativas, tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta y el consumo de drogas" (E. Martín, 1995).

Para los profesionales que abordan el concepto de prevención de drogodependencias, debemos hacer hincapié en el apartado concerniente a la formación integral de la persona dando un paso más allá; uniendo formación integral de la persona a su educación e inteligencia afectiva. Esto es así porque, como bien apunta Valentín Martínez-Otero (2006), la educación afectiva en la escuela nace de la necesidad de atender íntegramente a la persona. Es decir, nuestra labor principal desde la prevención de drogodependencias es atender todos los aspectos de la persona, incluyendo su parte emocional. La prevención se basa en desarrollar competencias y habilidades de enfrentamiento ante el ofrecimiento de sustancias, abordando la toma de decisiones, la gestión emocional, la información sobre sustancias...

La Educación integral que consideramos debe abordar, como hemos comentado, todos los aspectos de la persona (conocimientos, habilidades, gestión emocional, toma de decisiones...), necesita centrarse en el apartado emocional. Podemos definir la inteligencia emocional como:

"La capacidad para conocer, expresar y controlar el pensamiento y la afectividad, sobre todo los sentimientos, las emociones, las pasiones y las motivaciones" (Martínez-Otero, 2006:5).

Desde la Asociación Proyecto Hombre todos los programas de prevención que se llevan a cabo en los distintos sectores prestan especial atención a las áreas emocional, toma de decisiones, pensamiento crítico...; desarrollando programas en los tres niveles de prevención existentes en la actualidad: prevención universal, selectiva e indicada, acuñando la propuesta planteada por Gordon (1987).

Universal	Prevención dirigida a todo el grupo diana, sin distinción y sin identificación de aquellos que están en riesgo, beneficiando a toda la comunidad con mensajes y programas dirigidos a prevenir el inicio o demorar el consumo de sustancias.
Selectiva	Prevención dirigida a un subgrupo de la población que, por su edad y sus características, se consideran en mayor riesgo de consumir sustancias, siendo identificados de acuerdo a la naturaleza y el número de factores de riesgo a los cuales pueden ser expuestos, y definidos según su edad, género, historia familiar, comunidad u otras características.
Indicada	Prevención dirigida a un subgrupo de la población que ya se ha iniciado en el consumo, sin cumplir los criterios de dependencia o que se encuentran en situación de alto riesgo. Se dirigen especialmente al individuo y a sus factores de riesgo personales. La meta es la reducción de la primera vez del abuso de sustancias y la reducción en el tiempo del consumo que se lleva a cabo, o la reducción en la severidad del abuso.

En la Asociación Proyecto Hombre se diseñan, desarrollan e implementan programas de prevención en estos tres niveles gracias a la labor de la Comisión de Prevención (miembros de las distintas zonas geográficas en las que se divide la Asociación que trabajan voluntariamente para mejorar la prevención de drogodependencias).

En este caso concreto, nos centraremos en la prevención universal.

La Comisión Nacional de Prevención, al elaborar programas eficaces, eficientes y válidos, se apoya en los principios de prevención que plantea el National Institute on Drug Abuse (NIDA), (en la adaptación de E. Becoña, 1999) siendo éstos:

1. Los programas de prevención deben diseñarse para potenciar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, cannabis e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social, junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas de los usuarios.
4. Los programas de prevención dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, tales como grupos de discusión de compañeros, más que la enseñanza didáctica de técnicas solas.
5. Los programas de prevención deberían incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo, y que genere oportunidades para discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.
6. Los programas de prevención deberían ser a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales. Por ejemplo, los esfuerzos basados en la escuela dirigidos a estudiantes de educación primaria y secundaria deberían incluir sesiones de apoyo para ayudar al periodo crítico de transición entre la educación secundaria y el bachillerato.
7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los chicos.
8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en la política, tales como nuevas regulaciones que restrinjan el

acceso al alcohol, tabaco u otras drogas, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.

9. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención del abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones, y también sirve como importante escenario para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas, tales como chicos y chicas que tengan problemas de conducta o dificultades de aprendizaje, y los que son posibles marginados.
11. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema de abuso de drogas en cada comunidad.
12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intensivo y debería comenzar antes.

El programa que mejor recoge todos los requisitos comentados hasta el momento se refiere al programa de prevención universal escolar y familiar "Entre Todos".

El programa "Entre Todos" es un programa de la Asociación Proyecto Hombre que implica a todos los agentes preventivos existentes en los centros educativos: alumnado, docentes y familia. Con cada uno de los sectores, se realiza un trabajo individualizado y adaptado a las necesidades de cada uno. Con respecto al profesorado, el programa establece una formación on-line a través de la plataforma virtual (www.formacionpph.es), donde el docente aprende los conceptos básicos para abordar las drogodependencias desde el centro educativo, adquiriendo habilidades y herramientas para poder llevarla a cabo en las aulas con el alumnado. Además, el docente cuenta con el apoyo y supervisión constante del equipo técnico de prevención. Es, pues, el profesorado quien desarrolla el programa en el aula con el alumnado, incluyendo dicho programa de prevención en el Plan de Acción Tutorial del propio centro.

"EL PROGRAMA ES EFECTIVO. SIN EMBARGO NECESITA ADAPTARSE AL CAMBIO DE PERFIL Y DE NECESIDADES DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA, PRINCIPALMENTE EL ALUMNADO"

El último eslabón del programa es el trabajo con la familia del alumnado que está llevando a cabo el programa, con quien el equipo técnico de prevención trabaja, ayudándoles a desarrollar herramientas y estrategias para convertirse en excelentes agentes preventivos de drogodependencias dentro de su hogar.

Este programa de prevención actualmente se desarrolla a lo largo del último ciclo de Educación Primaria (5º y 6º) y en toda la etapa educativa de Educación Secundaria Obligatoria (1º a 4º).

Gracias a la evaluación que se está desarrollando en torno al propio programa por agentes externos, se constata que el programa es efectivo. Sin embargo, como iniciábamos este artículo, necesita adaptarse al cambio de perfil y de necesidades de la población destinataria, principalmente el alumnado. La investigación que se está desarrollando abarca un estudio longitudinal de cuatro años de duración en el que, teniendo en cuenta un análisis cuantitativo y cualitativo del programa, se llega a conclusiones muy claras, que provocan un nuevo proyecto de trabajo por parte de la Comisión de Prevención de la Asociación Proyecto Hombre, con el fin de mejorar y modificar el programa original, manteniendo sus puntos fuertes y mejorando sus debilidades.

La evaluación expresa que el programa tal como está confeccionado no permite la flexibilidad, ni resulta atractivo para el alumnado. Esto es debido a que el programa nace en el año 2000; han pasado trece años y necesita adaptarse a los requerimientos tecnológicos que actualmente tenemos a nuestro alcance.

Otro detalle a contemplar es que el programa debe mejorar el desarrollo de habilidades y destrezas en el alumnado debido a que la percepción de riesgo ante el consumo de sustancias, principalmente tabaco, alcohol y cannabis, es muy baja: situación que provoca que el alumnado, por muchas habilidades que

desarrolle, no concibe como un riesgo para su salud el consumo de estas sustancias, ya que, socialmente, están aceptadas, ya sean legales (tabaco y alcohol) como ilegales (cannabis).

Otro aspecto fuerte que el programa debe mantener es la formación primordial que se le brinda al profesorado; es el principal agente preventivo dentro del aula y el referente del alumnado. Por lo tanto, debe estar muy bien formado. Estos profesionales aplauden la iniciativa de modificar la formación presencial por la virtual para adaptarse a la falta de tiempo actual.

Otra baza fuerte es el trabajo que se desarrolla con la familia. Desde Proyecto Hombre se considera fundamental trabajar con las personas que más cerca están de la adolescencia y de la juventud; si la familia no modifica sus patrones, los jóvenes, por mucho que cambien, no tienen por qué continuar su proceso de crecimiento saludable.

Sí es cierto que actualmente el programa es muy largo y provoca el cansancio y aburrimiento por parte de los docentes. Ante esta situación, la comisión de prevención está trabajando en las modificaciones del mismo.

Las novedades que tendrá el nuevo programa, que estará en las aulas a partir de 2013, son que es un programa flexible y modular donde los docentes y los centros educativos podrán elaborar su propio itinerario formativo atendiendo a las necesidades del alumnado, del centro y de la familia.

Constará de seis módulos con una batería amplia de actividades donde el docente podrá escoger las que mejor se adapten a la idiosincrasia de su alumnado.

Todas las cuestiones del nuevo programa de prevención universal escolar y familiar están en fase de elaboración, por lo que no se pueden desvelar más detalles hasta que finalice el proceso de mejora.

“El programa tal como está confeccionado no permite la flexibilidad, ni resulta atractivo para el alumnado”



MESA

1



PREVENCIÓN

2

GESTIÓN EMOCIONAL COMO FACTOR DE PROTECCIÓN FRENTE AL CONSUMO DE DROGAS

“las competencias emocionales incluidas en la **Inteligencia Emocional** pueden ser aprendidas y entrenadas, previniendo así futuras conductas de riesgo”

Dionisio Contreras Casado

Diplomado en Trabajo Social y Educación Social. Experto universitario en Tratamiento y Prevención de las Drogodependencias y en Inteligencia Emocional. Técnico de Prevención de riesgos Laborales en CECAM (Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha)

¿No es cierto que el hombre busca propia y originalmente ser feliz? (...) Yo diría que lo que el hombre quiere realmente no es, al fin y al cabo, la felicidad en sí, sino un motivo para ser feliz. En cuanto lo encuentra, la felicidad y el placer surgen por sí mismos.

Viktor Frankl

El abuso de drogas, y más concretamente, el consumo de alcohol, constituye un problema laboral con numerosas consecuencias. Existen sectores productivos que registran mayor consumo de drogas, afectando al proceso de la empresa, aumentando la accidentabilidad, incrementando el absentismo, y dañando gravemente el clima laboral.

Los factores de riesgo que se asocian a las conductas del consumo de drogas, si bien son numerosos, los podemos categorizar en: organizacionales y personales. Muchos de estos factores de riesgo no pueden ser modificados, si bien las competencias emocionales incluidas en la Inteligencia Emocional pueden ser aprendidas y entrenadas, previniendo así futuras conductas de riesgo, y constituyendo factores de protección con respecto al consumo de drogas.

Está suficientemente demostrado que aquellos trabajadores con un mayor repertorio de competencias emocionales basadas en el manejo y la regulación de sus propias emociones no necesitan utilizar otro tipo de reguladores externos, como son las drogas, para enmascarar estados de ánimo displacenteros derivados del trabajo.

Pero para hacer prevención, debemos conocer los factores de riesgo que llevan a un trabajador al consumo abusivo de

drogas. Este es un tema difícil, no obstante, a efectos de análisis, y como hemos señalado anteriormente podemos dividir dichos factores en:

FACTORES ORGANIZACIONALES

- Patrones instaurados para algunos sectores profesionales: construcción, artistas, trabajadores del mar...
- Relaciones sociales (en el ámbito laboral), que se celebran con alcohol: comerciales, ejecutivos, agentes de ventas...
- Trabajadores que tienen mucha facilidad para acceder al alcohol: camareros o cocineros.
- Trabajo a turnos, con riesgo, en espacios confinados, con temperaturas extremas, o aquellos en los que la carga física o mental (estrés) es elevada.
- Trabajos en los que es difícil ver el sentido al esfuerzo personal realizado.
- Ámbitos laborales en los que hay una ausencia de normas sobre consumo de drogas.
- Trabajos en solitario (conductores), mal clima laboral, ambiente laboral hostil.
- Disponibilidad de bebidas en el lugar de trabajo.



FACTORES PERSONALES

- Falta de motivación / Falta de vocación.
- Necesidad de aprobación, dependencia del halago de los demás, lo que hace que la carencia de refuerzos o promociones, se convierta en fuente de malestar.
- Mal afrontamiento de la responsabilidad o de la carga de trabajo.
- Falta de sentido en lo que uno hace.
- Falta de autoestima.
- Falta de autonomía emocional y dependencia de los demás: compañeros, clientes, subordinados, jefes...
- Dificultad para resolver los conflictos inherentes a las relaciones laborales.
- Falta de habilidades para la ocupación del tiempo libre.
- Pérdida del puesto de trabajo. (Aunque no se trate de un factor laboral, está comprobado que en situaciones de desempleo aumenta el consumo abusivo de alcohol, así como las adicciones).

La ineficacia en el afrontamiento de estos factores, puede dar lugar a una conducta sustitutiva de evasión, como es el consumo de drogas, que repetida en sucesivas situaciones, aumenta la probabilidad de convertirse en una estrategia de afrontamiento.

Ahora, si bien es cierto que el abordaje y los métodos utilizados a un problema, que desde su etiología es un fenómeno multifactorial, requiere plantear estrategias diversas, que den respuesta a las necesidades de las personas y de las empresas que pretendan prevenir, la estrategia preventiva del consumo de drogas en el ámbito laboral, debe contemplar al menos:

1. Medidas destinadas a crear entornos laborales saludables, y formar a las personas, de manera que no necesiten consumir drogas.
2. Medidas destinadas a aumentar la competencia emocional de los trabajadores, y de los líderes y directivos, para que conozcan las claves de la motivación y los principales factores, que hacen de un lugar o un puesto de trabajo un factor de riesgo para el consumo de drogas.

Resistir y enfrentar positivamente el entorno laboral hace preciso el desarrollo de determinadas habilidades emocionales, que mejorarán la motivación del trabajador, y permitirá a la empresa aprovechar, no sólo el potencial intelectual o la capacidad del trabajador, sino también la facultad de los integrantes de la empresa para generar un entorno laboral saludable, en el que decrezca la siniestralidad, entre otras consecuencias positivas.

MESA

1

PREVENCIÓN

3

ACTIVOS PARA UNA CONVIVENCIA EMOCIONALMENTE INTELIGENTE

Antonio Morales

Diplomado en Ciencias de la Educación y Experto universitario en drogodependencias, Universidad de Málaga. Técnico del Área de Juventud del ayuntamiento de Coín. (Málaga)



Un activo para el desarrollo es todo recurso que aumenta la capacidad de los individuos, familias y comunidades para mantener la salud y el bienestar.

Alfredo Oliva (Psicólogo evolutivo)

PLAN DE ACTUACIÓN COÍN

Los ámbitos en los que se ha priorizado la acción educativa desde la entidad local son:

Prevención del absentismo y abandono escolar, fundamentalmente en la escolaridad obligatoria, así como actuaciones para favorecer la formación a lo largo de toda la vida.

- Aula Educativa Municipal de Habilidades.
- Programa para la prevención, seguimiento y control del absentismo escolar.
- Protocolo actuación con equipo municipal de tratamiento familiar.
- Colaboración de los servicios municipales de la Policía local en la detección de casos.
- Protocolo de actuación con los centros escolares de primaria y secundaria sobre absentismo escolar.
- Campañas Formativas de las AMPAS.
- Campañas informativas en IES, Escuela Taller, Medios de Comunicación locales (Canal Coín Televisión y Radio), Escuela de Adultos, Talleres Municipales.
- Talleres específicos para el fomento de habilidades para la empleabilidad, impartido al alumnado de la Escuela Taller y PCPI.
- Coordinación de la oferta formativa municipal con la Junta de Andalucía y Diputación.

Mejora de las competencias básicas para formar a una ciudadanía a favor de la consecución de un entorno culto, solidario y sostenible, en sus vertientes social, económica y medioambiental.

- Jornadas Escuelas Espacios de Paz, dirigidas al alumnado de Infantil de los centros escolares de la localidad con la coordinación de los centros educativos locales.
- Próxima puesta en marcha del programa INTEMO (Inteligencia Emocional) de la UMA, para el alumnado de infantil.
- Puesta en marcha del programa de prevención inespecífica ENTRE TODOS, para el tercer ciclo de primaria y toda la secundaria.
- Campaña de reforestación, dirigida a alumnado de primaria y secundaria.
- Campaña de reciclaje, dirigida a alumnado de primaria.
- Jornadas de Educación Vial, en coordinación con la RACC, en centros escolares de primaria.
- Plan de Fomento a la Lectura Coín 2011/2015.
- Creación del Bosque de los Libros, con el apadrinamiento de 40 árboles por colectivos locales.
- Escuelas Municipales de Deportes. Club de Senderismo,

en colaboración con asociaciones locales.

- Cursos de formación a monitores deportivos para el desarrollo de las competencias sociales y ciudadanas.
- Colaboración con las asociaciones de ámbito social, en todas las actividades que organizan.
- Ruta pictórica por los edificios municipales de Coín.
- Coínarte o la noche al raso: actuaciones e iniciativas locales para potenciar la visita de las salas expositivas municipales y hacer de los rincones de la localidad espacios escénicos.
- Actuación Travesía Urbana: iniciativa por la que se exponían en la travesía del municipio obras de artes realizadas con materiales reciclados.
- Actividades de la Fundación García Agüera, por el arte y la cultura en Coín, que lleva a cabo una intensa labor de protección del patrimonio cultural local.

Coordinación de los servicios y áreas municipales para mejorar la educación, y especialmente de aquellos colectivos en dificultad de riesgo de exclusión social.

- Jornadas de Voluntariado Local.
- Jornadas sobre Diversidad Funcional.
- Campañas de captación de Corresponsales Juveniles.
- Jornadas de Formación de Mediadores Juveniles, con la organización del GDR Guadalhorce, Ayuntamiento, Centros Educativos.
- Creación de variado tejido asociativo local.
- Creación de la Mesa de Prevención de conductas de riesgo Municipal, con la participación de las concejalías de Cultura, Educación, Juventud, Bienestar Social, Deportes, así como Asociación Camino para Renacer de Coín, y otros colectivos de ámbito social y cultural, Policía Local y Guardia Civil, Asociación de Hosteleros, Asociación de Jóvenes Empresarios y Profesionales de Coín, Corresponsales Juveniles, Centros Educativos de Primaria y Secundaria, AMPAS, Servicio Sanitario, Asociación de Alcohólicos Rehabilitados.
- Programa de la comunidad Gitana.
- Los programas Mójate,+kfind, verano joven, actividades de Navidad son parte de la programación de ocio alternativo.

Educación de la ciudadanía para la igualdad, solidaridad y la convivencia pacífica, desde el respeto a los derechos humanos y las libertades democráticas, favoreciendo la libre expresión de ideas y opiniones, así como el debate ciudadano de los aspectos que requiera la vida en común.

- Creación de la FCAMPA, Federación Coineña de Asociaciones de Madres y Padres del Alumnado, que ha permitido el establecimiento de un plan consensuado de actuaciones.
- Consejo Escolar Municipal, que se ha visto revitalizado por una mayor implicación de los centros escolares locales.
- Cursos de formación sobre prevención de conductas de riesgo dirigidos al colectivo de las Escuelas de Familia, organizado por el Grupo de Prevención.
- Curso de dinamización de AMPAS.
- Impulso de escuelas infantiles (de 0 a 3 años) de carácter privado, así como la puesta en ejecución de la Escuela Municipal Infantil.
- Talleres para primaria, secundaria y Bachiller de HHSS y de relación.



ACTUACIONES DE IMPLICACIÓN FAMILIAR Y CIUDADANA A FAVOR DE LA MEJORA DE LA EDUCACIÓN

- Jornadas para la Prevención de Conductas de Riesgo, con la colaboración de la concejalía de Juventud, el Grupo de Prevención de la Asociación Camino para Renacer, Consejería de Salud, Centro de Formación del Profesorado de Coín (Consejería de Educación), Diputación de Málaga.
- Creación del Banco de Tiempo.
- Proyectos de Coeducación de las asociaciones locales Amatista y Amyhgè-sur, que contemplan concursos de relatos y dibujo no sexistas, celebración del Día de la Paz (enero), entrega de premios a las 'Bachilleras' con mejor expediente, talleres sobre corresponsabilidad familiar, charlas para la prevención de la violencia hacia la mujer, manifestación del día 25 de noviembre por la plataforma Violencia Cero.
- Jornadas de la interculturalidad (septiembre-octubre), en la que se dan cita colectivos de diferentes países asentados en el municipio.
- Creación del colectivo local VIVACOÍN, que ha fomentado el debate crítico de la ciudadanía con la organización de charlas mensuales.
- Programa de inmigrantes, con la colaboración de los colectivos.
- Escuela Municipal de Familia, financiada por el programa Ciudades ante las Drogas, coordinada por el Ayuntamiento y la Asociación Camino para Renacer.

MESA

2

➤ INVESTIGACIÓN

1

NEUROPSICOLOGÍA, EMOCIÓN Y GÉNERO EN DROGODEPENDENCIAS

María José Fernández Serrano

Doctora en Psicología por la Universidad de Granada. Profesora de Psicología de la Universidad de Jaén

INTRODUCCIÓN

La dependencia del consumo de drogas es definida por el DSM-IV como un trastorno crónico y recurrente, caracterizado por un consumo abusivo y continuo de estas sustancias, a pesar de las consecuencias negativas que esta conducta provoca en el individuo. A partir de la irrupción de las técnicas de neuroimagen, los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) demostraron que estas características clínicas están vinculadas a alteraciones persistentes del funcionamiento cerebral, sentando las bases de la necesidad de un abordaje neuropsicológico de las adicciones.

Distintos modelos teóricos han asociado la adicción con la existencia de déficit neuropsicológicos en mecanismos relacionados fundamentalmente con la emoción y las funciones ejecutivas en los individuos adictos.

El Modelo I-RISA de Goldstein y Volkow (2002) propone que la adicción es el resultado de la alteración en dos sistemas complementarios: un sistema motivacional que estaría encargado de evaluar y atribuir la relevancia motivacional de los reforzadores y otro de inhibición de respuestas automatizadas o guiadas por la recompensa que estaría encargado de inhibir respuestas inadecuadas. El modelo explica que en el "cerebro adicto" los sistemas de atribución motivacional estarían sensibilizados hacia estímulos asociados al consumo, mientras que el sistema de inhibición sería menos eficiente, facilitando las decisiones relacionadas con el consumo.

Por otra parte, el Modelo del Marcador Somático (Verdejo y Bechara, 2009), basado en la hipótesis inicial del marcador

somático propuesta por A. Damasio que sostiene que la toma de decisiones es un proceso guiado por señales emocionales (marcadores somáticos) encargados de marcar afectivamente las consecuencias de distintas opciones de elección. Aplicado a la adicción, este modelo explica el proceso adictivo como el resultado de una disfunción de los sistemas neurobiológicos encargados de la generación y la adecuada "lectura" de los marcadores somáticos necesarios para la toma de decisiones adaptativa. Esta disfunción resultaría en un proceso de decisión despojado del valor emocional asociado a las potenciales consecuencias de las distintas opciones de respuesta y, por tanto, sesgado hacia opciones de reforzamiento inmediato, incluso cuando éstas conllevan importantes repercusiones negativas a medio y largo plazo (como sucede en el consumo de drogas).

Finalmente, el Modelo de Vulnerabilidades de Redish, Jensen y Johnson (2008) explica la adicción como resultado de la influencia de distintas fuentes de vulnerabilidad (como pueden ser los estados de anhedonia o estrés, entre otros) que actuarían sesgando la toma de decisiones hacia la selección de hábitos inflexibles (p.e. las conductas de búsqueda y consumo de drogas) obviando la planificación de conductas dirigidas a objetivos más saludables.

De acuerdo con estos modelos teóricos, la investigación en el ámbito de las adicciones debería de estar focalizada en el análisis de los déficit neuropsicológicos y emocionales así como en el estudio de los correlatos neuroanatómicos de los individuos consumidores de drogas.

EFFECTOS NEUROPSICOLÓGICOS Y CORRELATOS NEUROANATÓMICOS DEL ABUSO DE DROGAS EN USUARIOS DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

Los usuarios de comunidades terapéuticas (UCT) son individuos consumidores de drogas que se encuentran en proceso de rehabilitación, y que presentan por lo general una abstinencia prolongada. Sin embargo, y a pesar de ello, en una reciente investigación en estos usuarios, se ha encontrado una elevada prevalencia de deterioro neuropsicológico a nivel de funciones ejecutivas (entendidas estas últimas como un grupo integrado de habilidades implicadas en la generación, supervisión y monitorización de conductas dirigidas hacia objetivos socialmente adaptativos). Entre el 68-70% de los sujetos consumidores presentaban un deterioro global en estas funciones ejecutivas. El componente más afectado era el de memoria de trabajo, seguida de la fluidez, la flexibilidad cognitiva, la planificación, la multi-tarea y la interferencia (Fernández-Serrano et al., 2010a).

Un estudio pormenorizado de la contribución de cada una de las sustancias sobre los distintos componentes neuropsicológicos estudiados reveló que en estos UCT, el alcohol, cannabis y cocaína producen efectos comunes sobre la fluidez y la toma de decisiones; el uso de cannabis y cocaína sobre la memoria de trabajo y el razonamiento; y el uso de heroína y cocaína sobre la flexibilidad cognitiva. Los resultados sólo mostraron efectos específicos asociados a la duración del uso de cocaína sobre la inhibición o impulsividad de estos UCT (Fernández-Serrano et al., 2010b).

De acuerdo con estos resultados, con objeto de ver posibles asociaciones entre el metabolismo regional cerebral y los patrones de severidad de consumo, se recurrió al empleo de tomografía por emisión de positrones (PET). En consonancia con los resultados neuropsicológicos: (1) se observaron efectos comunes del consumo de cocaína, heroína y alcohol sobre el metabolismo del cortex dorsolateral prefrontal y del cortex orbitofrontal y (2) efectos específicos de la severidad de la cocaína sobre determinadas áreas cerebrales: incluyendo áreas específicamente asociadas con mecanismos de inhibición-impulsividad motora como el área motora suplementaria.



DETERIOROS EMOCIONALES EN USUARIOS DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS

En lo que tiene que ver con el procesamiento emocional, los resultados de recientes investigaciones apunta en dos direcciones: (1) los consumidores de drogas UCT tienen un pobre reconocimiento emocional, y (2) tienen un anormal procesamiento de las señales emocionales que anticipan la toma de decisiones adecuada.

En relación al reconocimiento emocional, una reciente investigación (Fernández-Serrano et al. 2010c) ha empleado el Test de Expresiones Faciales de Ekman, en el que se presenta al individuo una serie de rostros que expresan seis emociones básicas (asco, ira, felicidad, miedo, tristeza y sorpresa), teniendo que tratar de reconocer la emoción que expresa cada uno de estos rostros. Los resultados de esta prueba en individuos policonsumidores UCT mostraron que tenían un reconocimiento emocional más pobre que los no consumidores, siendo estas diferencias significativas en el reconocimiento de las expresiones de contenido negativo: ira, miedo, tristeza y asco. El análisis de la contribución diferencial de cada sustancia sobre el reconocimiento reveló que era la severidad del consumo de cocaína la que influía en mayor medida en el reconocimiento emocional.

Tomando como base este resultado y a partir de los postulados del modelo del marcador somático, se llevó a cabo un estudio para comprobar la influencia de las emociones en la toma de decisiones de un grupo de sujetos consumidores de cocaína UCT (Fernández-Serrano et al.). Concretamente, se llevó a cabo una adaptación de la tarea de toma de decisiones Iowa Gambling Task mediante la introducción de imágenes de distinto contenido emocional. Así, tras una fase de aprendizaje, se introdujeron las imágenes justo antes de la realización de los bloques 3, 4 y 5. En concreto se indujo un estado emocional agradable, desagradable y neutro, a partir de imágenes del IAPS (International Affective Pictures System), y un estado emocional relacionado con la exposición a imágenes de consumo de cocaína, observándose la influencia del estado emocional inducido sobre la ejecución de la tarea. Los resultados mostraron que, a diferencia de los otros estados emocionales, el estado emocional negativo producía una normalización en la toma de decisiones de los consumidores de cocaína, con una ejecución en la tarea, incluso por encima de los individuos no consumidores.

“Distintos modelos teóricos han asociado la adicción con la existencia de déficit neuropsicológicos en mecanismos relacionados fundamentalmente con la emoción y las funciones ejecutivas en los individuos adictos”



DIFERENCIAS EN EL RENDIMIENTO NEUROPSICOLOGICO Y EMOCIONAL EN FUNCION DEL GENERO

Es fundamental tener en cuenta que los cerebros de los hombres y las mujeres no son iguales y que por tanto es esperable la existencia de diferencias, tanto en el rendimiento neuropsicológico como emocional de hombres y mujeres adictos. Por otra parte, la prevalencia de mujeres que demandan tratamiento por adicciones es notablemente inferior al de hombres, por lo que gran parte de las investigaciones suelen llevarse a cabo en muestras compuestas sólo por hombres. Este “sesgo” en las investigaciones es necesario ya que muestras descompensadas en función del género podrían arrojar resultados confusos en las investigaciones, sobre todo en los estudios de procesamiento emocional donde las mujeres tienen un comportamiento particularmente diferente al de los hombres. (Para una revisión más detallada ver artículo: Alteraciones emocionales y diferencias de género en drogodependencias. Santiago Ramajo, S. y Fernández-Serrano, M.J.).

IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los déficit neuropsicológicos y emocionales encontrados en los UCT y la elevada prevalencia de estos deterioros indican la necesidad de que los centros terapéuticos tengan en cuenta estos procesos, tanto en la evaluación previa al inicio del tratamiento como en el propio proceso terapéutico. Este abordaje podría hacerse a través de la adaptación de las terapias tradicionales a partir de los déficit de los usuarios, e incluso mediante la introducción de nuevos módulos en los programas (p.e. terapias de tercera generación como el mindfulness) que permitan trabajar en la rehabilitación de estos procesos.

2

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EMOCIÓN Y CONSUMO DE DROGAS

Supongamos que le pedimos a un grupo de personas que dejen de hacer aquello que les hace felices, importantes, únicos. Supongamos que, además, les pedimos que dejen de caminar con los pies y aprendan a hacerlo con las manos. Supongamos, asimismo, que les pedimos que aprendan a hacerlo de manera rápida y sin quejarse ni presentar inconvenientes. Eso es, exactamente, lo que le pedimos a los adictos en tratamiento.

Unai Trecet Acarreta

Diplomado en Ingeniería. Responsable de Desarrollo y Sistemas de la Asociación Proyecto Hombre

Encarnación Muñoz Suárez

Licenciada en Ciencias Biológicas y Postgrado en matemática aplicada. Programadora de la Asociación Proyecto Hombre

Antonio J. Molina Fernández

Licenciado en Psicología. Especialista europeo en Psicología Clínica y de la Salud. Director del Centro de Formación de la Asociación Proyecto Hombre

La Teoría del Marcador Somático de Damasio hace mención a la supremacía de los aspectos emocionales sobre los racionales en las huellas que los recuerdos trazan en nuestra memoria. Hay un ejemplo muy sencillo que cualquier persona puede hacer: elija un recuerdo de carácter más racional y otro fundamentalmente emocional. Habitualmente, el recuerdo emocional contará con más detalles y más diversos (olores, colores, sonidos, gestos...) que el racional. Será más que una situación, tendrá un contexto, creará lazos entre recuerdos, de una imagen, un olor... saldrá otra huella de la memoria que creará otro lazo emocional.

A partir del año 2000, la doctora Nora Volkow (directora del National Institute on Drug Abuse/NIDA de los Estados Unidos de América) realizó una serie de investigaciones sobre la aplicación de las teorías de Damasio para las personas con problemas de drogas. Descubrió que las sustancias alteran determinadas áreas del cerebro, especialmente las vinculadas a análisis, expresión y control emocional, planificación del comportamiento/control ejecutivo, toma de decisiones y condicionamiento del miedo. En concreto, hablamos de áreas como el córtex prefrontal, el córtex cingulado anterior, la amígdala, el sistema límbico... No estamos hablando de un área específica, sino de circuitos muy complejos que interactúan entre sí y modifican sus conexiones, en un ejemplo de "plasticidad sináptica" o de ausencia de dicha plasticidad por el abuso de drogas.

Como dijo Aristóteles: *Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo.*

Desde los inicios en la década de los 80, sobre todo debido a su vinculación con la Psicoterapia Humanista, en el programa educativo-terapéutico Proyecto Hombre se realizaban abordajes emocionales de los factores causantes y consecuentes del trastorno adictivo, muy especialmente dentro del método de las Comunidades Terapéuticas. Es este abordaje emocional y su vinculación con la toma de decisiones y la trayectoria vital/proyecto de vida de la personas con problemas de drogodependencias uno de los elementos diferenciadores y significativos de PH. La evolución del método obligó a estructurar y sistematizar esas intervenciones emocionales. El salto cualitativo llegaría posteriormente.

En el año 2007, la Asociación Proyecto Hombre comenzó a desarrollar el aplicativo TIC de gestión terapéutica PH Nemos. Se trata de una aplicación online, a la cual tienen acceso todos los centros de Proyecto Hombre, usada en el día a día para el almacenamiento y posterior procesado de toda la información que se genera en los programas de tratamiento. En el año 2008, representantes de dicha Asociación participaron en el Foro Internacional del NIDA en San Juan de Puerto Rico, presentando dos investigaciones que relacionaban factores emocionales, consumo de drogas y problemas asociados. En concreto, se presentaron los trabajos denominados "Drugs and Violence: Emotional Factors and Personal Resources in Prevention and Modification of Aggressive Behaviors in Drug Users" y "Emotional Factors and Personal Resources in Comorbidity Patients: Adapted Therapeutic Community Model".

for Dual Pathology". Estos trabajos fueron realizados en el contexto de un centro concreto (Proyecto Hombre Granada), lo que obligaba a ampliar la significatividad de los resultados. La combinación de la experiencia previa presentada en NIDAFórum la base de datos PH Nemos ha facilitado la aparición de este estudio.

Para la realización de este estudio se ha implementado una mejora de la herramienta PH Nemos. Dado el volumen de datos de carácter terapéutico que se han venido recogiendo en los últimos años, se ha hecho imprescindible la creación de un módulo de análisis de la información que permita obtener informes de manera dinámica y efectiva. Con el desarrollo del módulo de generación dinámica de consultas, Proyecto Hombre dispone de una herramienta que permite el procesamiento, cálculo, control de errores y contraste, de los datos recogidos a lo largo de sus 25 años de historia.

PH Nemos permite la recogida de diferentes formularios: EuropASI, RIF/RIA, Fichas de Admisión a Tratamiento, Informe Jurídico-legal... a través de un formulario digitalizado, mediante el cual la información es automáticamente almacenada en una base de datos para su posterior análisis. Para el tratamiento de estos datos se han tenido en cuenta una serie de estrictos criterios de validación, como: introducción correcta de todos los campos a contrastar, cálculo de medias y de porcentajes etc. En este estudio, se han utilizado datos extraídos de una muestra de 2916 EuropASI aplicados a las personas en tratamiento de toda España durante el año 2012. El EuropASI es la versión europea de la 5ª versión del ASI (Addiction Severity Index, Índice de Gravedad de la Adicción) desarrollada en Estados Unidos por McLellan 1990). Este instrumento es una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias, fue creado en 1980 en la Universidad de Pensilvania con el objetivo de obtener una información relevante para la evaluación clínica de los pacientes con problemas de abuso de sustancias (incluido el alcohol), para elaborar un plan de acción individualizado y/o tomar decisiones de derivación. Debido a su sistema de bloques interconectados permite la utilización de los datos para investigación. El EuropASI es la versión europea del ASI, adaptación cultural y técnica del instrumento a la realidad de las drogodependencias en Europa. En concreto, en España ha sido adaptado por el equipo de la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías/Socidrogalcohol, encabezado por el doctor Julio Bobes. El objetivo del uso común del instrumento es unificar su uso para poder determinar la eficiencia y capacidad técnica de los tratamientos en adicciones, con el fin de mejorar la profesionalización y el intercambio de información/comparación de datos.

El objetivo de este análisis de datos extraídos del EuropASI es identificar los aspectos emocionales más significativos relacionados con el consumo de drogas. Especialmente pretendemos contemplar factores relacionados con la situación emocional (sobre todo en contexto cercano, como familia) y con las capacidades personales (control de impulsos, violencia, toma de decisiones...) percibidas por las personas en tratamiento, así como hechos emocionalmente traumáticos mencionados por la persona en tratamiento y que pueden tener relación con la vivencia de las drogas (ya sea como causa o como consecuente).

Los principales resultados del análisis de dichos datos son:

- Se encuentra una relación entre problemas familiares y de pareja con el consumo de drogas (alrededor de un 67% de correlación en ambos casos).
- Las personas con problemas de adicciones suelen necesitar atención específica de los problemas familiares (68%) y de pareja (77%), siendo puntuada por los evaluadores como problemas con una gravedad Considerable o Extrema.
- Las personas con problemas de drogas que están separadas o divorciadas (17% hombres, 26% mujeres) identifican el consumo de drogas como uno de los factores relevantes en dicha ruptura de pareja. También señalan las rupturas como un factor desequilibrante en el consumo (en un 82% de los entrevistados, tras la ruptura, aumenta la seriedad de la adicción).
- Un 18% presenta diversas alteraciones psiquiátricas que manifiestan como directamente relacionadas con el consumo de drogas: alteraciones del ánimo, manías y paranoias, autolesiones, brotes psicóticos, intentos de suicidio, trastornos de alimentación.

También, aunque en porcentajes minoritarios, nos encontramos con personas en tratamiento en las que se encuentra relación entre el consumo de drogas y problemas serios con otras personas dentro de su contexto social (como amigos y/o parejas sexuales); así como situaciones en las que los entrevistados se han visto emocionalmente abusados (mediante insultos o vejaciones).

Nos parece importante prestar atención a todos estos factores dentro de los tratamientos, por varios motivos:

- Para humanizar la visión sobre las personas en tratamiento y desenfocar los problemas de adicciones del enfoque centrado únicamente en la presencia o ausencia de la sustancia principal;
- Para realizar planes individualizados, profesionales y específicos para cada una de las personas en tratamiento, con el fin de mejorar la calidad en la atención, tratamiento y reinserción de dichas personas y los problemas relacionados con su contexto social.

“Se encuentra una **relación** entre problemas familiares y de pareja con el consumo de drogas”



MESA

2

INVESTIGACIÓN

3

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA

Gloria García-Fernández, Roberto Secades-Villa, Elsa Peña-Suárez y Olaya García Rodríguez

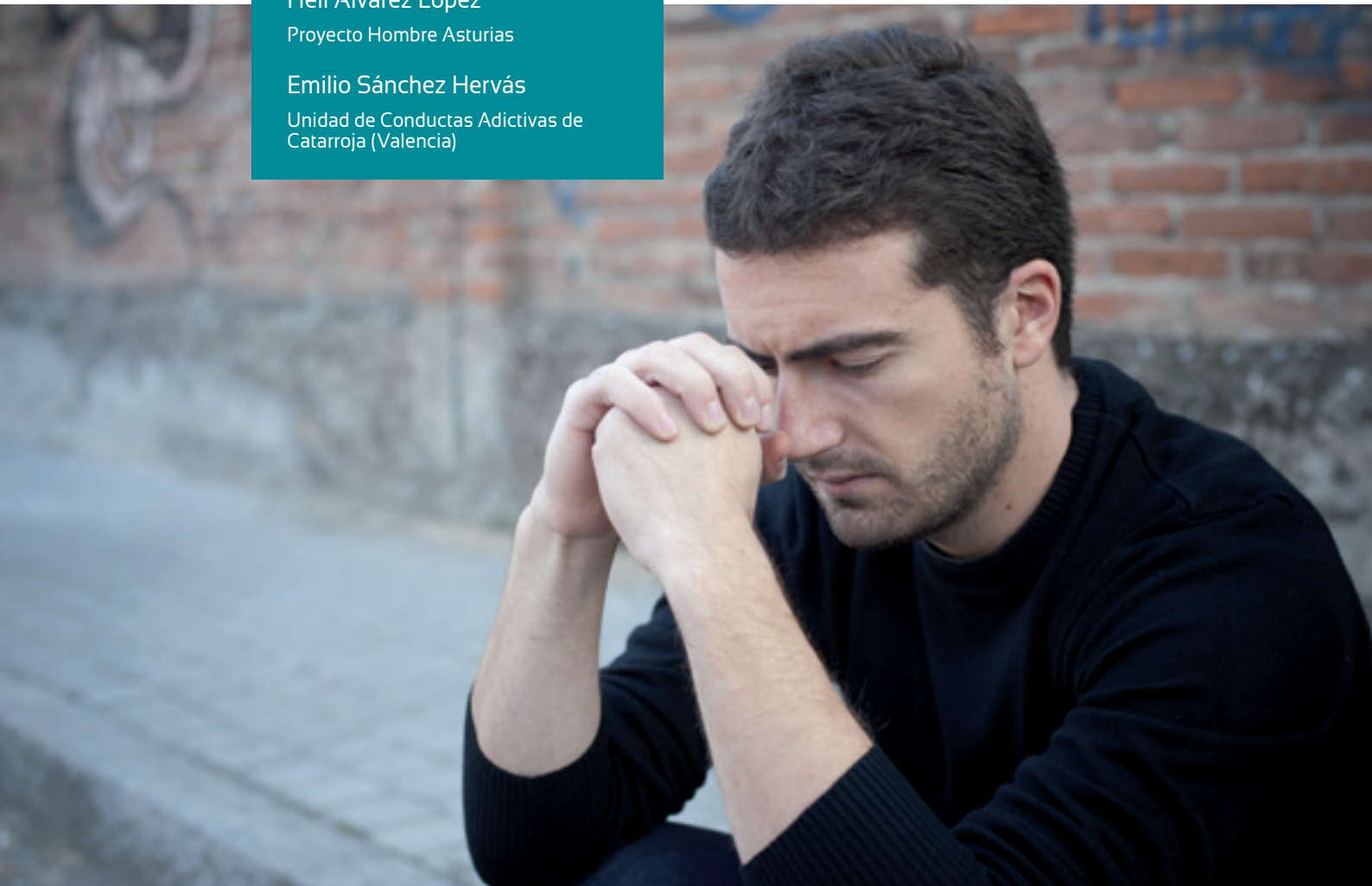
Grupo de Conductas Adictivas de la Universidad de Oviedo

Helí Álvarez López
Proyecto Hombre Asturias

Emilio Sánchez Hervás
Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Valencia)

El bosque sería muy triste si sólo cantaran los pájaros que mejor lo hacen.

Rabindranath Tagore



INTRODUCCIÓN

La adicción a la cocaína se ha relacionado frecuentemente con la depresión, y un elevado porcentaje de personas que demandan tratamiento por su adicción a la cocaína presentan sintomatología depresiva concomitante. Se ha avanzado en el conocimiento de las causas, de las consecuencias y del impacto en el tratamiento de los síntomas depresivos que acompañan a esta adicción (López & Becoña, 2007). La sintomatología depresiva puede asociarse a estados emocionales negativos inducidos por el propio abuso de drogas o a un trastorno depresivo independiente. En ambos casos resulta importante evaluar y tratar adecuadamente esta sintomatología en los programas de tratamiento de drogas, para favorecer el éxito terapéutico (Dakwar et al., 2011). Algunos estudios han investigado la eficacia de los programas cognitivo conductuales para tratar la adicción y la sintomatología depresiva asociada (Hides, Samet, & Lubman, 2010).

Hasta la actualidad, los programas de manejo de contingencias (MC) se han relacionado con resultados positivos para favorecer la abstinencia, la retención en tratamiento y la mejoría en otras áreas en distintos perfiles de consumidores de cocaína (Secades-Villa et al., 2013). Sin embargo, pocos estudios han investigado la eficacia de los programas de MC para adictos a la cocaína con sintomatología depresiva (González, Feingold, Oliveto, Gonsai, & Kosten, 2003). Por este motivo, en este estudio se pretende (1) examinar la presencia de sintomatología depresiva en una muestra de adictos a la cocaína, (2) analizar el impacto de la sintomatología depresiva sobre la eficacia del tratamiento y (3) examinar si los procedimientos de MC resultan beneficiosos para este perfil de usuarios.

“Unos de los principales retos en el abordaje de la adicción a la cocaína es potenciar la motivación al cambio para iniciar y finalizar con éxito un tratamiento”

MÉTODO

La muestra del estudio se compuso de 108 personas que demandaron tratamiento en el Programa de Tratamiento para la Adicción a la cocaína de Proyecto Hombre de Asturias y en la Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja (Valencia). Los programas de intervención utilizados fueron el programa de Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) y el programa CRA más terapia de incentivo (Budney & Higgins, 1998). Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI: Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) durante la evaluación inicial y a los seis meses de tratamiento para evaluar la sintomatología depresiva. Se monitorizó la retención y la abstinencia de los participantes a lo largo de los seis meses de tratamiento mediante analíticas de orina.

“LA ADICCIÓN A LA COCAÍNA SE HA RELACIONADO FRECUENTEMENTE CON LA DEPRESIÓN”

Los participantes fueron clasificados en dos grupos, en función de la puntuación inicial en el BDI (BDI \geq 21 versus BDI $<$ 21). Se utilizaron pruebas no paramétricas para comparar ambos grupos y se realizaron análisis de regresión logística para examinar el impacto de los síntomas depresivos sobre la eficacia de los tratamientos.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El 32% de la muestra presentaba sintomatología depresiva al inicio de tratamiento y resultó más frecuente en mujeres y en desempleados. Los participantes con sintomatología depresiva presentaban una mayor gravedad en la adicción, alteraciones psiquiátricas más graves y mayores dificultades familiares y sociales, así como menores tasas de retención y de abstinencia en el tratamiento independientemente del programa de tratamiento utilizado.

Uno de los principales retos en el abordaje de la adicción a la cocaína es potenciar la motivación al cambio para iniciar y finalizar con éxito un tratamiento. En este sentido, la tristeza, la disminución de energía, los sentimientos de desesperanza e impotencia, la anhedonia, las alteraciones del sueño y apetito o las dificultades para tomar decisiones característicos de los trastornos depresivos pueden resultar un factor de riesgo añadido para el abandono prematuro en los programas de tratamiento.

La terapia de incentivo se mostró eficaz a pesar de la sintomatología depresiva, aunque la interacción entre sintomatología depresiva y tratamiento no resultó significativa. Los procedimientos de MC favorecen la consecución de la abstinencia, la retención en tratamiento y la activación conductual muy vinculada al estado de ánimo, por lo que podrían resultar técnicas de elección para abordar de forma indirecta la sintomatología depresiva en la adicción a la cocaína. No obstante, se requieren más estudios en esta dirección que superen las limitaciones del presente estudio.

Por otro lado, se encontró una interacción significativa entre sintomatología depresiva y situación laboral. Parece que aquellos participantes con sintomatología depresiva y desempleados tienen más probabilidades de abandonar el tratamiento. Estos resultados apuntan la necesidad de abordar de forma prematura la sintomatología depresiva y las dificultades laborales u ocupacionales. Sería necesario disponer de servicios de asesoramiento laboral durante la fase inicial de tratamiento y no posponer la intervención sobre objetivos ocupacionales a etapas tardías del tratamiento.

MESA

3

TRATAMIENTO

1

¿NECESITAMOS ADAPTAR NUESTRAS INTERVENCIONES EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA CON PERSONAS QUE PRESENTAN COMORBILIDAD PSICOPATOLÓGICA?

Esperanza Vergara-Moragues

Neuropsicóloga. Doctora en Psicología por la Universidad de Granada en el campo de las Adicciones. Especialista en Psicopatología Clínica. Profesora adjunta de la Universidad Internacional de la Rioja (UNIR)

De nuestros miedos nacen nuestros corajes, y en nuestras dudas viven nuestras certezas. Los sueños anuncian otra realidad posible, y los delirios otra razón. En los extravíos nos esperan los hallazgos porque es preciso perderse para volverse a encontrar.

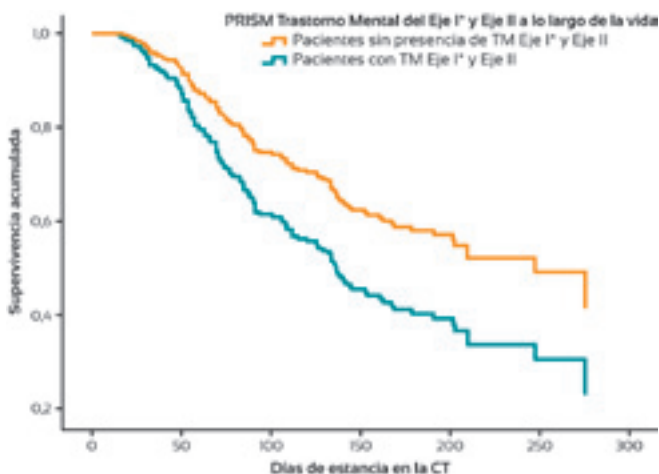
Eduardo Galeano

Las comunidades terapéuticas para personas con problemas de consumo de sustancias desarrollan un modelo asistencial fundamentado en el paradigma biopsicosocial, teniendo como objetivo general lograr un cambio global en el estilo de vida de los usuarios (Bunt et al., 2008).

Al igual que ocurre con otras modalidades terapéuticas, las comunidades terapéuticas para drogodependientes se caracterizan por su baja tasa de retención (Secades-Villa & Benavente, 2000; Vergara-Moragues, 2010). Ante estos datos, nos preguntamos el porqué de este bajo porcentaje y, si de alguna manera, se debe a si los tratamientos clásicos empleados en estos recursos son efectivos para las características de la población que nos encontramos en nuestro día a día.

En los últimos años, estamos asistiendo a un interés generalizado por parte de los profesionales del campo de las adicciones por los pacientes que presentan comorbilidad psicopatológica (patología dual) o, dicho de otro modo, un trastorno por uso de sustancia junto a otro trastorno psicopatológico derivado o no del consumo de las mismas. Así, existen estudios en nuestro entorno que demuestran una alta prevalencia de comorbilidad psicopatológica en nuestra comunidades terapéuticas (Bonet y Fernández, 2012; Luque, 2011; Vergara-Moragues et al., 2012). No está muy claro si el perfil de nuestros pacientes están cambiando en los últimos años o que es ahora cuando realmente se están

empezando a realizar evaluaciones y diagnósticos específicos para valorar la presencia de esta patología (Talbot y Fernández, 2002). En cualquier caso, la presencia de comorbilidad psicopatológica en los recursos asistenciales es elevada y la retención de estos pacientes es incluso menor en comparación con los pacientes que sólo presentan trastornos por consumo de sustancias (Vergara-Moragues et al., 2013).





“ES NECESARIO REALIZAR MODIFICACIONES QUE SE ADAPTEN A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS”

Por tanto, con los datos mencionados con anterioridad la pregunta que nos planteamos es ¿por qué aquellas personas que presentan comorbilidad psicopatológica permanecen menos tiempo en las comunidades? ¿Se interviene adecuadamente con estos pacientes? ¿Es posible mejorar su asistencia?

Afortunadamente, poco a poco, los recursos residenciales se están amoldando a las necesidades concretas de estas personas (Bonet y Fernández, 2012; Sacks et al., 2008; Van Stelle & Moberg, 2004). Sin embargo, tradicionalmente, los tratamientos recibidos en las comunidades terapéuticas están enfocados a una intervención sistematizada, rígida, de carácter psicoeducativo, multidisciplinar y dirigida fundamentalmente a los pacientes con comorbilidad psicopatológica. Esta concepción dificulta el tratamiento cuando nos encontramos ante personas que presentan, además de los problemas derivados del consumo de sustancias, otro trastorno psicopatológico. Por ello, existe una necesidad evidente de adaptar estos recursos (Van Stelle et al., 2004) pero, ¿de qué manera? Desde nuestro punto de vista hay fundamentos de las tradicionales comunidades terapéuticas que deben mantenerse, como, por ejemplo las dinámicas como un régimen diario altamente estructurado, fomento de la responsabilidad personal, cambios continuos a través de un proceso gradual o la promoción de valores prosociales. Sin embargo, es necesario realizar modificaciones que se adapten a las necesidades de los pacientes con síntomas psicopatológicos como, por ejemplo:

- Adaptación del perfil profesional con experiencia, tanto en salud mental como en el campo de las adicciones
- Reducción de la duración y una mayor flexibilidad en las ejecuciones de las actividades e intervenciones terapéuticas
- Mayor énfasis en la orientación e instrucción
- Menor número de sanciones y confrontaciones
- Afirmación más explícita de los logros
- Mayor atención a las diferencias individuales
- Mejor respuesta a las necesidades especiales de desarrollo de los pacientes

En definitiva, el abordaje de personas con comorbilidad psicopatológica en comunidades terapéuticas es complejo y exige seguir un modelo integral que se distinga de las comunidades tradicionales en dos aspectos fundamentales: mayor flexibilidad y mayor intervención individualizada (De Leon, 1996; Sacks et al., 2008). Además, es fundamental que exista una coordinación con diferentes recursos, integrar la importancia del tratamiento farmacológico que mantenga a la persona estable para que sea posible el trabajo terapéutico y realizar una intervención, tanto familiar como individual, que ayude al insight del paciente en el reconocimiento de los síntomas como estrategia de prevención.

2

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES

Juan A. Álvarez

Psicólogo Clínico, Mediador Familiar,
Experto en Drogodependencias Proyecto
Hombre Asturias

No olvidemos que las pequeñas emociones son los capitanes de nuestras vidas y las obedecemos sin siquiera darnos cuenta.

Vincent Van Gogh

“Las personas que tenían conflictos familiares, manifiestan que éstos han disminuido desde el inicio”

EL PAPEL DE LAS EMOCIONES EN EL COMPORTAMIENTO ADICTIVO

En las últimas décadas, han ido cobrando fuerza en el abordaje de las adicciones, y en la psicoterapia en general, los enfoques que recuperan el papel fundamental de las emociones en la modulación del comportamiento humano. De las más conocidas son los estudios de Damasio, con su “Hipótesis del marcador somático”, o la Psicología Positiva fomentada por Seligman y su famoso desarrollo de la “Inteligencia Emocional”. Otras se han quedado en un terreno más técnico, como la Terapia Focalizada en las Emociones (Greenberg) o la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes).

En el campo de las adicciones, hoy día conocemos, por ejemplo, diferencias en la respuesta emocional entre drogodependientes y la población general en cuanto a la valencia de los estímulos, sabiendo que las personas con adicciones a sustancias valoran los estímulos de manera más extrema. Además, conocemos también alteraciones en la impulsividad, la alteración de los “sistemas motivacionales y emocionales encargados de generar marcadores somáticos” (Damasio, Chicharro, Verdejo).

También hemos ido conociendo la importancia de nuestra “memoria autobiográfica” con su correlato emocional en nuestro autoconcepto, y la potencia del uso del “optimismo” y la satisfacción personal en la superación de adversidades y, por tanto, en la motivación para mantenerse en un tratamiento y en el compromiso para lograr la deshabitación y evitar o superar recaídas (Miller, Seligman, Rojas, etc.).

EL TRATAMIENTO DE LA ADICCIÓN

Proyecto Hombre propone un modelo integral de rehabilitación y reinserción social donde la clave del proceso terapéutico está en identificar el problema existencial y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo. Donde “educar” no es sólo transmitir conocimientos, también la gestión de las emociones, la inteligencia emocional en suma. En este modelo prevalece la psicoterapia humanista como enfoque general y la dinámica de autoayuda como estilo terapéutico. Es una forma de trabajar el cambio en interacción, favoreciendo la identificación de problemas, la empatía, el apoyo mutuo y la capacidad de esperanza de que si hay quien puede dejar el consumo y cambiar su estilo de vida, también lo puede hacer la persona que se incorpora al programa. Este modelo integra todo método, técnica o avance en la investigación científica, que resulte útil a las personas que acuden a nuestros centros.

Distinguimos cuatro niveles en el proceso de rehabilitación:

- Comportamental: pasar de un comportamiento autodestructivo a otro socialmente adecuado. El cambio pasará a ser fruto de una motivación interna.
- Emocional: Hay un descubrimiento del estilo de sentir, de las propias emociones y con otras personas; y cómo influye en sus comportamientos y actitudes. Análisis del presente en relación con las vivencias pasadas para poder reelaborar comportamientos, actitudes y valores que le devuelvan el equilibrio emocional.



- **Cognitivo:** Toma de conciencia de sus creencias erróneas, enfrentándose a las situaciones de frustración y malestar, análisis de problemas y toma de decisiones, manejo de habilidades sociales, todo ello dirigido a incrementar y mejorar su propia estima y autoeficacia.
- **Valores personales:** Experimentará que su vida estará sustentada en un estilo de vida orientado por unos valores que podrá asumir como suyos, y que son amplia y socialmente compartidos.

Una de las primeras dificultades al inicio de un tratamiento tiene que ver con la ambivalencia de las personas. Está regulada por factores emocionales y se relaciona con el frecuente abandono al inicio de los tratamientos. La Entrevista Motivacional, ajustada a los diferentes momentos que vive la persona, combina un estilo terapéutico empático y de apoyo con un método dirigido a resolver la ambivalencia hacia el cambio.

También nos encontramos con la necesidad de hacer modificaciones en el estilo de vida asociado al consumo. Renunciando a relaciones que participan de ese entorno. Esa pérdida de reforzadores, de relaciones afectivas en suma, es vivida con un grado elevado de incertidumbre, ansiedad, angustia y soledad. Estas emociones pueden compensarse en parte con la terapia grupal, dotando de personas de referencia y apoyo, sea con la convivencia en una Comunidad Terapéutica o en un grupo ambulatorio, con la autoayuda como referencia, fomentando estados de ánimo placenteros:

- En la activación de las relaciones: aportando satisfacción emocional, estabilidad y oportunidades comparativas que alivian el estrés. Generando también la vivencia de unos valores solidarios extrapolables al entorno personal.
- En el intercambio de emociones y pensamientos, dar y recibir afecto, aceptar y ser aceptado, genera estados de ánimo positivos. Podemos conseguirlo con el análisis funcional de la conducta o con grupos terapéuticos de expresión emocional.

Por otro lado, los estilos de consumo de muchas mujeres con adicción al alcohol o a fármacos legales, tienen una adicción más invisibilizada y relacionada con frecuencia con aspectos vitales depresivos y de vivencia de soledad y aislamiento. Las estrategias de empoderamiento, en estos casos, son adecuadas para la consecución de la autoestima que acompañe al proceso de recuperación (de la adicción y de la identidad como mujer).

De gran importancia resulta el abordaje de la conflictividad y alta expresión emocional en el seno familiar. Por ello, se trabaja en colaboración estrecha con las familias, parejas y amistades a

lo largo del tratamiento, tanto para asegurar el establecimiento de nuevas relaciones más saludables, como para conseguir su propio espacio de expresión de frustraciones largamente contenidas.

De suma importancia resulta también la percepción de la implicación del personal terapéutico y voluntario, con un estilo colaborador, hasta que se consiga una nueva red social, para un nuevo estilo de vida.

Otro tipo de abordajes, compartidos por la mayoría de los tratamientos, tienen que ver con el manejo de la ansiedad, las técnicas de autocontrol emocional, el entrenamiento en habilidades sociales o las técnicas de prevención de recaídas.

EFFECTOS DEL ABORDAJE DE LAS EMOCIONES EN LAS PERSONAS

De los resultados de las evaluaciones de nuestros tratamientos podemos rescatar algunos datos de interés. A los tres meses de tratamiento se encuentra ya una evolución positiva en cuanto a la identificación y al tratamiento en grupo de sus problemáticas. Las personas refieren sentirse acompañadas emocionalmente en su proceso.

Se han observado aumentos significativos de autoestima entre el inicio y el final del proceso, así como el uso con mayor frecuencia de las estrategias de prevención de recaídas y que recurren más al apoyo social. Con relación a la resolución de conflictos se han obtenido diferencias significativas en las escalas de autoeficacia, autocontrol, estrategias de afrontamiento centradas en la tarea y estrategias de afrontamiento centrada en la emoción.

Las personas que tenían conflictos familiares, manifiestan que éstos han disminuido desde el inicio. Además, El 97,3% de acompañantes valora que las habilidades de la persona para relacionarse con las demás han mejorado y ha mejorado también, en igual proporción, su capacidad para manejar emociones y la integración social.

Además de mantenerse la importancia que desde el inicio conceden a valores como la familia, la amistad y el amor, y el trabajo, el mayor crecimiento se observa en los valores de honradez, sinceridad, honestidad y en responsabilidad e implicación; que eran importantes para un bajo porcentaje de personas antes del tratamiento.

Podemos concluir, por tanto, que se ha conseguido una mejora importante en la gestión emocional, así como el establecimiento de unos valores personales que actúan como guía del nuevo estilo de vida, más saludable e integrado socialmente.

3

PATOLOGÍA DUAL: UN ACERCAMIENTO DESDE LA PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva nos ayuda a encontrar lo mejor de nosotros mismos y a ponerlo en práctica.

Francisco Sainero

Director de la Comunidad Terapéutica
de alcohol de Proyecto Hombre
Castilla-La Mancha

“La investigación
en **Psicología
Positiva** se orienta
hacia entender los
mecanismos que
subyacen a las emociones
positivas y a cómo
podemos potenciarlas
para aumentar el grado
de bienestar
personal”

La Psicología Positiva es una rama de la psicología de reciente aparición que busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las fortalezas personales, las emociones positivas y el bienestar de las personas. La Psicología Positiva recoge las aportaciones clásicas de la psicología pero, al mismo tiempo, las amplía con la revisión y la introducción de términos como bienestar, resiliencia, optimismo, flow o flujo de conciencia, humor, creatividad, fortalezas personales...

Se considera a Martin Seligman como uno de los principales impulsores de la Psicología Positiva. En su famoso discurso en la toma de posesión de la presidencia de la Asociación Americana de Psicología, en 1998, reflexiona acerca del objetivo de los psicólogos, argumentando que la Psicología había estado escorada hacia el descubrimiento de déficit y la reparación de daños. En ese sentido, los psicólogos estaban descuidando las necesidades del resto de la población, lanzando el reto de buscar la manera de mejorar la vida y la felicidad de las personas.

De esta manera la investigación en Psicología Positiva se orienta hacia entender los mecanismos que subyacen a las emociones positivas y a cómo podemos potenciarlas para aumentar el grado de bienestar personal.

Dentro de los autores más significativos dentro de la psicología positiva podríamos incluir a Martin Seligman, Mihaly Csikszentmihalyi, Christopher Peterson, Carol Dweck, Ed Diener, Barbara L. Fredrickson, Sonja Lyubomirsky, K. Rathunde y J. Haidt.

En Proyecto Hombre Castilla-La Mancha abrimos en Guadalajara, en el año 2006, un Programa de Patología Dual, con el objetivo de dar una atención específica a esos usuarios que, por sus características, no recibían la atención adecuada y no eran capaces de integrarse a las estructuras de los programas residenciales y cuyo pronóstico de éxito era muy reducido.

Nuestro programa tiene un diseño abierto y flexible y se desarrolla en régimen ambulatorio. El objetivo principal es generar un proceso de cambio en los usuarios, con el fin de que consigan llevar una vida más autónoma y adecuada al contexto dónde deseen vivir. Se lleva a cabo trabajando sobre tres áreas específicas: Área Personal, área de Salud y área Socio-Laboral.

Los requisitos para ingresar en nuestro programa son:

- Mayores de 18 años.
- Diagnóstico de abuso/dependencia de sustancias, según DSM IV TR.
- Diagnóstico del Eje I o II del DSM IV – TR.

El programa de Patología Dual recibe a usuarios que, en su mayoría, llevan un largo recorrido por los dispositivos de salud mental y de tratamiento de adicciones. Son de los grupos más excluidos y desfavorecidos de nuestra sociedad, ya que enfermedad mental y adicción se retroalimentan y hacen muy difícil la recuperación y normalización de su vida.

Habitualmente han pasado por un gran número de profesionales, procesos de evaluación y terapias de todo tipo. Debido a las características de su doble problemática, suelen llegar a Proyecto Hombre con un gran sentimiento de indefensión respecto a sus dificultades, cansados de hacer terapia y con poca confianza en sus posibilidades. En ocasiones resulta difícil generar una alianza terapéutica con ellos y tienen la sensación de haberlo oído todo anteriormente, mostrándose pasivos a la hora de tomar decisiones y plantearse objetivos.

La Psicología Positiva, en este sentido, puede ofrecer una vertiente terapéutica nueva, ilusionante y que les ayude a trabajar con su potencial y sus capacidades, en vez de centrarse en sus fracasos. Las aplicaciones prácticas de la Psicología Positiva nos permiten manejar instrumentos de trabajo con un gran potencial, capacidad de desarrollo, evolución, y no suponen un gran coste material ni de personal.

Por esta razón, decidimos crear un taller en el que, utilizando alguno de los presupuestos de la Psicología Positiva, de Inteligencia Emocional y usando alguna técnica de coaching, podamos ofrecer a nuestros usuarios una alternativa terapéutica y que, además, pueda complementar y apoyar al resto del trabajo que realizamos cada día con ellos.

El taller lo hemos denominado "Taller de Introducción a la Psicología positiva"

Nuestros objetivos de trabajo son los siguientes:

- Crear una línea de trabajo terapéutico basada en los criterios de la Psicología Positiva, dentro de la estructura de Proyecto Hombre.
- Aumentar la adherencia al tratamiento.
- Iniciar nuevas estrategias para el conocimiento personal.
- Mejorar la capacidad de Introspección.
- Servir de apoyo para la terapia individual.
- Ayudar al establecimiento de objetivos de tratamiento individualizados.
- Aprender a discriminar, identificar y expresar las diferentes emociones.

Características de las sesiones:

- 10 sesiones.
- Periodicidad semanal.
- 1 hora – 1 h 30 min de duración.
- Independientes entre ellas.
- Actividades breves, con instrucciones sencillas y adecuadas para todos los perfiles.
- Voluntarias.

Este sería el esquema de sesiones de un taller completo

1. Introducción (I): Flow.
2. Introducción (II): Creatividad.
3. Introducción (III): La Línea de la vida/El círculo de la vida (Coaching).
4. Poniendo objetivos: Filtro SMARTER/DAFO (Coaching).
5. Inteligencia Emocional (I): El miedo.
6. Inteligencia Emocional (II): El dolor/Resiliencia.
7. Inteligencia Emocional (III): La ira.
8. Risoterapia.
9. Fortalezas personales.
10. Evaluación y cierre.

Una vez realizado el taller al completo, en una primera aplicación, debemos reconocer que, aunque existían expectativas positivas respecto al funcionamiento del mismo, estas se han visto completamente superadas. La asistencia al taller ha sido prácticamente completa en todas las sesiones, exceptuando bajas por enfermedad. Los usuarios han respondido a las dinámicas y actividades propuestas y han participado de manera activa en las mismas. Han creado un buen clima grupal, ayudándose en las tareas y respetando las opiniones, expresiones y criterios de los demás. Hemos podido retomar muchas de las conclusiones en la terapia individual y nos ha permitido establecer nuevas áreas de trabajo y objetivos personalizados. A los usuarios les ha gustado este nuevo planteamiento, valorando positivamente el cambio. Algunos han comentado que no están acostumbrados a hablar en positivo de ellos, e incluso las dificultades que encontraban a veces en la terapia con otros profesionales para ser escuchados y valorados.

Que hayan acudido prácticamente todos nos ha permitido mantener un hilo conductor, repasando brevemente en cada sesión lo conseguido en la anterior.

Los resultados de esta primera experiencia nos motivan para seguir mejorando y aprendiendo con el taller, con el objetivo de seguir creciendo y ayudando a crecer a nuestros usuarios, mejorando en cada aplicación del mismo.



> Plan Nacional Sobre Drogas. PNSD



LA CONFERENCIA SECTORIAL SOBRE DROGAS RATIFICA EL PLAN DE ACCIÓN 2013-2016, QUE DESARROLLA LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS

UN PLAN REALISTA Y PARTICIPATIVO QUE INCLUYE 36 ACTUACIONES

La Conferencia Sectorial sobre Drogas, integrada por representantes de la administración central y autonómica, ha ratificado en su última reunión la puesta en marcha del Plan de Acción 2013-2016, que desarrollará durante los próximos cuatro años las líneas maestras de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 actualmente vigente. El nuevo Plan de Acción había sido aprobado previamente por la Comisión Interautonómica y presentado ante la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del problema de las drogas.

Para la redacción de este segundo Plan de Acción se han evaluado los resultados del primero, vigente entre 2009 y 2012. En este sentido, el nuevo Plan de Acción mantiene una línea de continuidad con respecto al anterior, aun cuando presenta grandes novedades: tanto el proceso de elaboración, como su contenido y la metodología de trabajo que plantea son totalmente novedosos y marcarán un antes y un después en las políticas de drogas del PNSD.

Los principales aspectos que caracterizan este nuevo Plan son los siguientes:

- Es un plan participativo en el que se ha implicado a todos los agentes desde el primer momento: En primer lugar, las Comunidades Autónomas, con las que la delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas ha formado un Grupo de Trabajo, que se ha encargado de dirigir todo el proceso; en segundo lugar mediante la consulta a una gran cantidad de agentes, desde Instituciones con competencias indirectas en el tema, hasta sociedades científicas, expertos y ONG del sector. Pero la participación no solo se remite al proceso de elaboración; la propia metodología de trabajo busca más participación de todos los agentes, más implicación y fundamentalmente más coordinación y sinergias, mediante el liderazgo participativo de diferentes actores y el sistema de coordinación interna entre las diferentes acciones que lo componen.
- Es un plan realista: incluye propuestas muy concretas y operativas, a la vez que pone una especial atención a la factibilidad de las acciones, es decir, a la posibilidad real de llevarlas a la práctica.
- Es un plan adaptado a la situación económica actual. Por ello, sus redactores han puesto un especial énfasis en la calidad de las intervenciones, seleccionando las mejores prácticas y evitando aquello que no se sabe si funciona. Con ello, se pretende rentabilizar lo bueno que ya existe, evitando duplicidades y dispersión de recursos, propiciando un mayor intercambio de experiencias y garantizando de esta manera la optimización de los mismos.
- Se contempla la evaluación desde su inicio: se ha diseñado un sistema de monitorización de las acciones que permitirá analizar su evolución y poner en marcha las medidas correctoras oportunas para lograr los objetivos planteados.

36 ACCIONES

El Plan Cuatrienal contiene 36 acciones, para los seis ejes de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016, entre las que destacan las siguientes:

En el primer eje de coordinación, se incluye la creación de un consejo consultivo del Plan Nacional sobre Drogas que asesorará y orientará las políticas del Plan y de plataformas de coordinación inter e intrasectoriales para la puesta en marcha de las acciones.

En el segundo eje de reducción de la demanda, en el ámbito de la prevención se contempla la elaboración de un Plan de comunicación del PNSD, consensuado que ayude a transmitir mensajes coherentes a la población, de cara a aumentar la percepción del riesgo relacionada con el consumo de drogas. También incluye la puesta en marcha de proyectos coordinados de prevención familiar, de prevención con menores en situación de vulnerabilidad, programas multicomponentes en el ámbito local, o el proyecto de mejora de procesos de detección e intervención precoz.

En el ámbito de la asistencia e inserción se promoverá un proyecto de mejora de procesos y procedimientos de asistencia e inserción en drogodependencias y adicciones y su incorporación a la Cartera de Servicios del SNS.

Por lo que respecta al tercer eje de la Estrategia Nacional de drogas que se refiere a la Reducción de la oferta, se propone mejorar los procesos de control del tráfico de drogas, tanto el minorista como el gran narcotráfico; el control de operadores de sustancias susceptibles de desviación a canales ilícitos y la lucha contra el blanqueo de capitales.

Dentro del eje cuarto de la Estrategia sobre la mejora del conocimiento básico y aplicado, además de mantener los sistemas de información actuales, se desarrollará una aplicación informática para la recogida online de datos sobre indicadores notificados desde las distintas administraciones competentes y se introducirán escalas de valoración de trastornos relacionados con el consumo de drogas u otras adicciones. También se pondrá en marcha un portal de buenas prácticas que recogerá los mejores programas de reducción de la demanda de drogas en el territorio nacional.



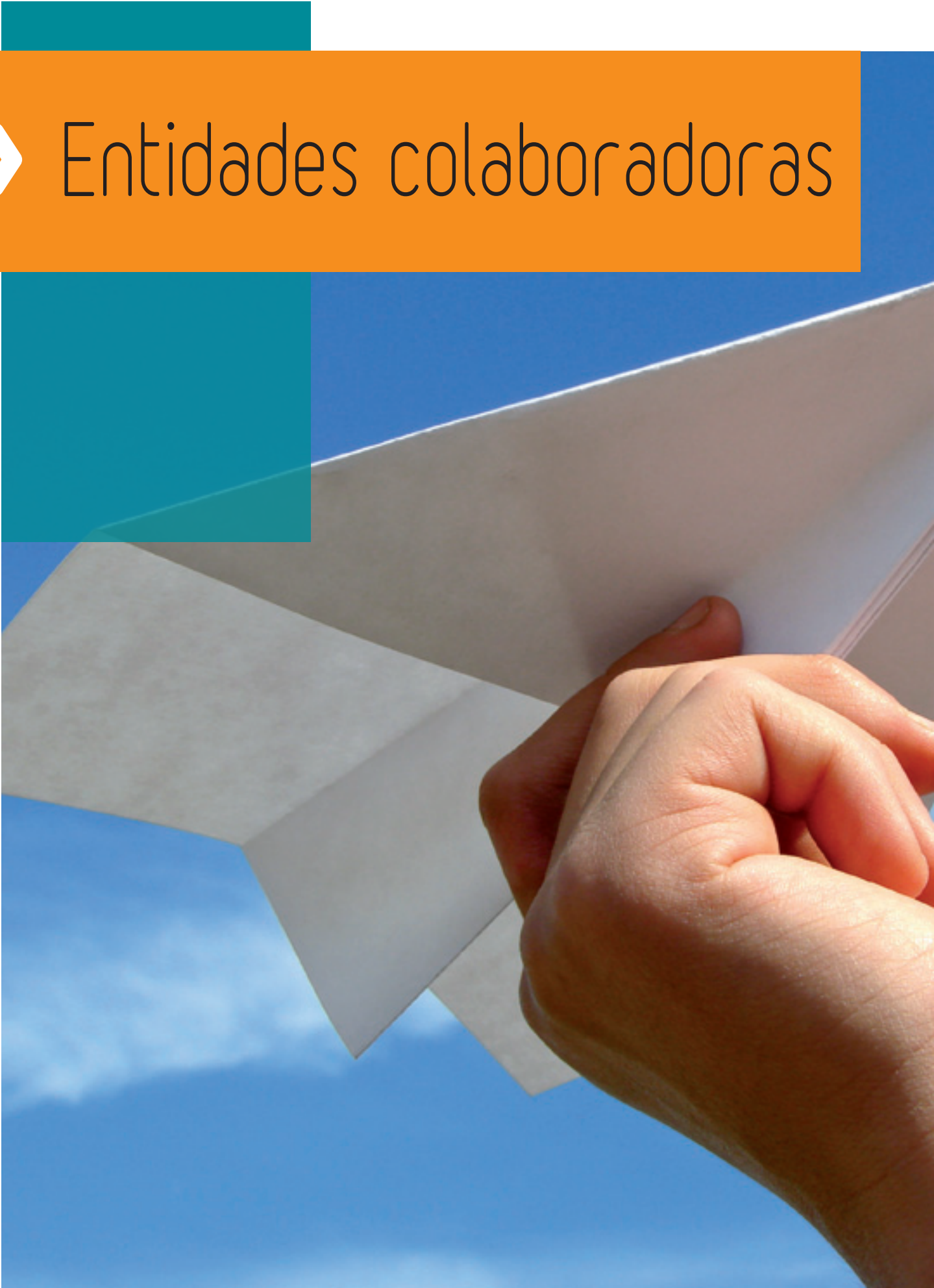


Plan de Acción 2013-2016

- Participación en la elaboración:
 - 12 Centros Directivos de la AGE.
 - 19 Planes Autonómicos.
 - FEMP en representación de la Administración Local.
 - 23 Expertos de reconocido prestigio.
 - 18 ONGs representativas del Tercer Sector de Acción Social en Drogodependencias.

EJE	OBJETIVO GENERAL	Nº ACCIONES
1. Coordinación.	1. Coordinación Nacional.	2
	2. Concienciación Social.	1
2. Reducción de la demanda	3. Aumentar Habilidades y Capacidades.	2
	4. Retrasar la edad de inicio.	2
	5. Reducir el consumo.	4
	6. Reducir daños asociados al consumo.	1
	7. Asistencia de calidad.	1
	8. Inserción socio laboral.	2
3. Reducción de la oferta	9. Control oferta sustancias ilegales.	5
	10. Blanqueo de capitales.	3
4. Mejora del Conocimiento	11. Investigación y mejora del conocimiento.	5
	12. Evaluación.	4
5. Formación.	13. Formación.	1
6. Coord. Internacional	14. Coordinación Internacional.	3

➤ Entidades colaboradoras



EL ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN AENA



En Aena, desde hace más de 20 años, se vienen desarrollando, en materia de drogodependencias, programas preventivos destinados a todo el colectivo laboral, y terapéuticos específicos para aquellos empleados con adicciones a sustancias que pueden tener efectos nocivos en el desempeño de sus tareas, especialmente en aquellas ocupaciones vinculadas a la seguridad de las operaciones aeroportuarias.

El Plan de Drogodependencias de Aena consta, pues, de dos Programas:

- Un Programa Preventivo y
- Un Programa de Tratamiento y reinserción de trastornos adictivos.

Estos Programas se desarrollan a través del Departamento de Beneficios Corporativos, dependiente de la Dirección de Organización y Recursos Humanos.

PROGRAMA PREVENTIVO

Sus objetivos son: la promoción de la salud, la mejora de la calidad de vida laboral y el autocontrol ante la oferta de drogas, comprende una serie de Acciones Informativas, tales como divulgación de folletos y guías, artículos y publicaciones, charlas informativas dirigidas a los distintos departamentos de la empresa, conferencias, etc.

Acciones formativas, consistentes en Cursos especializados destinados a los profesionales, mandos y representantes sindicales, incidiendo en la importancia que ciertos consumos tienen en la seguridad de las operaciones aeroportuarias, impartidos de forma amena y participativa con ejemplos de casos reales a modo de role-playing, etc.

Para el desarrollo de estos cometidos preventivos Aena cuenta tanto con recursos propios como con el apoyo de Instituciones públicas como privadas o Fundaciones y/o Asociaciones sin ánimo de lucro, como es el caso de Proyecto Hombre, que imparte cursos para los empleados de distintos aeropuertos, en base a un Convenio de Colaboración suscrito con la empresa en el año 2008.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN

Tiene como objetivos:

- Detectar problemas de abuso de alcohol y otros trastornos adictivos.
- Oferta de Tratamiento en centros especializados ajenos a la empresa.
- Reinserción laboral.

El cumplimiento de estos objetivos se desarrolla mediante los siguientes pasos:

Detección de necesidades / Estudio y evaluación de los casos detectados, Oferta de tratamiento / Seguimiento / Reinserción al puesto de trabajo con o sin modificación de las condiciones laborales (cambios de horario de turnos a jornada continuada, traslado de centro, cambio temporal de ocupación, etc.).

Para el desarrollo de estas acciones, Aena cuenta asimismo con medios propios: Técnicos especializados de la empresa, Estructura de Salud Laboral, Técnicos y Delegados de Prevención y la propia Estructura Empresarial y Sindical. Y con recursos externos: tanto públicos, como privado sin ánimo de lucro, etc.

En Aena somos conscientes de que el abordaje de las adicciones en el marco de la empresa tiene muchas ventajas: si consideramos que el empleo es el medio principal que asegura al empleado la posibilidad de consumo, la posibilidad de la pérdida del puesto de trabajo es un factor motivante de primer orden de cara a abordar un tratamiento.

En segundo lugar, desde la empresa realizamos un seguimiento terapéutico en tiempo real, en coordinación con los profesionales externos, que permite conocer la evolución y el grado de implicación en el tratamiento.

Por otra parte, la empresa cuenta con el marco propio para llevar a cabo la fase de reinserción, tan importante para la normalización de la persona en su medio.

Las características del Programa de Tratamiento de conductas adictivas son las siguientes:

- El Programa está dirigido a todo el personal adscrito al Convenio Colectivo de Aena, incluidos mandos y directivos.
- Es un programa de carácter voluntario para el empleado.
- Está subvencionado parcialmente.
- La confidencialidad es su característica más importante.
- Se realiza en centros especializados ajenos a la empresa, tanto públicos como privados.
- Implica un seguimiento de la evolución, realizado por personal técnico especializado.
- Incluye programa de Reinserción laboral, con o sin modificación de las condiciones de trabajo, según el caso.
- Incluye asesoramiento, tanto a nivel personal como profesional, para mandos y representantes sindicales.
- Información y asesoramiento familiar.

En Aena somos conscientes de que el abordaje de las adicciones en el marco de la empresa tiene muchas ventajas: si consideramos que el empleo es el medio principal que asegura al empleado el consumo, la posibilidad de la pérdida del puesto de trabajo es un factor motivante de primer orden, de cara a abordar un tratamiento.

En segundo lugar, desde la empresa realizamos un seguimiento terapéutico en tiempo real, en coordinación con los profesionales externos, que permite conocer la evolución del tratamiento y por tanto el grado de implicación en el mismo.

Por otra parte, la empresa cuenta con el marco propio para llevar a cabo la fase de reinserción, tan importante para la normalización de la persona en su medio.

Desde que se implantó el Plan de Conductas Adictivas de Aena, se han tratado más de cien casos de adicción al alcohol y drogas ilegales y cerca de 600 personas dejaron de fumar a través de los programas gestionados desde la empresa, con un grado de satisfacción alto, en general.





PROYECTO
HOMBRE



PROYECTO
Revista de la Asociación Proyecto Hombre
FICHA DE SUSCRIPCIÓN ANUAL

Nombre y apellidos
 Empresa o institución
 Calle
 Población
 C.P y provincia
 Profesión
 Teléfono
 DNI / CIF
 Fecha suscripción

FORMA DE PAGO
 Domiciliado en banco
 Banco/Caja
 Agencia
 Dirección
 Población
 Provincia
 Titular
 N° de Cuenta:
 En a de de
 Firma

PRECIO
 Ordinario 10 €
 De apoyo 10+10 donativo= 20 €
 Benefactor 10+25 donativo= 35 €

Más información: 91 357 01 04 · prensa@proyectohombre.es · www.proyectohombre.es

Conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite serán incorporados a un fichero titularidad de la Asociación Proyecto Hombre, con la finalidad de ofrecerle todo tipo de información sobre sus publicaciones y eventos. Le garantizamos que sus datos son tratados de forma confidencial y son de uso exclusivo de la Asociación Proyecto Hombre. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, dirigiendo un escrito a la Asociación Proyecto Hombre. Avda. Osa Mayor, 19. 28023 Aravaca (Madrid).

HAZTE SUSCRIPTOR DE LA REVISTA

PROYECTO

PROYECTO ES LA REVISTA
CUATRIMESTRAL
DE LA ASOCIACIÓN
PROYECTO HOMBRE,
ESPECIALIZADA
EN LA PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DE
LAS ADICCIONES

COLABORA
CON NOSOTROS
COMPLETANDO
LA FICHA DE
SUSCRIPCIÓN



PROYECTO
HOMBRE

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE



Asociación Proyecto Hombre
Apartado nº 4 F.D./ 2831794
28023 Madrid Suc. 33



LISTADO DE CENTROS

DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA

ALICANTE

Partida de Aguamarga, s/n
03008 Alicante
Tel.: 965 11 21 25
Fax: 965 11 27 24
info@proyctohombrealicante.org
www.proyctohombrealicante.org

ALMERIA

Calle de la Almedina, 32
04002 Almería
Tel.: 950 26 61 58
Fax: 950 27 43 07
proyctohombrealmeria@proyctohombrealmeria.es
www.proyctohombrealmeria.blogspot.com

ASTURIAS

Pza del Humedal, 5 - Entlo. 2º
33207 Gijón
Tel.: 98 429 36 98
Fax: 98 429 36 71
phastur@proyctohombrealasturias.org
www.proyctohombrealasturias.org

BALEARES

Oblates, 23
07011 Palma de Mallorca
Tel.: 971 79 37 50
Fax: 971 79 37 46
info@projectehome.com
www.projectehome.com

BURGOS

Pedro Poveda Castroverde, 3
09007 Burgos
Tel.: 947 48 10 77
Fax: 947 48 10 78
proyctohombrealburgos@sarenet.es
www.proyctohombrealburgos.com

CÁDIZ

Lealías, 6
11404 Jerez - Cádiz
Tel.: 956 18 32 74
Fax: 956 18 32 76
sede@proyctohombrealprovinciacadiz.org
www.proyctohombrealprovinciacadiz.org

CANARIAS

Tenerife
Pedro Doblado Claverie, 34
38010 Ofra - Tenerife
Tel.: 922 66 10 20
Fax: 922 66 15 68
administración.tfe@proyctohombrealcanarias.com

Las Palmas de Gran Canaria

Inés Chemida, 55
35009 Las Palmas
Tel.: 928 33 02 03
direccion.gc@proyctohombrealcanarias.com
www.proyctohombrealcanarias.com

CANTABRIA

Isabel La Católica, 8
39007 Santander - Cantabria
Tel.: 942 23 61 06
Fax: 942 23 61 17
phcantabria@proyctohombrealcantabria.org
www.proyctohombrealcantabria.org

CASTELLÓN

Avda. Enrique Gimeno, 44
12006 Castellón
Tel.: 964 20 52 55
Fax: 964 25 00 46
fundación@proyctohombrealcastellon.org
www.proyctohombrealcastellon.org

CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3
19005 Guadalajara
Tel.: 949 25 35 73
Fax: 949 25 35 66
info@phcastillalalamanca.es
www.phcastillalalamanca.es

CATALUNA

Riera de Sant Jordi, 151
08390 Montgat (Barcelona)
Tel.: 93 469 32 25
Fax: 93 469 35 28
info@projectehome.org
www.projectehome.org

CÓRDOBA

Abderramán III, 10
14006 Córdoba
Tel.: 957 40 19 09
Fax: 957 40 19 26
phcordoba@phcordoba.com
www.phcordoba.com

EXTREMADURA

Coria, 25 Bajo
10600 Plasencia - Cáceres
Tel.: 927 42 25 99
Fax: 927 42 25 99
phextrem@hotmail.com
www.conectatealavida.com

GALICIA

Virxe da Cerca, 6
15703 Santiago de Compostela - A Coruña
Tel.: 981 57 25 24
Fax: 981 57 36 06
fmg@proyctohome.org
www.proyctohome.org

GRANADA

Santa Paula, 20
18001 Granada
Tel.: 958 29 60 27
Fax: 958 80 51 91
ph@proyctohombrealgranada.org
www.proyctohombrealgranada.org

HUELVA

Pabellón de las Acacias. Ctra de Sevilla Km. 636
21007 Huelva
Tel.: 959 23 48 56
Fax: 959 22 77 31
info@proyctohombrealhuelva.es
www.proyctohombrealhuelva.es

JAÉN

Menéndez Pelayo, 21 bajo
23003 Jaén
Tel.: 953 27 62 29
Fax: 953 29 12 35
phjaen@angaro-phjaen.com
www.angaro-phjaen.com

LA RIOJA

Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)
26004 Logroño - La Rioja
Tel.: 941 24 88 77
Fax: 941 24 86 40
phrioja@proyctohombrealrioja.es
www.proyctohombrealrioja.es

LEÓN

Médicos sin Fronteras, 8
24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada - León
Tel.: 987 45 51 20
Fax: 987 45 51 55
comunicacion@proyctohombrealleon.org
www.proyctohombrealleon.org

MADRID

Martin de los Heros, 68
28008 Madrid
Tel.: 91 542 02 71
Fax: 91 542 46 93
informacion@proyctohombrealmadrid.org
www.proyctohombrealmadrid.org

MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4
29006 Málaga
Tel.: 952 35 31 20
Fax: 952 35 32 25
central@proyctohombrealmalaga.com
www.proyctohombrealmalaga.com

MURCIA

San Martín de Porres, 7
30001 Murcia
Tel.: 968 28 00 34
Fax: 968 23 23 31
general@proyctohombrealmurcia.es
www.proyctohombrealmurcia.es

NAVARRA

Avda. Zaragoza, 23
31005 Pamplona - Navarra
Tel.: 948 29 18 65
Fax: 948 29 17 40
info@proyctohombrealnavarra.org
www.proyctohombrealnavarra.org

SALAMANCA

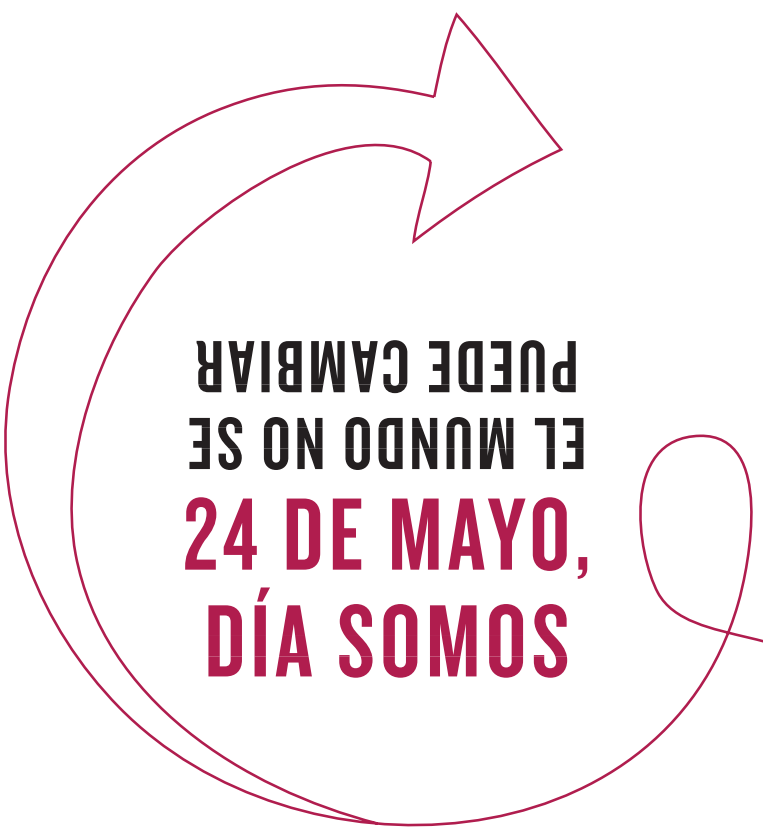
Huertas de la Trinidad, 2
37008 Salamanca
Tel.: 923 20 24 12
Fax: 923 21 99 80
phsalamanca@proyctohombreal Salamanca.es
www.proyctohombreal Salamanca.es

SEVILLA

Virgen del Patrocinio, 2
41010 Sevilla
Tel.: 95 434 74 10
Fax: 95 434 74 11
ces@phsevilla.org
www.proyctohombrealsevilla.com

VALLADOLID

Linares, 15
47010 Valladolid
Tel.: 983 25 90 30
Fax: 983 25 73 59
proyctohombre@proyctohombrealvalladolid.org
www.proyctohombrealvalladolid.org



**EL MUNDO NO SE
PUEDE CAMBIAR
24 DE MAYO,
DÍA SOMOS**

SOMOS!^{by aefr}
UNIDOS PARA CAMBIAR EL MUNDO

Como tú, somos muchos los que pensamos que **dando la vuelta a las cosas podemos cambiar el mundo.** Y además, lo hacemos. Gracias a tu colaboración, las ONG que formamos SOMOS estamos dando la vuelta a las situaciones más injustas.

Pero aún nos quedan muchos problemas que solucionar.

Por eso, el próximo **24 de mayo** celebraremos el **Día Somos.**

Sal a la calle con una prenda del revés y juntos demostraremos que sí es posible cambiar el mundo.

No nos falles y únete.

**MUY PRONTO DESCUBRIRÁS
TODO LO QUE PUEDES HACER
EL DÍA SOMOS EN
SOMOSASI.ORG**

PROYECTO HOMBRE