



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

TRABAJO DE FIN DE GRADO:

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y ADICCIONES.
APUNTES PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN**

Autora: M^a Estela Carracedo Rubio

Tutor: José Luis Rodríguez Sáez

CURSO 2017- 2018

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado tiene como objetivo poner de manifiesto la relevancia y el espacio profesional de la Educación Social en el campo de las adicciones, específicamente en la prevención de conductas adictivas. Ello se aborda desde el estudio actual que relaciona la inteligencia emocional con el consumo de sustancias adictivas y que permite elaborar apuntes para un programa de prevención.

PALABRAS CLAVE

Educación Social, Adicciones, Inteligencia Emocional, Prevención, Factores de riesgo y protección.

ABSTRACT

The purpose of this Final Degree Project is to highlight the relevance and professional space of Social Education in the field of addictions, particularly in the prevention of addictive behaviors. This is approached from the current study that relates emotional intelligence with the consumption of addictive substances and that to prepare notes for a prevention program.

KEYWORDS

Social Education, Addiction, Emotional Intelligence, Prevention, Risk factors, Protection factors.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1.	6
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	6
1.2 OBJETIVOS.....	10
1.3 METODOLOGÍA.....	10
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	11
2.1 CONCEPTO, ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	11
2.1.1 MODELOS TEÓRICOS DE COMPETENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	13
2.1.1.1 MODELO DE MAYER Y SALOVEY.....	14
2.1.1.2 MODELO DE GOLEMAN.....	16
2.1.1.3 MODELO DE BAR-ON.....	17
2.2 ADICCIONES.....	18
2.2.1 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA.....	19
2.2.1.1 OTROS CONCEPTOS.....	21
2.2.2 PROCESO ADICTIVO.....	21
2.2.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	22
2.3 RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES.....	28
CAPÍTULO 3: ESPACIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN.....	30
3.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL COMO MARCO PARA EL ANÁLISIS DE COMPETENCIAS.....	30
3.2 COMPETENCIAS DEL EDUCADOR/A SOCIAL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN EN ADICCIONES.....	33
3.3 APUNTES PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	36
3.3.1 PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN.....	38
3.3.2 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES.....	39
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES FINALES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1: Prevalencia de consumo de sustancias.....	7
Gráfica 2: Drogas con mayor prevalencia de consumo.....	8
Gráfica 3: Factores que intervienen en el Modelo Biopsicosocial.....	31
Cuadro 1: Diferenciación entre emoción, estado de ánimo y sentimiento.....	13
Cuadro 2: Modelo revisado de IE de Mayer y Salovey (1997).....	15
Cuadro 3: Modelo Biopsicosocial.....	31
Cuadro 4: Funciones del Educador/a Social dentro del marco de las adicciones.....	34
Cuadro 5: Relación entre los aspectos de intervención en adicciones desde el Modelo Biopsicosocial y las competencias del Educador/a Social	34
Cuadro 6: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional. Percepción, valoración y expresión de la emoción.....	39
Cuadro 7: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional. Facilitación emocional del pensamiento y Comprensión y análisis de las emociones.....	39
Cuadro 8: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional. Regulación reflexiva de la emoción para promover el crecimiento emocional e intelectual.....	40

INTRODUCCIÓN:

Una de las áreas de estudio de la psicología que está en pleno desarrollo actualmente es la inteligencia emocional y la relación que ésta tiene con otras variables relevantes para el bienestar personal. En este caso se busca indagar en la relación entre la inteligencia emocional y las adicciones. Además se intenta enfocar este análisis desde una profesión concreta como es la Educación Social.

Dicha profesión está sujeta a los cambios que surgen en el contexto social, sean estos económicos, de relación y participación social, o axiológicos, ya que *“todo hecho de carácter social tiene su explicación en el contexto en el que emerge”* (López-Noguero, 2012, p. 1742), ya que es la misma sociedad la que “busca” la forma de dar respuesta a las demandas que ella misma tiene. Históricamente, aspectos económicos como la revolución tecnológica, el neoliberalismo, la exclusión social, la globalización, etc.; aspectos de relación y participación social como la quiebra de las redes tradicionales de comunicación, la falta de participación, el pobre tejido asociativo, etc.; y aspectos axiológicos como la soledad, el consumismo, la violencia, las drogodependencias, la pérdida de sentido colectivo, la indiferencia, etc., (López-Noguero, 2012) han marcado profundamente el desarrollo de esta profesión desde su nacimiento, y su institucionalización en los años 80, provocando así su evolución, desarrollo y ampliación e implicación en diferentes ámbitos y aspectos. Así, se puede afirmar que, en la mayor parte de casos sucede que la Educación Social se impone a través del marco de su práctica (López Noguero, 2004).

En este sentido, son dos los aspectos principales que se tratan de abordar en este documento, y que resulta relevante señalar: por un lado, el marco profesional de trabajo existente para la Educación Social en torno a las adicciones, y por otra parte la importancia de tener en cuenta la inteligencia emocional en el ámbito de las adicciones, en tanto que favorece el desarrollo y bienestar de las personas.

Para reflexionar sobre estos aspectos, el presente Trabajo de Fin de Grado se ha organizado en los siguientes puntos:

En primer lugar se presenta un marco teórico en torno a dos conceptos principales. Por una parte el concepto de inteligencia emocional, en el que se profundiza a través del modelo teórico de Mayer y Salovey, que nos servirá como modelo de referencia para un posterior análisis de aplicación socioeducativa de la inteligencia emocional en la prevención para las adicciones. Por otra parte, se aborda el concepto de adicciones de forma amplia, profundizando en algunos conceptos, procesos y factores que harán posible la comprensión del análisis y reflexión realizados en los siguientes puntos del trabajo.

Para finalizar con el primer capítulo, se presenta una breve reflexión sobre la relación que existe entre los dos conceptos que conforman el marco teórico: inteligencia emocional y adicciones.

En la segunda fase del trabajo, se parte del estudio y análisis del modelo biopsicosocial para el trabajo en adicciones; a partir de este modelo se puede observar desde una vertiente teórica el espacio profesional que han de desempeñar los Educadores Sociales en este campo profesional. Partiendo de este punto, se realiza un análisis de las funciones y competencias que han de desarrollar los Educadores Sociales para llevar a cabo una intervención socioeducativa en adicciones. Por último, avanzando hacia la parte más

específica del trabajo, se realiza un análisis en torno al modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey de donde se extraen apuntes para un programa de prevención en adicciones.

Con todo ello, se pretende poner de manifiesto el papel profesional del Educador Social en el marco de las adicciones; más en concreto en el área de la prevención, si bien como se observa, el espacio de intervención socioeducativa se da tanto en el área de la prevención, como en el de la intervención en conductas adictivas.

Así mismo, se pretende remarcar la importancia de continuar la investigación sobre la utilidad y necesidad de aplicar la inteligencia emocional en el trabajo con adicciones, ya que como se detalla más adelante, está demostrando tener una repercusión positiva, ya sea favoreciendo los factores de protección frente a las conductas adictivas o mejorando la intervención en otras fases de la conducta adictiva.

CAPÍTULO 1

1.1 JUSTIFICACIÓN:

Una de las problemáticas sociales latentes en la actualidad, que se encuentra en constante evolución y, tal y como se deja ver a través de políticas sociales que se están llevando a cabo por parte del Estado Español (Bas-Peña, 2014), preocupa en el ámbito nacional, son las adicciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia o actividad.

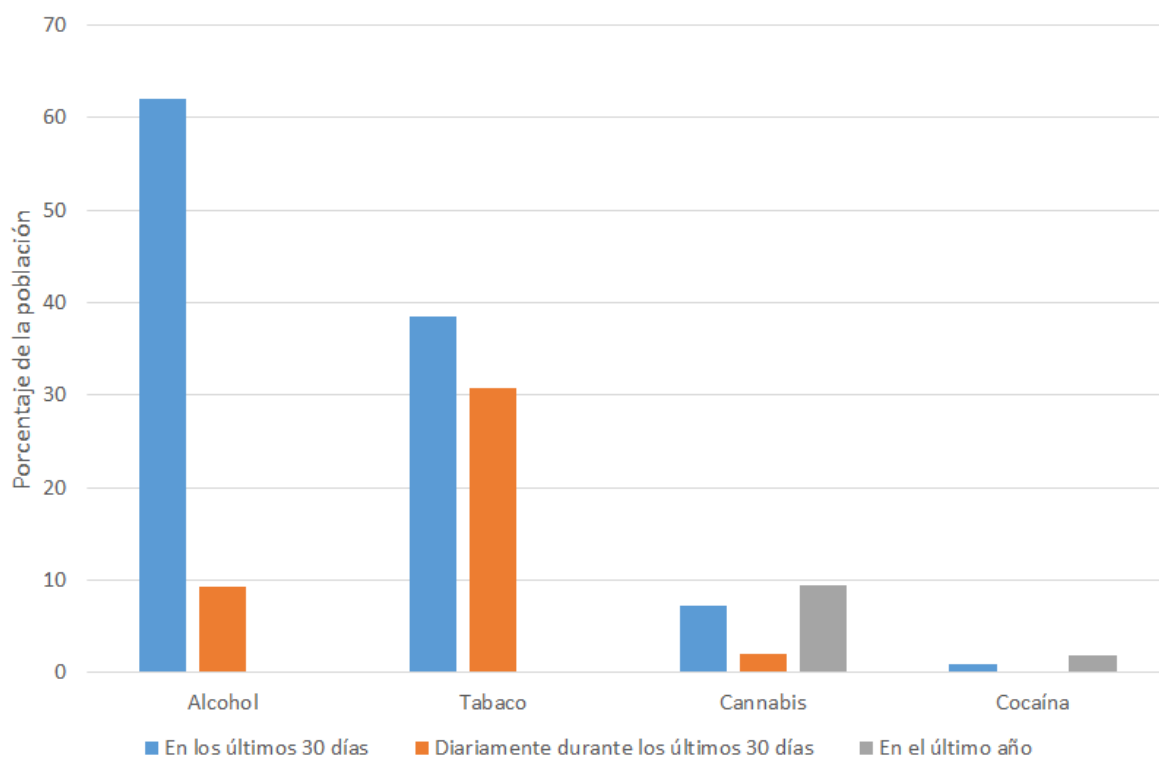
Por su parte, la conducta adictiva es aquella en la que la persona sufre una pérdida de control al realizar una actividad determinada, a pesar de que esta tenga unas consecuencias adversas tal como el aumento de la dependencia a esa conducta. Asimismo, se relaciona que una persona con una conducta adictiva realizará dicha conducta para aliviar el malestar emocional (reforzadores negativos), mientras que alguien sin conducta adictiva realizará las actividades por el mero placer que obtiene al realizarla (reforzadores positivos) (Echeburúa, 1999).

Según datos del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2017) entre los años 1995 y 2015, la población española de entre 15 y 64 años ha aumentado de forma general el consumo de este tipo de sustancias.

En su último informe podemos observar que:

- *El 62'1% de la población ha consumido alcohol en los últimos 30 días, y el 9'3% diariamente en los últimos 30 días.*
- *El 38,5% de la población ha consumido tabaco en el último mes y el 30,8% diariamente en el último mes.*
- *El 9,5% de la población ha consumido cannabis en el último año (2.940.000); el 7,3% en el último mes y el 2,1% diariamente en el último mes.*
- *El 8,9% de la población de 15 a 64 años ha consumido cocaína en polvo alguna vez, el 1,9% en el último año y el 0,9% en los últimos 30 días.*

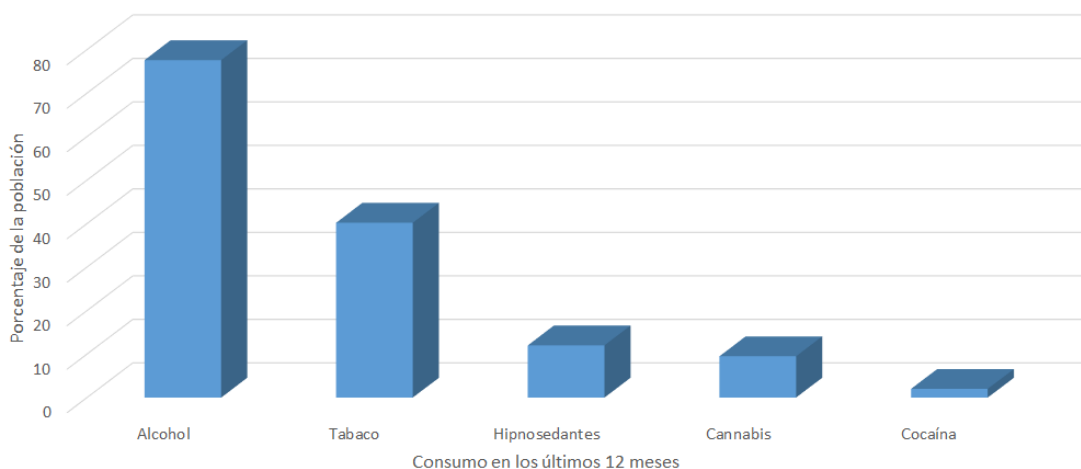
Gráfico 1: Prevalencia de consumo de sustancias



Gráfica de realización propia en base a los datos obtenidos del Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017)

Las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%) y los hipnosedantes (12,0%), seguidos del cannabis (9,5%) y la cocaína (2,0%).

Gráfica 2: Drogas con mayor prevalencia de consumo



Gráfica de realización propia en base a los datos obtenidos del Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017)

Si atendemos a los datos sobre prevalencia de consumo y distribución por edad, encontramos que para 2015, la edad de inicio de consumo se mantiene estable. El tabaco y las bebidas alcohólicas son las que se consumen a una edad más temprana (17 años), seguido del cannabis (18 años). Las prevalencias de consumo son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los hipnosedantes, cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.

Según datos de la EDADES (2017) la edad a la que los adolescentes experimentan por primera vez con algún tipo de sustancia se sitúa en los 16 años. Se entiende así que las primeras experiencias de consumo se dan durante la adolescencia, mientras que en la adultez temprana comienzan a asentarse. Este colectivo está enmarcado por unas características como son la impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, la transgresión y la necesidad de sentirse parte del grupo de iguales (Montoya, Postigo, y González-Barrón, 2016) que favorecen su vulnerabilidad para el consumo de drogas, y que es susceptible de formar parte de la vida cotidiana de los jóvenes, sobre todo durante los fines de semana.

El consumo y el abuso de drogas en los jóvenes no es algo aislado, sino que guarda relación directa con un conjunto de riesgos y problemas con los que se puede encontrar en su vida diaria. No obstante, aunque el colectivo adolescente se presenta como vulnerable, no todos tienen los mismos factores de riesgo, y dependiendo de estos, su vulnerabilidad aumenta o disminuye.

Tal y como argumenta Bas-Peña (2014) las relaciones entre persona- sustancia son cambiantes, de la misma forma que cambian las causas y las repercusiones de las conductas adictivas.

Freixa (1982 citado en Bas-Peña, 2014), igualmente defiende que las drogodependencias son el resultado de la interrelación entre tres factores principales: la

persona, el contexto y la sustancia. Cada persona tiene unas cualidades y características que, en un contexto y situación determinada, harán que tenga una respuesta u otra en relación a una sustancia concreta. No todas las personas son iguales, ni sus contextos coinciden, ni muestran conductas adictivas a las mismas sustancias.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), aborda en qué medida el consumo de sustancias psicoactivas está relacionada con los problemas personales de las personas consumidoras. Estos problemas incluyen problemas de salud, psicológicos, accidentes de tráfico, problemas laborales o económicos, problemas con la ley, relaciones sexuales de riesgo o la necesidad de acudir a un centro de urgencias. Según resultados de esta encuesta (EDADES, 2015-2016) se observa que dichos problemas están más presentes conforme mayor es el consumo de sustancias.

Por todo ello, la labor de los Educadores Sociales encuentra un espacio de acción en la problemática social del consumo de sustancias. En primer lugar cabe detallar la especificación que realiza el Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social (2004) que defiende el espacio de acción profesional con la educación y el consumo de drogas, tanto prevención, como proceso de tratamiento y de reinserción.

Siguiendo a Gutiérrez (2007 citado en Sixto-Costoya y Olivar Arroyo, 2018) se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones como:

“Forma especializada de Trabajo Social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”

En este sentido la Educación Social y el Trabajo Social comparten un espacio de trabajo común, ya que el entorno, tal como la familia, los amigos, el barrio, el ocio... influye directamente sobre las conductas adictivas. Para el acompañamiento en situaciones como estas es necesario llevar a cabo una tarea socioeducativa que está enmarcada en los objetivos de la Educación Social como son la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad; y la promoción cultural y social, entendida como el acercamiento a nuevas posibilidades que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social (ASEDES, 2007).

Además, la Educación Social como profesión social, tiene entre sus objetivos trabajar en la prevención y la sensibilización. Esto no solo supone tratar de evitar la futura aparición de problemas y situaciones causantes de riesgo, sino también reconocer individuos y grupos sociales en riesgo para evitar la consolidación de las problemáticas ya presentes, y de la misma forma realizar intervenciones en contextos problemáticos ya establecidos para paliar las consecuencias negativas de dichas situaciones.

La Educación Social en la prevención de las conductas adictivas tiene la responsabilidad y capacidad de ocuparse de las causas que llevan a las personas al consumo a través de su acción educativa orientada a favorecer las relaciones “con” y “entre” las personas que pueden encontrarse en situaciones conflictivas, y de este modo evitar que el consumo sea la salida y solución que encuentren a sus problemas (García Roca, 2000).

1.2 OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Profundizar en la relevancia del papel profesional del/a Educador/a Social en el ámbito de la prevención de las adicciones en jóvenes y adolescentes, y con ello elaborar apuntes para un programa de prevención basado en la aplicación de la educación emocional.

Objetivos específicos:

- Señalar la necesidad de la prevención de las adicciones en jóvenes y adolescentes teniendo en cuenta el análisis de la trayectoria y situación actual de esta problemática en la sociedad.
- Mostrar las capacidades y competencias profesionales del/a Educador/a Social para el trabajo en el ámbito de las adicciones, y reivindicar su papel dentro de la acción multiprofesional en este campo.
- Poner de manifiesto la relevancia de la Inteligencia Emocional como medio para la prevención de las conductas adictivas.
- Elaborar apuntes para la puesta en práctica de programas de prevención para las adicciones a través de la educación emocional.

1.3 METODOLOGÍA:

El presente trabajo de fin de grado se ha llevado a cabo en dos fases principales:

- A. En primer lugar se ha realizado una revisión bibliográfica en torno a las dos temáticas que se pretenden aunar en este proyecto: adicciones e inteligencia emocional, con el objetivo de extraer una representación de contenidos teóricos y conceptuales que aporten una fundamentación teórica al posterior análisis sobre la práctica socioeducativa de la Educación Social.
- B. En la segunda fase, se ha realizado un análisis y reflexión sobre la práctica socioeducativa de la Educación Social en el marco de la prevención en adicciones y sobre el papel que juega la inteligencia emocional en este campo. De este modo, se proponen algunos apuntes para incluir la inteligencia emocional en la prevención de las conductas adictivas, en el espacio profesional de la Educación Social.
 - Desde un modelo teórico de referencia para el enfoque de las conductas adictivas, se estudia el espacio profesional de la Educación Social.
 - A partir de ello, se reflexiona sobre las funciones y competencias de los/as Educadores/as Sociales en este espacio profesional, y se proponen apuntes para la prevención de estas conductas a través de la inteligencia emocional.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL:

La inteligencia emocional se refiere a la capacidad de reconocer tanto nuestros propios sentimientos como los ajenos, de motivarnos y de manejar bien nuestras emociones en nosotros mismos y en nuestras relaciones.

Los primeros pasos hacia el concepto de Inteligencia Emocional se dan, dentro del estudio de la psicología, hacia el concepto de inteligencia. (García del Castillo et al., 2013) A finales del siglo XIX y principios del siglo XX aparecen las primeras propuestas en torno a este concepto por parte de algunos autores. Galton (1885) considera que la inteligencia es una habilidad de las personas que hace que se diferencien entre sí y forma parte de su actividad cognitiva, y Binet (1903) considera que es una habilidad que puede adaptarse a nuevas circunstancias.

Thorndike (1920) utiliza el término de inteligencia social, con el que se refiere a la capacidad para dirigir a las personas y actuar correctamente en sus relaciones humanas, siendo así uno de los precursores en el estudio de la Inteligencia Emocional.

No obstante es Gardner (1983) quien amplía el concepto de inteligencia con su modelo de las Inteligencias Múltiples, ya que defiende la existencia de diferentes tipos de inteligencias abarcando cada una de ellas, un determinado número de aptitudes.

Gardner defiende la necesidad de observar la forma en que las personas desarrollan capacidades importantes para su modo de vida, es decir, que la inteligencia esté en relación con la realidad personal de los individuos y sirva para resolver sus propios problemas potenciando sus capacidades, aprendiendo y mejorando (García del Castillo et al. 2013).

En la Teoría de las Inteligencias Múltiples, Gardner (1983) diferencia siete tipos de inteligencia: musical, cinético-corporal, lógico-matemática, lingüística, espacial naturalista e interpersonal e intrapersonal. De todas las mencionadas, son la inteligencia interpersonal e intrapersonal las que componen la inteligencia emocional, por lo que profundizaremos más en ellas.

La inteligencia interpersonal, según afirma Gardner (1983, citado en García del Castillo et al. 2013, pp 92):

“se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás: en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado.”

Por último, cabe señalar que Gardner (1983) se refiere al “sentido individual de uno mismo” para hablar de la representación que los individuos construyen para sí mismos en la

que incluyen todos los tipos de información sobre una persona (componentes inter e intrapersonales).

A través de este proceso evolutivo en torno al estudio del concepto de inteligencia, y teniendo en cuenta las nuevas propuestas e investigaciones de los distintos autores, surge un nuevo campo de estudio: La inteligencia emocional. En esta teoría se resalta la capacidad de los individuos para relacionarse con los demás y consigo mismo, no solo a través del dominio cognitivo o del pensamiento. Además de la razón existe un componente fundamental que determina en gran medida cómo el individuo desarrolla sus relaciones interpersonales: la emoción.

“Las emociones son una parte estandarizada del “programa humano”, un conjunto innato de sistemas de adaptación al medio que han tenido un extraordinario valor de supervivencia para la humanidad, ayudándonos a responder rápidamente a los cambios que se producen en nuestro entorno y afectando a nuestro bienestar, nuestro juicio y nuestra convivencia.” Denham y Reeve (1996 citado en Montoya-Castilla, Postigo-Zegarra y González-Barrón, 2016, pp 34).

Lo más exacto es considerar a la emoción como un fenómeno multidimensional que está compuesto por cuatro aspectos fundamentales (Montoya-Castilla, Postigo-Zegarra y González-Barrón, 2016):

- Fisiológico: las emociones provocan respuestas a nivel fisiológico ya sean autónomas, que sirven para facilitar las respuestas conductuales desde el Sistema Nervioso Central, u hormonales, que son las que refuerzan las respuestas autónomas y actúan sobre el organismo de forma más duradera.
- Funcional: se refiere a las conductas concretas en respuesta a una situación determinada, siendo así las responsables de la presencia de las emociones en nuestro repertorio conductual.
- Expresivo: se refiere a las expresiones corporales que las emociones producen en nuestro cuerpo, como forma de transmitir las experiencias emocionales que sentimos.
- Cognitivo-subjetivo: las emociones producen en nosotros un estado afectivo, que comúnmente entendemos como la forma en que nos sentimos en cada momento, y que denominamos “sentimientos”.

En función de la perspectiva que se asuma para analizar las emociones se pueden recoger o categorizar de una forma u otra.

Por una parte se encuentra la perspectiva biologicista, que fija su interés en aquellas emociones que tenemos de forma innata, que son fácilmente reconocibles y constituyen respuestas de forma inconsciente a los estímulos ambientales, a las que se refieren como “emociones primarias”. Para esta perspectiva, por tanto, las emociones son fácilmente enumerables, aunque siempre dependerá del autor y la metodología que utilice para atribuirle a una sensación el rango de emoción (Villanova y Clemente, 2005).

Por otra parte se encuentra la perspectiva cognitivista, en la que es el conocimiento emocional de la persona quien limita el número de emociones que puede sentir.

La persona a través de su experiencia y conocimiento va construyendo su propia representación mental de las emociones que siente, ya que no todas las situaciones son iguales, ni todas las personas evalúan sus circunstancias de la misma manera (Villanova y Clemente, 2005).

En cualquier caso, es notable la creciente importancia que se le otorga a las emociones en el ser humano en la última década. Por su parte, tal y como especifica Montoya-Castilla, Postigo-Zegarra y González-Barrón (2016) en su libro *“Programa de educación emocional para adolescentes”*, la investigación científica ha mostrado especial interés *“al estudio de las diferencias individuales en la habilidad para procesar y utilizar la información emocional, partiendo de la idea de que aquellas personas que se muestren más hábiles tendrán mejor adaptación psicológica y social”*.

A estas habilidades emocionales se las ha denominado como Inteligencia o Competencia Emocional.

Cuadro 1: Diferenciación entre emoción, estado de ánimo y sentimiento

EMOCIÓN	ESTADO DE ÁNIMO	SENTIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fenómeno subjetivo, fisiológico, motivacional y comunicativo. ➤ Duración corta ➤ Adaptación a oportunidades y desafíos del día a día 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estado afectivo global ➤ Sin causa, objetivo o inicio concreto 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Componente subjetivo de la emoción ➤ Significado personal para cada individuo

Fuente: (Montoya-Castilla, Postigo-Zegarra y González-Barrón, 2016, p. 37)

Es en el año 1995 cuando el concepto de Inteligencia Emocional se da a conocer al mundo y se populariza, con el libro *“Emotional Intelligence”* escrito por Goleman (1996).

2.1.1 MODELOS DE COMPETENCIA E INTELIGENCIA EMOCIONAL

En la actualidad existen dos perspectivas principales, los modelos de habilidad y los modelos mixtos, que difieren entre sí principalmente por los elementos o dimensiones que se incluyen en cada uno de ellos y en la forma de medir el constructo. (García del Castillo-López, García del Castillo y Marzo, 2014)

Los modelos mixtos son una visión muy amplia que concibe la inteligencia emocional como una combinación de las capacidades mentales, los rasgos de la personalidad, aspectos motivacionales y diferentes competencias socio-emocionales (Brackett et al., 2004) y se miden a través de cuestionarios autoinforme.

Los modelos de habilidad, basados en el procesamiento de la información (Mayer, Salovey y Caruso, 2000) entienden la inteligencia emocional como una inteligencia basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación a nuestro pensamiento y se propone su

medida a través de tests de habilidad o ejecución con criterios de corrección basados en respuestas correctas e incorrectas.

Este último modelo, considera que la Inteligencia Emocional se conceptualiza en cuatro habilidades básicas, que se corresponden con las cuatro ramas de su modelo, que se concretarán posteriormente.

Según otras clasificaciones, tal y como detalla Montoya-Castilla, Postigo-Zegarra y González-Barrón (2016) en el libro “*Programa de Educación Emocional para adolescentes*” existe un tercer modelo que hace referencia a la inteligencia emocional como un constructo inherente a la personalidad y rasgos estables de comportamiento.

2.1.1.1 Modelo de Mayer y Salovey

Los primeros en acuñar el término de inteligencia emocional son Salovey y Mayer (1990), quienes la definen como una parte de la inteligencia social que incluye la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestro pensamiento y nuestros comportamientos. Estos, tal y como detalla García del castillo et al. (2013):

“La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 2007, 32).

Salovey y Mayer utilizan el concepto de inteligencia emocional para referirse a una aptitud mental, en la que interviene un proceso intelectual que dispone de mecanismos y manifestaciones propias. Aquellos mecanismos subyacentes incluirán la emocionalidad, el manejo de las emociones, y los aspectos neurológicos. Sus manifestaciones incluyen la mayor facilidad en verbalizar los contenidos emocionales, e incluso transmitir la información satisfactoriamente bajo amenaza o tensión emocional.

El grado de inteligencia emocional con el que cuente cada persona dependerá de sus diferencias individuales. Aquellos que conozcan mejor sus propios sentimientos y los de los demás, sean más receptivos a aspectos tanto positivos como negativos, y sean capaces de etiquetarlos y comunicarlos, serán frecuentemente capaces de regular su propio estado emocional y podrán utilizar esta capacidad en la resolución de conflictos.

Según el modelo de Salovey y Mayer (1997 citado en Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2005) la inteligencia emocional se conceptualiza a través de cuatro habilidades básicas:

La percepción y expresión emocional: se refiere a la habilidad de las personas para identificar y reconocer tanto las emociones propias, como las emociones de los demás, decodificando señales emocionales que vienen dadas por la expresión verbal o corporal. Así mismo, también hace referencia a la capacidad para discernir la honestidad y sinceridad de las emociones expresadas por otras personas.

- **Facilitación o asimilación emocional:** hace referencia a la habilidad de aprovechar las emociones para favorecer otros procesos cognitivos. Las emociones tienen la capacidad de influir sobre nuestro razonamiento y nuestra forma de procesar la información que recibimos. Así, la facilitación emocional implica la facultad para tener en cuenta los sentimientos cuando razonamos o solucionamos problemas.
- **Comprensión emocional:** señala la habilidad para diferenciar las señales emocionales, reconocer cada emoción y clasificarlas, comprendiendo la relación que se pueda dar entre varias de estas, incluso si sucede de forma simultánea o contradictoria. Así, permite interpretar tanto las emociones secundarias como las emociones complejas, y sus transiciones.
Además esta capacidad posibilita conocer las causas que generan los estados de ánimo y las futuras consecuencias de las acciones que realizamos.
- **Regulación emocional:** Es la habilidad que alcanza mayores procesos de complejidad, ya que no sólo se centra en la gestión y manejo de las cuestiones intrapersonales, sino que también repara en las cuestiones interpersonales. Es decir, trata de regular las emociones tanto propias como ajenas a través de estrategias de regulación emocional para modificar sentimientos. Estas podrían ser el apoyo social, la comunicación y expresión de los propios sentimientos y circunstancias, llevar a cabo actividades agradables o distractoras, utilizar críticas constructivas, etcétera. Esta capacidad también incluye estar abierto a reflexionar y comprender tanto los sentimientos positivos como los negativos, para poder aprovechar la información que nos aporten en función de su utilidad.

Cuadro 2: Modelo revisado de IE de Mayer y Salovey (1997)

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Regulación de las emociones			
	Habilidad para estar abierto tanto a los estados emocionales positivos como negativos	Habilidad para reflexionar sobre las emociones y determinar la utilidad de su información	Habilidad para vigilar reflexivamente nuestras emociones y las de otros y reconocer su influencia	Habilidad para regular nuestras emociones y las de los demás sin minimizarlas o exagerarlas

Fuente: Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2005

Cuadro 2 (cont.): Modelo revisado de IE de Mayer y Salovey (1997)

INTELIGENCIA EMOCIONAL	Comprensión y análisis de las emociones: Conocimiento emocional			
	Habilidad para designar las diferentes emociones y reconocer las relaciones entre la palabra y el propio significado de la emoción	Habilidad para entender las relaciones entre las emociones y las diferentes situaciones a las que obedecen	Habilidad para comprender emociones complejas y/o sentimientos simultáneos de amor y odio	Habilidad para reconocer las transiciones de unos estados emocionales a otros
	La emoción facilitadora del pensamiento			
	Las emociones facilitan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante	Las emociones pueden ser una ayuda al facilitar la formación de juicio y recuerdos respecto a emociones	Las variaciones emocionales cambian la perspectiva fomentando la consideración de múltiples puntos de vista	Los diferentes estados emocionales favorecen acercamientos específicos a los problemas, p. e. la felicidad facilita un razonamiento inductivo
	Percepción, Evaluación y Expresión de las emociones			
	Habilidad para identificar nuestras propias emociones	Habilidad para identificar emociones en otras personas, diseños, arte... a través del lenguaje, sonido...	Habilidad para expresar correctamente nuestros sentimientos y las necesidades asociadas a los mismos	Habilidad para discriminar entre expresiones emocionales honestas y deshonestas

Fuente: Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2005

2.1.1.2 Modelo de Goleman

Goleman (1996) fue quién realizó la función de difundir y dar a conocer a los demás el término de “inteligencia emocional” con su obra “*Emotional Intelligence*” (1996). A través de este libro el concepto de inteligencia emocional aparece como objeto de estudio no sólo para la psicología, sino que fueron varios los investigadores que aportaron sus propios conceptos al constructo original.

Para Goleman (1996) la inteligencia emocional consiste en:

- 1) *Conocer las propias emociones*: tener conciencia de las propias emociones y reconocer los sentimientos al momento en el que ocurren.
- 2) *Manejar las emociones*: La habilidad para manejar los propios sentimientos y expresarlos de forma apropiada, así como suavizar las expresiones de ira, furia o irritabilidad.
- 3) *Motivarse a sí mismo*: emoción y motivación están íntimamente interrelacionados; es esencial encaminar las emociones y la motivación hacia la consecución de objetivos para prestar atención, automotivarse y manejarse.
- 4) *Reconocer las emociones de los demás*: Importancia de la empatía.
- 5) *Establecer relaciones*: Establecer buenas relaciones con los demás es, en gran medida, la habilidad de manejar las emociones de los demás.

La popularización del concepto de inteligencia emocional, motivada por el libro de Goleman (1996) supuso un paso positivo en la relevancia y desarrollo de un nuevo campo de estudio, pero también, como se defienden García del Castillo-López et al. (2014, esa misma participación ha confundido el campo de estudio de la Inteligencia Emocional al mezclar conceptos que no se corresponden con la definición original.

2.1.1.3 Modelo de Bar-On

Bar-On (1997) define la inteligencia emocional como las competencias de habilidades aprendidas, no cognitivas, que influyen en los individuos a la hora de enfrentarse a las demandas y presiones del ambiente (Mejía-Díaz, 2012).

Además, introduce el concepto de “cociente emocional” con el que señala que tanto la esfera emocional como la esfera cognitiva integran en la misma medida las potencialidades de las personas (Mejía-Díaz, 2012).

Este modelo de inteligencia emocional se enmarca dentro de los modelos mixtos, y está compuesto por varios aspectos (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010):

- *Componente intrapersonal*:
 - Comprensión emocional de sí mismo: comprender y diferenciar nuestra emociones y por qué se producen
 - Asertividad: expresar sentimientos sin dañar los sentimientos de los demás
 - Autoconcepto: comprender, aceptar y respetar nuestros aspectos positivos y negativos, así como nuestras limitaciones
 - Autorrealización: disfrutar de lo que podemos y deseamos hacer
 - Independencia: capacidad para autodirigirse, sentirse seguro de uno mismo y ser independiente emocionalmente para decidir
- *Componente interpersonal*:
 - Empatía: comprender y apreciar los sentimientos de los demás
 - Relaciones interpersonales: establecer y mantener relaciones satisfactorias cercanas emocionalmente

- Responsabilidad social: cooperar y contribuir como un miembro constructivo de un determinado grupo social
- *Componentes de adaptabilidad:*
 - Solución de problemas: poner en práctica soluciones efectivas para los problemas detectados
 - Prueba de la realidad: evaluar la equivalencia entre lo que experimentamos y la realidad
 - Flexibilidad: ajustarnos emocionalmente a situaciones cambiantes
- *Componentes del manejo del estrés:*
 - Tolerancia del estrés: soportar situaciones con mucha presión o estresantes
 - Control de los impulsos: resistir y controlar emociones
- *Componente del estado de ánimo:*
 - Felicidad: sentir satisfacción con nuestra vida
 - Optimismo: ver el aspecto más positivo de la vida

Para Bar-On (1997) la inteligencia emocional y social hace referencia a las capacidades necesarias para el día a día vital, y cree que este tipo de inteligencia es más modificable que la inteligencia cognitiva.

2.2 ADICCIONES

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una adicción es una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia o actividad.

La adicción se refiere a la necesidad imperiosa de realizar una determinada acción buscando placer, euforia o alivio de determinadas sensaciones displacenteras, siendo consciente de las consecuencias nocivas que esta acción tiene a corto, medio o largo plazo. (Becoña y Cortés-Tomás, 2010)

Existen dos tipos de adicciones predominantes: adicciones conductuales y, las referidas a sustancias. En relación a la problemática que nos ocupa, abordaremos las adicciones a las sustancias.

Para hablar de adicción o dependencia a una sustancia existe un concepto más concreto y acotado: *drogodependencia*. Edwards, Arif y Hodgson (1981) defienden que para que se cumpla la existencia de una drogodependencia deben cumplirse los siguientes factores:

- a) evidencia subjetiva de necesidad por consumir drogas durante los intentos de abandono del consumo
- b) deseo de abandonar el consumo
- c) hábito del consumo de drogas *estereotipado*
- d) evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia
- e) consumo para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
- f) predominio de conductas que establecen la prioridad de la búsqueda de drogas por encima de otras prioridades

2.2.1 USO, ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

Las adicciones no pueden abordarse desde la dicotomía de presencia o ausencia, ya que están supeditadas a una cuestión gradual. Desde este punto de partida se pueden establecer varias diferenciaciones en el consumo de sustancias adictivas en relación a algunos estudios o autores.

Edwards, Arif y Hodgson (1981) diferencian entre uso desaprobado, uso nocivo y uso desadaptativo. El uso desaprobado indica que la sociedad no acepta el consumo de una determinada sustancia; el uso nocivo o peligroso advierte sobre las consecuencias del consumo de determinadas sustancias; y por su parte, el uso desadaptativo subraya las modificaciones en los hábitos que se producen por el consumo de algunas sustancias.

Uso de una sustancia se entiende actualmente como el consumo de una droga en un momento puntual, fruto de una experiencia esporádica (Pérez del Río, 2011) que no produce consecuencias negativas en el individuo o que no las aprecia (Becoña y Cortés-Tomás, 2010).

Hábito se refiere al uso continuado o la costumbre de consumir una sustancia a pesar de las consecuencias negativas que este produce, sin llegar a la necesidad del aumento de la dosis.

El *abuso* se refiere a un uso excesivo de una sustancia que se incrementa y que produce consecuencias a nivel social, biológico y psicológico (Pérez del Río, 2011), entendiéndose como “un paso intermedio de consecuencias más leves” que la dependencia. Esto sucede fuera de los márgenes social o medicalmente adaptados en una cultura determinada (Becoña y Cortés-Tomás, 2010).

El DSM 5 (APA, 2014) propone una lista de criterios para la identificación del abuso de sustancias expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un período de 12 meses:

- consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa
- consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso
- problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
- consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia

La *dependencia* según el CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM 5 (APA, 2014) se entiende como un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de un tipo de droga adquiere la prioridad máxima para un individuo produciéndose una pérdida de control del uso de dicha sustancia a pesar de los problemas significativos derivados de ella. La manifestación característica de la dependencia es el deseo, fuerte e incluso a veces insuperable, de ingerir sustancias psicoactivas.

Tal y como afirma Becoña, E. (2010), hablar de adicciones conlleva partir de un supuesto de dependencia. El DSM 5 (APA, 2014) considera que la dependencia de una

sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que implica un deterioro o malestar relevante, y que se expresa con al menos tres síntomas de todos los que se presentan en el manual, entre los que destaca la pérdida de control, ya que aparece como la característica principal de este problema durante un periodo continuado de al menos doce meses.

Los otros criterios para la dependencia de sustancias según el DSM 5 (APA, 2014) son:

1. tolerancia, definida por:

- una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por:

- el síndrome de abstinencia característico para la sustancia
- se toma la misma sustancia u otra muy parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que se pretendía al inicio

4. existe un deseo persistente o esfuerzos sin resultados de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes, que parecen ser resultado del consumo de la sustancia

La dependencia puede ser entendida desde la vertiente psicológica, física y social, no obstante, de acuerdo con los criterios de la CIE-10 estas variantes actúan de forma complementaria. De la misma forma el Pérez del Río (2011) explica que en los usuarios puede existir una dependencia predominante pero esta no incide de forma independiente, sino que los tres ámbitos se entremezclan.

2.2.1.1 Otros conceptos referidos al consumo de sustancias:

Craving: conducta marcada por la necesidad de consumir una sustancia, sin tener el control sobre esta.

Tolerancia: se refiere a la adaptación que realiza el cuerpo a una sustancia y que, por tanto produce que el individuo tenga que incrementar la cantidad de la sustancia para alcanzar el efecto deseado.

Síndrome de abstinencia: es un conjunto de síntomas físicos y de expresividad psíquica que se produce en el individuo dependiente, cuando este suspende de forma brusca el consumo de dicha sustancia. La intensidad del síndrome de abstinencia depende de factores como son: el tiempo durante el que se ha estado consumiendo la sustancia, el tipo de droga que se ha consumido...

Círculo de recompensa o de placer: tiene una influencia clave tanto en el inicio, como el mantenimiento y las recaídas en las dependencias a sustancias. Se trata de un circuito cerebral en el que cuando el individuo consume una sustancia, se incrementa el neurotransmisor básico de este circuito, la dopamina, que amplifica los niveles de placer, haciendo que el individuo tienda a volver a consumir. De esta forma el circuito cumple su objetivo: perpetuar las conductas que proporcionan placer al sujeto.

La drogodependencia, tal y como se señala Pérez del Río (2011), provoca en la mayoría de los casos dependencia, entendido como un fenómeno multicausal sobre el que influyen diferentes factores como son los factores personales, sociales y biológicos. Ello supone una causa de sufrimiento para las personas que padecen este problema.

2.2.2 PROCESO. DEL USO AL ABUSO Y LA DEPENDENCIA

Según Becoña (2002) existen unas fases diferenciadas por las que el individuo pasa desde que se consume una droga hasta que existe una dependencia de esta. Las fases que diferencia son: fase previa o disposición, fase de conocimiento, fase de consolidación y el paso al abuso y dependencia. Existe una fase de abandono y, en su caso, la fase de recaída.

La primera de ellas, la fase previa o de predisposición, se refiere a aquellos factores que tienen la capacidad de incrementar o disminuir la probabilidad del consumo de drogas. Ello se concreta en unos factores de riesgo y de protección que analizaremos posteriormente.

La fase de conocimiento se refiere al momento en que el individuo es consciente de la existencia de una sustancia concreta. El contacto y conocimiento de las mismas va a depender de la cercanía de estas sustancias al entorno que le rodea y del interés que pueda aparecer en un momento determinado. Este interés suele aparecer en la adolescencia o adultez temprana ya que en esta etapa el interés por experimentar y divertirse aumenta.

Una vez se cumple la fase de conocimiento, esta puede llevar a la fase de experimentación en la que puede iniciarse el consumo, o bien el individuo puede decidir no probar este tipo de sustancias. Ello va a estar ligado con los factores de riesgo y protección mencionados previamente, así como a las características de la etapa adolescente. El problema aparece cuando el consumo se mantiene y pasa de ser una experimentación.

En la fase de consolidación se establece el paso del uso al abuso y la dependencia. En relación a las consecuencias que surjan en este momento, sean positivas o negativas, la persona continuará consumiendo esta sustancia o no. En este proceso son relevantes la influencia que ejercen su grupo de iguales, la familia, así como las consecuencias personales que se produzcan.

Tal y como afirma Becoña (2002), el estado emocional juega un papel importante en este momento para influir en el mantenimiento del consumo de estas sustancias y en el incremento cuantitativo con el que se produce el paso de uso a abuso y dependencia.

Cuando el individuo se encuentra en una fase de dependencia y, esta fase se mantiene en el tiempo, se puede considerar que existe una adicción consolidada.

Por último, la fase de abandono se puede producir debido a causas internas o causas externas. Las causas internas son aquellas que llevan al individuo por sí mismo a abandonar el consumo de la sustancia debido a problemas que le producen de forma personal, ya sean en cuanto a la salud física, afectiva, familiar, personal... Por su parte aquellos factores externos se refieren a las causas ajenas que repercuten sobre la persona, ya sean situaciones legales, presión por parte del entorno cercano, etc. Es en este momento cuando el tratamiento cumple su función más importante para conseguir la abstinencia y el mantenimiento de esta a lo largo del tiempo.

2.2.3 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

Factor de riesgo se refiere a *“un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de las drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”* (Clayton, 1992, p. 15)

Por su parte factor de protección se refiere a *“un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”* (Clayton, 1992, p. 16)

Según Clayton (1992) existen unos principios generales que deben tenerse en cuenta para poder hablar de factores de riesgo. Estos son cinco:

1. Pueden estar presentes o no en cada caso concreto
2. La presencia de un solo factor de riesgo no garantiza que vaya a producirse un abuso de sustancias, de la misma forma que la ausencia de estos factores tampoco garantiza que no vaya a producirse
3. La cantidad de factores de riesgos es proporcional a la probabilidad de que se produzca un abuso de drogas
4. La mayor parte de los factores de riesgo y protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de sustancias
5. La posibilidad de realizar una intervención directa está relacionada con los factores de riesgo, de los que dependerá el objetivo de la acción.

En base a esto, podemos observar que tanto los factores de protección como los factores de riesgo tienen una relación directa con el consumo de sustancias. De la misma forma, tienen especial relevancia en la fase de iniciación con la población adolescente. Es por ello que conocer los factores de riesgo y prevención tiene una gran importancia para la

prevención de las drogodependencias y para la selección de un programa preventivo que aplicar.

Becoña (2002) hace un análisis sobre la clasificación de los factores de riesgo y protección de algunos autores como Hawkins et al. (1992), Moncada (1997), Pollard et al. (1999), Kumpfer et al. (1998) y Muñoz- Rivas et al. (2000), de los que extrae la clasificación en la que profundizaremos. Estos factores de riesgo y protección se agrupan en: factores familiares; comunitarios; de iguales; escolares; e individuales.

Familiar: El entorno familiar es el primer agente de socialización para la persona, donde crece y desarrolla su personalidad y valores a través de experiencias. En este sentido, desarrolla una influencia muy relevante para cada persona.

- Factores de riesgo: Dentro del entorno familiar existen diferentes factores que pueden repercutir y aumentar el riesgo de consumo de sustancias. En primer lugar se puede señalar las prácticas inadecuadas de manejo de los hijos y crianza en la familia (Kumpfer et al. 1998); Moncada (1997) por su parte habla de pautas educativas. El vínculo afectivo paterno-filial aporta una gran estabilidad a la persona, por lo que cuando esta relación no es positiva la relación con el consumo de drogas es mayor. El vínculo comunicativo actúa de forma similar; dentro del núcleo familiar tiene una importancia muy relevante en el periodo adolescente, produciendo problemas tanto en relación a las drogas como en otros aspectos cuando esta no es buena. (Muñoz- Rivas et al. 2000).

El divorcio o la separación de los padres (Hawkins et al. 1992) y los conflictos familiares (Moncada, 1997) (Pollard et al. 1999) (Kumpfer et al. 1998) actúan como un factor de riesgo ya que no favorecen la estabilidad familiar ni, por tanto la estabilidad del menor. Ello conlleva además la falta de la cohesión que es de gran influencia en la relación con el consumo.

La existencia de una historia familiar de alcoholismo (Moncada 1997, Pollard et al. 1999) eleva de forma significativa el riesgo de consumir, pero de la misma forma el uso de alcohol o drogas por parte de los progenitores (Hawkins et al. 1992, Kumpfer et al. 1998, y Muñoz- Rivas et al. 2000) actúa como un factor de riesgo relevante, ya que acerca estas sustancias a los hijos/as. El no consumo por parte de los progenitores, pero las actitudes positivas hacia estas, la aceptación de las mismas, o las conductas tolerantes hacia las sustancias adictivas tienen también consecuencias de riesgo para los menores. En la otra vertiente, un exceso de control y seguimiento de las conductas, así como la aplicación de castigos excesivamente severos e inconsistentes no logran la protección del menor, ni alejarlo de este tipo de conductas, sino que por el contrario actúa como un factor de riesgo.

A mayores, otros factores relacionados con problemas de conducta tempranos y persistentes, la no satisfacción personal, la baja tolerancia a la frustración, o la no adquisición de valores ético- morales pueden influir negativamente en el consumo de sustancias.

- Factores de protección:

En el ámbito familiar puede entenderse que, lo opuesto a los factores de riesgo sean, en la mayor parte se casos, factores de protección. De esta forma, aquellos factores que se encuentren en armonía con la estabilidad familiar, la ausencia de vínculos cercanos con las drogas o aceptación de las mismas, así como el uso de conductas y prácticas educativas favorables para el desarrollo positivo del menor, actuarán como factores que inhiban y reduzcan la probabilidad del consumo de sustancias.

Podemos señalar la vinculación afectiva como uno de los aspectos que proporciona unos estilos de crianza adecuados, en el que se pueden encontrar un buen grado de gratificaciones y refuerzos dentro de la familia (Muñoz- Rivas et al. 2000). Ello favorece cuestiones como la cohesión, cordialidad y el apego (Kumpfer et al. 1998). El apego con los padres repercute de forma relevante en la conformación de la personalidad y la adquisición de recursos y habilidades sociales para afrontar dificultades a lo largo de la vida, favoreciendo la internalización de valores y normas que permitan llevar al rechazo de la sustancias.

Comunitarios:

- Factores de riesgo:

La privación económica y social aparecen como un factor de riesgo, no obstante a medida que se ha avanzado en el estudio de las drogodependencias se sabe que tanto la privación como la no privación pueden influir, aunque por diferentes motivos. El alto poder adquisitivo favorece el acceso a las drogas, mientras que los contextos con problemas económicos o de diferente índole pueden ser el inicio para buscar en las drogas una vía de escape. No obstante, la pobreza ha de estar en relación con otros factores de riesgo para que se produzca el consumo. (Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998)

Las situaciones de privación social suelen darse en barrios marginales, que aparecen como otro factor de riesgo. En ellos se relaciona la delincuencia con el consumo de drogas (aunque no es una relación lineal) y, en estos casos, los factores tanto de riesgo como de protección suelen coincidir. (Becoña, 2002)

La desorganización comunitaria se refiere a los lugares donde la gente vive que no cuentan con unas normas adecuadas de buena organización, materializado en el deterioro físico del mismo, carencia de sentido por la comunidad por parte de las personas que viven allí, robos, delincuencia, sin parques ni espacios de ocio, así como un alto nivel de movilidad y transición de las personas que viven allí (Becoña, 2002). Estos entornos favorecen que las personas se vean entrometidas en conductas problema, antisociales, delictivas, y en relación con el consumo de sustancias. Además, a las personas que viven en este tipo de barrios marginales se les suelen asociar otro tipo de factores de riesgo que perjudican y dificultan el aprendizaje de conductas prosociales.

La socialización de las personas se desarrolla en un contexto determinado, siendo así un proceso estático que implica cierta estabilidad. Así, la movilidad

geográfica y ciertos cambios ligados a esto, como la aculturación, el desarraigo, sobre todo en circunstancias en las que se modifica el contexto cultural y familiar, produce en una parte de los casos estrés, procesos de resistencia y asimilación, o incluso marginalidad. En este tipo de casos las drogas pueden utilizarse como una forma de afrontar los déficits interpersonales y el manejo del estrés. (Félix- Ortiz y Newcomb, 1999)

Las creencias, normas y leyes que la propia sociedad tiene sobre las sustancias y sus riesgos es un factor de riesgo muy importante asociado al uso, abuso y dependencia. Esto supone que a menor percepción del riesgo, el consumo de la sustancia sea mayor. Esta visión social también queda plasmada en las leyes de forma que tengas la capacidad de influenciar hacia el refuerzo de esa visión o hacia la transformación social.

La disponibilidad y accesibilidad de las sustancias también influye sobre el consumo que se produzca de ellas. En este sentido juega un papel relevante el precio que favorece que las drogas con menor coste sean las más consumidas.

Factores de protección:

Kumpfer et al. (1998) propone como factores de protección un sistema de apoyo externo positivo, el apoyo, las normas y las creencias frente al consumo de drogas, y el refuerzo familiar.

Además, cabe señalar el papel de la resiliencia, ya que permite entender que algunas personas que han estado en situaciones vitales extremas no tengan por qué desarrollar problemas importantes en un futuro si se dan condiciones que lo amortigüen. Así, podría suponer un factor de protección frente al consumo de sustancias muy relevante.

De iguales:

A medida que el menor crece se produce una progresiva independencia de la familia, y un acercamiento al grupo de iguales. Este grupo juega un papel muy relevante ya sea tanto en los factores de protección como en los de riesgo.

Puede actuar como factor de protección si no es un grupo consumidor de sustancias y favorece un estilo de vida saludable, así como actitudes prosociales.

Por el contrario, el grupo de iguales tiene la capacidad de ejercer una presión social sobre el individuo por lo que puede repercutir en la toma de sustancias de forma directa. Esto puede suceder en relación a los procesos de socialización e integración en un grupo. De la misma forma, el rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de consumir sustancias, así como producir problemas de otra índole, como pueden ser emocionales o conductuales.

Escolares:

El rendimiento académico y fracaso escolar no solo se tiene por qué relacionar con la capacidad intelectual o la posibilidad de aprendizaje, sino que esta situación, suele estar relacionada con otros factores ajenos a la escuela, ya sean problemas familiares, contexto en el que vive, etc., Así, el bajo rendimiento escolar actúa como factor de riesgo para el consumo de sustancias, independientemente de cuales sean sus causas.

El relación al tamaño de los centros educativos, el factor de riesgo aparece en relación indirecta al control, apoyo y motivación que puedan prestar los profesores a los alumnos.

Por su parte, la satisfacción y bienestar en la escuela, y por tanto la asistencia regular a ella, disminuye las probabilidades de consumo. Mientras que la falta de asistencia y el bajo apego a esta tiene el efecto contrario, además de estar en relación directa con otros problemas como el fracaso escolar.

Individuales:

- **Biológicos:** Algunos de estos factores se corresponden con factores genéticos, en los que se relaciona de forma directa el consumo de alcohol por parte de los padres con el de los hijos. No obstante, se advierte que existe mayor heredabilidad en la dependencia que en el abuso y que la genética influye más en la transición del uso de drogas al abuso, que en su propio uso.

En lo que se refiere a los aspectos biológicos, el sexo y la edad son variables relevantes en el consumo de sustancias, tal y como se puede observar en la Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (2015/2016). En todas las sustancias, a excepción de los hipnosedantes, existe un consumo superior por parte de los varones, coincidiendo esta situación en la población que se encuentra entre los 15 y los 34 años de edad.

- **Psicológicos y Conductuales:**

Las patologías psiquiátricas se han postulado como un factor de riesgo para el consumo de drogas, especialmente en el caso de la dependencia. Se habla previamente de una bidireccionalidad entre los problemas psiquiátricos y el consumo, ya que a su vez, el consumo incrementa la posibilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Becoña, 2002).

Algunos de los rasgos psicopatológicos más significativos que se relacionan con el consumo de sustancias son la depresión, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, y el trastorno de la conducta.

En relación a la depresión, se advierte que el consumo de drogas supone un alivio en los problemas de tipo emocional, a la vez que el alcohol facilita tener más problemas de tipo emocional, produciéndose un bucle en el que aumentan tanto los problemas emocionales como de dependencia a las sustancias consumidas(Becoña, 2002).

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia, se relaciona con conductas en la vida adulta, produciéndose una interrelación entre múltiples factores que dificultan saber con certeza si es el TDAH un factor de riesgo en sí mismo, o si por el contrario son los trastornos de conducta y afectivos, relacionados con el TDAH los que suponen un factor de riesgo para el consumo. (Becoña, 2002)

El trastorno de conducta, la hiperactividad, y el consumo de sustancias están muy relacionados en la adolescencia, que a su vez pueden coexistir (Gilvery, 2000) y puede presentarse como un factor de riesgo para el consumo de sustancias.

Otros factores de riesgo son: la conducta antisocial; la agresividad; el consumo temprano de drogas, que incrementa el consumo posterior y puede servir como puerta de entrada a otras drogas ilegales; la existencia de abuso físico, emocional o sexual en la infancia; y las actitudes favorables al consumo de sustancias, ya que son un elemento previo a la conducta. (Becoña, 2002)

- Rasgos de personalidad:

Zuckerman (1979) propone la búsqueda de sensaciones como un factor de riesgo, y este, a su vez se organiza en cuatro dimensiones distintas:

1. Búsqueda de emociones, entendido como la predilección por realizar deportes físicamente peligrosos.
2. Búsqueda de Excitación, que se refiere a los cambios en el estilo de vida y la estimulación de la mente.
3. Desinhibición, que se manifiesta en conductas de extraversión social.
4. Susceptibilidad hacia el aburrimiento o incapacidad para tolerar la monotonía.

Según la revisión realizada por Muñoz- Rivas et al. (2000), existe una relación sistemática entre las dimensiones enmarcadas en la búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias.

Factores de protección:

Algunos de los primeros factores de protección a los que se hace referencia por parte de autores como Pollard et al. (1999) hacían referencia a la religiosidad y a la asistencia a la iglesia o afiliación religiosa como factor de protección. Félix- Ortiz y Newcomb (1999) encuentra en esos factores significado para el desarrollo de la identidad y la facilitación a un grupo de apego social.

Adquiere especial relevancia como factor de protección la resiliencia. Rutter (1985) demostró que los niños resistentes tenían mayor habilidad para solucionar problemas y mayor creencia en su propia eficacia.

2.3 RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL Y LA PREVENCIÓN EN ADICCIONES

Tal y como se puede apreciar en la última encuesta (ESTUDES) realizada por el Plan Nacional sobre Drogas en España (2016/2017) en los últimos 12 meses, los jóvenes entre 14 y 18 años han incrementado respecto al año 2014 el consumo en tabaco y cannabis entre las drogas más relevantes, y han reducido su consumo de alcohol de un 76'8 % a un 75'6%, lo cual, aunque nos da un dato positivo en cuanto a la reducción en el consumo de alcohol, siguen siendo unos datos preocupantes. Además, en lo que se refiere a la edad de inicio de consumo en las diferentes sustancias, los datos se mantienen estables respecto a estudios anteriores, y por tanto igualmente preocupantes. Se observa que para el año 2016/2017 los datos referentes a la edad en el consumo de sustancias como hipnosedantes, inhalables volátiles, alcohol, heroína, tabaco y GHB, la edad se sitúa entre los 13'7 y los 14'2 años. La edad más alta en el inicio del consumo se corresponde con el consumo de éxtasis y se sitúa en 15'2 años.

Estos datos sitúan al consumo de sustancias en uno de los problemas evitables más relevantes para la sociedad. Tal y como señala García del Castillo et al. (2013) las intervenciones preventivas en relación a todo tipo de sustancias que se vienen llevando a cabo durante décadas en España, no están consiguiendo unas tasas óptimas. Así, la necesidad de continuar investigando en la prevención para las adicciones es un hecho evidente.

En 1930, Freud abrió una línea de investigación al estudiar la relación de las emociones con el consumo de sustancias adictivas (García del Castillo et al., 2013). Desde la perspectiva de las teorías psicoanalíticas se entendía que las personas consumían para poder regular sus emociones (Kun y Demetrovics, 2010) que se ajustaba a lo argumentado por Wurmser (1974), quien justificaba el consumo como consecuencia de la incapacidad de las personas para regular sus emociones.

Conforme ha avanzado la investigación en este tema, se han ido aportando evidencias empíricas que demuestran la relación entre el consumo de sustancias y los problemas de regulación emocional (García del Castillo et al., 2013).

Además, algunos autores hablan de la Teoría de la automedicación (Khantzian, 1985). En esta se entiende que algunas personas están dispuestas a automedicarse para tratar sus trastornos psicopatológicos utilizando para ello los efectos farmacológicos de las drogas de abuso (Rodríguez-Sáez, 2015)

En este sentido, profundizando en los modelos teóricos sobre inteligencia emocional, ya que abarcan factores como la regulación de las emociones, observamos que es el modelo de Salovey y Mayer (1990) el que encuadra en los modelos de habilidad, que dan más importancia a los aspectos cognitivos y capacidades mentales en lugar de atribuir esta importancia a rasgos de la personalidad.

Como se ha señalado previamente, el modelo de Inteligencia Emocional de Salovey y Mayer (1990) distingue cuatro ramas que se corresponden con una serie de habilidades que componen el constructo de Inteligencia Emocional. Estas habilidades han demostrado ser necesarias para afrontar de forma exitosa diferentes situaciones de la vida diaria (García del Castillo-López et al., 2014). De la misma forma, en contextos de consumo se han encontrado

evidencias de que es necesario atender a las variables emocionales, ya que pueden ser un factor de inicio en el consumo de sustancias (Moral, Rodríguez, y Sirvent, 2005).

No obstante, el estudio de la Inteligencia Emocional y el consumo de drogas no tiene una larga trayectoria y actualmente se encuentra en pleno desarrollo. Pese a ello, varios son los estudios que afirman que la inteligencia emocional puede actuar de forma positiva en su relación con el consumo de drogas.

Petterson, Malouff y Thorsteinsoon (2011) realizaron 11 estudios sobre la inteligencia emocional y el alcohol y encontraron relaciones significativas entre un nivel bajo de inteligencia emocional y consumo. Otros estudios más recientes evidencian la IE como un factor de protección ante conductas de consumo de sustancias (García del Castillo-López, 2011)

A nivel nacional se han realizado otros estudios en referencia al consumo de sustancias como el alcohol, que también señalan la importancia de la inteligencia emocional. Un estudio realizado en Alicante con 411 adolescentes afirma que algunas de las variables que intervienen como factores de riesgo, como la resistencia a la presión por parte del grupo de iguales en el consumo de alcohol, se relaciona de forma positiva con los niveles de inteligencia emocional (García del Castillo-López, 2014). Otro estudio realizado en Málaga con 1841 estudiantes de entre 12 y 18 años en relación al consumo de cocaína, pone de manifiesto que una capacidad menor para percibir adecuadamente las emociones correlaciona con un mayor consumo de cocaína en esa franja de edad. Finalmente aclaran que la IE actúa como un factor de protección al consumo de cocaína (Ruiz- Aranda, Cabello, Salguero, Castillo y González, 2009).

Trinidad y Johnson (2002), por su parte realizaron un estudio sobre drogas legales, tabaco y alcohol, en el sur de California con una muestra de 205 adolescentes de diferentes razas y, exponen que la IE correlaciona negativamente con el consumo de estas sustancias. Así mismo muestran que los adolescentes con una IE alta y que mantienen una interacción apropiada con su grupo de iguales, son más resistentes a la presión de grupo.

Con todo ello podemos concluir que en los estudios realizados a día de hoy la IE aparece como un factor de protección y puede proteger de conductas adictivas a sustancias. No obstante, es necesario que se sigan realizando investigaciones con las que se pueda afianzar esta relación entre la inteligencia emocional y el consumo de sustancias para así, contribuir a desarrollar programas preventivos efectivos para las conductas adictivas.

CAPÍTULO III: Espacio De La Educación Social En La Atención A Las Adicciones.

Apuntes Para Un Programa De Prevención

3.1 MODELO BIOPSIICOSOCIAL COMO MARCO DE REFERENCIA

Existen tres modelos teóricos principales desde los que abordar la problemática de las adicciones: el modelo biomédico, el modelo biopsicosocial y el modelo sociocultural.

El modelo biopsicosocial aparece propuesto por Engel (1977) como un modelo holístico, que pone de relevancia que los factores biológicos, psicológicos y sociales son fundamentales en el funcionamiento humano en el contexto de enfermedad y percepción de la misma.

El elemento biológico del modelo biopsicosocial examina las causas de la adicción que derivan del funcionamiento del organismo; el elemento psicológico repara en las causas psicológicas, como el autocontrol o los factores emocionales; y el elemento social investiga cómo los factores sociales pueden influir en las conductas adictivas.

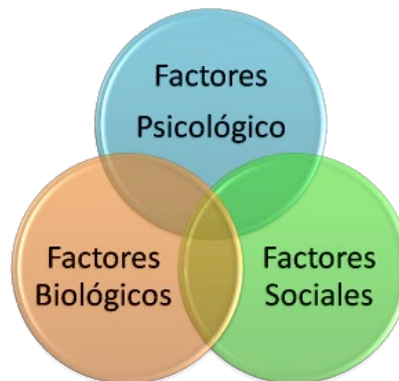
Desde este enfoque, se entiende que las adicciones son causadas por múltiples factores, y no por uno único. Estas causas de origen multifactorial son la combinación de la *causalidad circular* y la *causalidad estructural*, que se combinan para abordar el análisis y la intervención de los problemas en relación a las drogas. La primera de ellas considera que los factores se influyen entre sí de forma recíproca para dar lugar a una situación concreta, que ayuda a obtener una descripción del fenómeno complejo de adicción, y la segunda de ellas diferencia las causas de los fenómenos de forma jerarquizada, permitiendo así las decisiones y propuestas pragmáticas.

Los principios generales más destacados del enfoque biopsicosocial aplicados a las adicciones (Kumpfer, Trunell y Whistleside (1990) son:

1. Sus causas son multidireccionales, multicausales, probabilísticas y sensibles a dependencias iniciales.
2. Los cambios en un aspecto del sistema pueden repercutir a través del sistema en su totalidad, y se dan transacciones recíprocas entre la persona y el entorno.
3. La persona puede ser autodestructiva, ya que se encuentra influenciada por eventos futuros y está orientada a unas metas determinadas.
4. La persona debe estar estudiada pragmáticamente en relación a su propio entorno, en el que influyen sus factores históricos, actuales y futuros.
5. Se deberían entender los significados de los eventos para la persona.

6. No existe como tal la observación independiente ya que, cualquier intento de estudio o medición del sistema persona-entorno modifican el propio sistema.
7. Los métodos de investigación longitudinales, vinculados al desarrollo, etnometodológicos y antropológicos se necesitan para estudiar sistemas organicísticos y transaccionales.
8. Aún cuando sea posible que se dé una síntesis de teorías generales, es probable que se den muchas excepciones, basadas en la complejidad del sistema.

Gráfica 3: Factores que intervienen en el Modelo Biopsicosocial



No obstante, el National Institute on Drug Abuse (NIDA), quién aporta la explicación predominante dentro de la comunidad científica sobre el concepto de “adicción”, la define como:

“Una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas modifican este órgano: su estructura y funcionamiento se ven afectados. Estos cambios en el cerebro pueden ser de larga duración, y pueden conducir a comportamientos peligrosos que se observan en las personas que abusan del consumo de drogas” (NIDA, 2014:5).

Esta definición en la que no se incluyen los aspectos sociales, pone de manifiesto la existencia de una tendencia reduccionista actual en el ámbito de las adicciones (Apud y Romaní, 2016; Becoña, 2016). A pesar de ello, el NIDA sí ha incluido y menciona variables psicosociales, aunque estableciéndolas en un segundo plano, y dando una importancia superior al modelo biomédico, en el que la adicción se presenta ligada a los cambios que se producen en la estructura y funcionamiento del cerebro.

La defensa y priorización del modelo biomédico ha suscitado críticas; una de las más contundentes la plantean Hall, Carter y Forlini (2015). Estos señalan una serie de factores con los que cuestionan la supremacía del modelo, entre los que se encuentran: situar la adicción como una enfermedad crónica, dejar el consumo sin tratamiento, la incongruencia de la adicción como problemática reservada solo para personas que tienen “genes de la adicción”, la posibilidad del sesgo en la muestra de las diferencias entre los cerebros adictos y los no adictos, y por último el continuo aumento de las estructuras cerebrales implicadas.

Por su parte, existen distintos estudios clásicos que ponen de manifiesto la personalidad y el contexto social como parte central del proceso de adicción, confrontando a su vez con la noción de adicción como enfermedad del cerebro.

El primero de ellos fue realizado por Norman Zinberg, quien estudió el uso de heroína por soldados estadounidenses durante y después de la Guerra de Vietnam. Tras el estudio demostró que el uso y abuso de esta droga estaba condicionado por el contexto, ya que los soldados redujeron drásticamente el consumo de esta sustancia al regresar a su país. (Zinberg, 1972, 1984) A partir de este momento expone que los efectos de consumo de cualquier sustancia no dependen únicamente de las propiedades farmacológicas de la misma, sino también de su interacción con el sujeto-contexto. (Apud y Romaní, 2016)

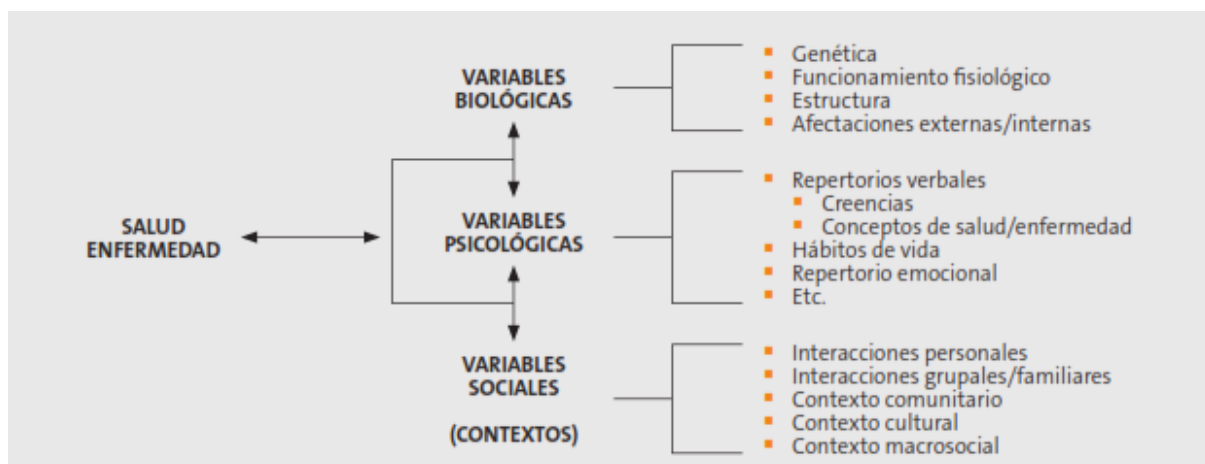
En última instancia, cabe señalar las aportaciones realizadas por el modelo sociocultural en las adicciones, ya que aborda el problema desde la propia perspectiva de la persona, sus sentidos, sus prácticas culturales y sus modos de interrelación social.

Lindesmith (1947, 1968) propuso estudiar las adicciones desde la visión desde las propias personas con conductas adictivas, basándose así en la experiencia subjetiva de éstas. Para Lindesmith lo fundamental en las conductas adictivas se centra en el estilo de vida generado por una sociedad que *“segrega y estigmatiza las conductas desviadas hacia determinados espacios urbanos alienantes”* (Apud y Romaní, 2016).

Si bien es cierto que el modelo biomédico cuenta con algunos preceptos relevantes, es necesario destacar que el fenómeno de las adicciones es un compendio de factores tanto biológicos, como sociales y psicológicos, y que sin una perspectiva global, dicho problema no será comprendido en su totalidad, en detrimento de las personas que sufren esta problemática (Becoña, 2016).

Por todo ello, partiendo de la premisa de que la conducta adictiva es un problema multicausal, se entiende la necesidad del trabajo de las diferentes disciplinas vinculadas a este ámbito. En este sentido, y apelando al factor psicosocial del modelo biopsicosocial la Educación Social resulta necesaria para aportar desde su campo de conocimiento una visión socializadora de la problemática.

Cuadro 3: Modelo Biopsicosocial



Cuadro extraído del Informe *“El Modelo Bio-Psico-Social en el Abordaje de las Adicciones como Marco Teórico”*, (Recio, 2015).

3.2 COMPETENCIAS DEL EDUCADOR/A SOCIAL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN EN ADICCIONES

El Consejo general de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales y la Asociación Estatal de la Educación Social (2007) define la Educación Social como *“un derecho de la ciudadanía que se concreta en una profesión de carácter pedagógico, generadora de contextos educativos y acciones mediadoras y formativas que son del ámbito de competencia del educador social posibilitando:*

- a) *la incorporación del sujeto de la educación a la diversidad de las redes sociales, entendida como el desarrollo de la sociabilidad y la circulación cultural.*
- b) *la promoción cultural y social, entendida como apertura a nuevas posibilidades de la adquisición de bienes culturales, que amplíen las perspectivas educativas, laborales, de ocio y participación social.*

El “Libro Blanco. Título de Grado de Pedagogía y Educación Social” (Villa, 2005) identifica un espacio de acción profesional relacionado con la educación y el consumo de drogas, señalando a las toxicomanías como un ámbito laboral emergente. La intervención relacionada con las drogodependencias en sus diferentes fases (prevención, tratamiento y reinserción) responden a las funciones de estos profesionales, ya que define al educador social como *“un agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente”*.

Las competencias desarrolladas por la Educación Social en relación a las drogodependencias, se ocupan de las causas que llevan a las personas a consumir este tipo de sustancias y de las consecuencias tanto personales, como familiares y profesionales derivadas de ese consumo, así como de promover vínculos sociales que dificulten y frenen el inicio del consumo o la dependencia a estas sustancias (Bas- Peña, 2014).

La acción educativa está orientada a favorecer las relaciones “con” y “entre” las personas que puedan encontrarse en situaciones de conflicto personal, familiar o social, para evitar que busquen en el consumo de sustancias una vía de escape.

Se puede afirmar así que la educación social promueve sociabilidad, crea y forja vínculos sociales, promueve la comunicación interhumana, activa la cooperación entre la ciudadanía, genera relaciones e interrelaciones y mantiene vivo el tejido social (García Roca, 2000).

No obstante, *“la conducta adictiva se configura por una peculiar composición multifactorial que sigue dificultando encontrar variables que expliquen su iniciación y consolidación en porcentajes altos, lo que implica necesariamente recurrir a diferentes estrategias y constructos que puedan hacer más eficiente el resultado final”* (Cortés, Espejo, Giménez, Luque, Gómez, y Motos, 2011, p. 180).

Esto nos lleva a la siguiente afirmación, y es que la conducta adictiva es un problema social multicausal que requiere la acción coordinada de profesionales de diversas ramas para considerar de qué forma actuar en las diferentes fases en relación a las evidencias empíricas (Bas- Peña, 2014).

Sin embargo, y en relación a lo argumentado por el modelo biopsicosocial, el ámbito de las adicciones requiere de una intervención social dentro de su marco de actuación. De lo contrario, el reduccionismo hacia la perspectiva biomédica en las adicciones supondría un tipo de intervención incompleta y desequilibrada (Apud y Romaní, 2016)

Cuadro 4: Funciones del Educador/a Social dentro del marco de las adicciones

Funciones del Educador/a Social en adicciones
<ul style="list-style-type: none"> A. Trabajar en equipos multidisciplinares B. Trabajar en red C. Servir de soporte D. Acompañar E. Potenciar la autonomía F. Organizar actividades G. Dinamizar H. Reconocer e intervenir en los conflictos I. Participar en procesos de calidad J. Diseño, implementación y evaluación de programas de intervención K. Diseño, implementación y evaluación de las tareas cotidianas L. Coordinación con otros profesionales

Fuente: Adame, M. y Tembrás, A. (2007)

Cuadro 5: Relación entre los aspectos de intervención en adicciones desde el Modelo Biopsicosocial y las competencias del Educador/a Social

Aspectos de Intervención en el Modelo Biopsicosocial	Competencias del Educador social
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Optimizar el trabajo en equipo. <input type="checkbox"/> Se busca un desarrollo completo de la persona, estimulando un conocimiento integral de la misma y su entorno, en tres esferas: biológica, psicológica y social. <input type="checkbox"/> Reconocer el papel central que desempeña la relación personal (terapéutica- educativa) en el curso de los acontecimientos. <input type="checkbox"/> Se acompaña a las personas en todas 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacidad para trabajar de forma conjunta e interdisciplinar, así como para reflexionar sobre las actuaciones de acuerdo con las evidencias científicas. <input type="checkbox"/> Capacidad para activar la cooperación entre la ciudadanía, generar relaciones e interrelaciones y mantener vivo el tejido social <p>COMPETENCIAS RELATIVAS A CAPACIDADES RELACIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Capacidad para promover vínculos sociales que impidan el inicio o

<p>las fases del proceso sin dar más importancia a unas sobre otras.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Se trabaja sobre las propias necesidades y deseos de las personas acordando en común los objetivos. ❑ Incorpora personal técnico/voluntario como una pieza más del sistema. 	<p>adicción a las sustancias psicoactivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Capacidad para potenciar relaciones “con” y “entre” las personas en situaciones de conflicto personal, social y/o familiar ❑ Capacidad para generar significados y vincularse a personas singulares, entornos vitales para posibilitar la relación y el acompañamiento con las personas afectadas ❑ Capacidad para crear vínculos interpersonales satisfactorios, relaciones y redes para quienes sufren conductas adictivas <p>COMPETENCIAS RELATIVAS A CAPACIDADES COMUNICATIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Capacidad para promover la comunicación interhumana ❑ Habilidad para distinguir y priorizar la información y verbalizaciones que el/la educador/a recibe por parte del sujeto de la educación u otros profesionales, con la finalidad de objetivar trabajo educativo en la medida de lo posible. <p>COMPETENCIAS EMOCIONALES COMPETENCIAS DE MEDIACIÓN</p> <p>COMPETENCIAS RELATIVAS A CAPACIDADES CRITICO REFLEXIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ Capacidad para dar respuestas educativas a problemáticas de desigualdad o exclusión ❑ Capacidad para la comprensión de los contextos, sus significados, interpretaciones y de las acciones que se produce en ellos.
---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de ASEDES (2007)

3.3 APUNTES PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL Y LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.3.1 PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN PARA UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN

Según Martín (1995) se entiende por prevención “*un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando tanto el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas*” (p. 23)

Por su parte un programa preventivo se refiere al conjunto de actuaciones de prevención con el fin de impedir o retrasar la aparición de conductas de consumo de sustancias (Becoña y Cortés-Tomás 2010).

En referencia a estos, se han identificado una serie de factores que inciden notoriamente en los programas preventivos en la infancia y adolescencia (Palomares, 1990):

1. *Empleo de técnicas de modificación de conducta:* Lo que se trata de prevenir son comportamientos tales como “no fumar tabaco/ hachís, no beber...”, por ello es necesario utilizar técnicas desarrolladas en la investigación comportamental, que tengan efectividad en la modificación de conductas.
2. *Consideración de la etapa del desarrollo:* Los programas preventivos en su mayoría, suelen dirigirse a menores de entre once y trece años, edad previa al inicio del consumo de sustancias. Por ello, es necesario que se tenga en cuenta las características propias de la etapa evolutiva en la que se encuentra el grupo al que va destinado la prevención.

Por una parte, es necesario tener esto presente con el uso del lenguaje, de forma que las aportaciones realizadas sean comprensibles al grupo, así como que los temas a tratar sean adecuados y coherentes.

En relación a este último aspecto mencionado, hay que considerar la forma en que se enfocan ciertos temas dentro del programa. Esto supone tener en cuenta cuáles son los aspectos de los que se preocupan a cada edad y cuales van a producir mayor impacto sobre ellos.

Además de la etapa evolutiva, es necesario tener presente en qué fase del proceso se encuentran: fase de predisposición (Prochaska y Prochaska, 1993); fase de conocimiento; fase de experimentación;... ya que los contenidos que se hayan de tratar no son los mismos en todas las fases.

3. *Influencias paternas:* Los padres son las primeras figuras de referencia para sus hijos y por ello, es difícil para los menores juzgar de forma negativa esas conductas. El programa de prevención debe hacer que las conductas de consumo dejen estar idealizadas para los menores. Debe tratar de hacer entender la dificultad para abandonar las conductas adictivas, utilizando esto como un elemento preventivo.

4. *Influencias sociales:* Los grupos de iguales juegan un papel muy relevante en el consumo de sustancias, ya que tienen la capacidad de ejercer presión y provocar enfrentamientos entre conductas contrarias. En base a esto los programas preventivos deben favorecer el entrenamiento en técnicas que ayuden al adolescente a resistir la presión mencionada sin dejar de pertenecer al grupo.
5. *Medios de comunicación:* Es necesario no descuidar los factores en relación a los medios de comunicación, así como internet, ya que están a la orden del día entre los adolescentes y pueden ejercer influencias, ya sean positivas o negativas sobre los mismos. Deben tenerse en cuenta para así contrarrestar las influencias negativas que puedan producir o, en su caso, apoyar las influencias positivas que produzcan.
6. *Ámbito educativo:* La escuela es un agente de socialización primario, clave para realizar programas de prevención ya que en ella confluyen padres, alumnos y educadores.
Según Petrus, Romans y Trilla (2000:79 citado en Menacho, 2013): “*la Educación Social debe ocuparse de las problemáticas escolares, ayudando a una apertura a la sociedad y sus problemas, y la institución escolar también debe ocuparse de la Educación Social porque en la escuela es necesario hablar, si es preciso, de las emociones, de los conflictos sociales, de la televisión, de la marginación, de la violencia, de las tribus urbanas, de la droga y de los skins*”.
7. *Mantenimiento de los efectos del programa:* Los programas preventivos deben buscar formas que faciliten mantener en el tiempo los avances que se consigan con dichos programas. Esto puede tratarse a través de sesiones de recuerdo, programas de refuerzo intermitente, etc.
8. *Perspectiva de la actuación:* Cada programa de prevención debe valorar cuál es la mejor forma de alcanzar su objetivo, ya sea a través de acciones sobre el entorno o sobre los individuos en particular. No obstante tanto las acciones que se realizan sobre el entorno o sus condiciones, o bien las actuaciones sobre los individuos ejercen una acción complementaria dentro de la prevención.

Por su parte, el NIDA (National Institute on Drug Abuse) expone un listado de principios para la prevención en drogodependencias:

1. *Los programas preventivos deberían ser diseñados para realizar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.*
2. *Los programas preventivos deberían incluir todas las formas de consumo de drogas, incluyendo el tabaco, el alcohol, la marihuana y los inhalantes.*
3. *Los programas preventivos deberían incluir estrategias de habilidades para resistir*

- el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social (como por ejemplo, en comunicaciones, relaciones con compañeros (iguales), la autoeficacia y asertividad en la toma de decisiones), junto con el refuerzo de las actitudes en contra del consumo de drogas.*
- 4. Los programas preventivos para los adolescentes deberían incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de sólo técnicas didácticas.*
 - 5. Los programas preventivos deberían incluir un componente donde se incluya a los padres o tutores para que refuercen el aprendizaje en los chicos, en cuanto a la realidad acerca de la droga y de sus efectos nocivos, y que ello genere la posibilidad de discutir en familia sobre el consumo de drogas legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre el consumo.*
 - 6. Los programas preventivos deberían ser a largo plazo, a lo largo de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, los esfuerzos a escolares dirigidos a estudiantes de la escuela primaria y secundaria deberían incluir sesiones de refuerzo para ayudar al periodo crítico de transición entre la educación secundaria y bachillerato.*
 - 7. Los esfuerzos preventivos centrados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o solo en los hijos.*
 - 8. Los programas comunitarios que incluyan campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en la política, como nuevas normas y leyes que restringen el acceso al alcohol, el tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando van acompañados de intervenciones en las familias y en la escuela.*
 - 9. Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención del consumo de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.*
 - 10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a toda la población de jóvenes y también sirve como un lugar importante para subpoblaciones específicas con mayor riesgo de consumir drogas, tales como aquellos chicos que tienen problemas de conducta, dificultades de aprendizaje o que tienen un alto potencial de abandonar la escuela y ser marginados.*
 - 11. Los programas preventivos deberían de adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas de la misma.*
 - 12. Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberían ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente se deberían comenzar los mismos.*
 - 13. Los programas preventivos deberían ser específicos para la edad de los chicos, apropiados a su periodo de desarrollo y ser sensibles a nivel de las diferencias culturales.*
 - 14. Los programas preventivos eficaces han mostrado ser coste-efectivos.*

Adaptados de Sloboda y David (1997).

3.3.2 LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN EN ADICCIONES:

A continuación, se presenta de forma detallada las cuatro ramas del modelo de Inteligencia Emocional de Mayer y Salovey (1997), que nos aportaran una visión más clara de cómo la inteligencia emocional puede favorecer los factores de protección para el consumo de sustancias adictivas en las personas, así como reducir los factores de riesgo. Con ello, se trata de aportar luz a la utilidad de la inteligencia emocional dentro de los programas de prevención en drogodependencias.

Cuadro 6: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional

PERCEPCIÓN, VALORACIÓN Y EXPRESIÓN DE LA EMOCIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Identificar emociones en los propios estados, sentimientos y pensamientos- Identificar emociones en otras personas y objetos- Expresar emociones con precisión y las necesidades desarrolladas- Diferenciar entre sentimientos precisos e imprecisos y entre sentimientos honestos y deshonestos

Fuente: García del Castillo-López et al. (2014)

Según Oscar-Berman, Hancock, Mildworf, Hutner, y Weber (1990) existen evidencias que muestran la dificultad en el reconocimiento emocional en el caso concreto del consumo de alcohol, y que incluso se mantenía esta situación tras el tratamiento de desintoxicación (Kornreich, Blairy, Philippot, Dan et al., 2001).

Por otra parte, se ha encontrado que un alto consumo de alcohol interfiere en el correcto reconocimiento emocional, y consecuentemente afecta no solo al funcionamiento normal del individuo, sino también a sus relaciones interpersonales, y por lo tanto puede afectar a su satisfacción con las relaciones sociales y a su bienestar general (Riley y Schutte, 2003).

En relación a estas evidencias podemos señalar que, habilidades como la identificación de nuestras propias emociones y de las ajenas, o expresar nuestras emociones y necesidades, son necesarias para mantener relaciones interpersonales saludables, que como hemos visto previamente, estas mismas relaciones interpersonales, pueden actuar como un factor de protección. Las relaciones sociales positivas aportan estabilidad a la persona, suponen un foco de apoyo externo frente a problemas y pueden aportar satisfacción y bienestar a la persona en sus diferentes contextos, como puede ser la escuela.

Cuadro 7: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional

FACILITACIÓN EMOCIONAL DEL PENSAMIENTO
<ul style="list-style-type: none">- Redireccionar y priorizar el pensamiento basado en los sentimientos asociados a los objetos, situaciones y personas- Generar o emular emociones para facilitar juicios o la memoria- Capitalizar las emociones para tener múltiples puntos de vista y ganar ventaja- Usar las emociones para facilitar la resolución de problemas y la creatividad

Fuente: García del Castillo-López et al. (2014)

Cuadro 7 (cont.): Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional

COMPRENSIÓN Y ANÁLISIS DE LAS EMOCIONES; EMPLEO DEL CONOCIMIENTO EMOCIONAL
<ul style="list-style-type: none">- Entender cómo se relacionan las diferentes emociones- Percibir causas y consecuencias de los sentimientos- Interpretar sentimientos complejos como mezclas de emociones o estados emocionales contradictorios- Entender y predecir la transición entre emociones

Fuente: García del Castillo-López et al. (2014)

Existen diferentes estudios que han demostrado que las personas que consumen grandes cantidades de alcohol tienden a sobreestimar la intensidad de las emociones negativas (Foisy et al., 2007; Kornreich, Blairy, Philippot, Hess et al., 2001).

En base a estas aportaciones, y a las habilidades detalladas en las tablas previas, tales como percibir las causas y consecuencias de los sentimientos, interpretar los sentimientos complejos como mezclas de emociones o estados emocionales contradictorios, o usar las emociones para facilitar la resolución de problemas y la creatividad, se entiende que estos aspectos de la inteligencia emocional pueden ayudar a solucionar ciertos factores de riesgo de consumo de sustancias tales como la influencia del grupo de iguales, la presión o el rechazo ejercido por los mismos, etc.

Tabla 8: Modelo de cuatro ramas de Inteligencia Emocional

REGULACIÓN REFLEXIVA DE LA EMOCIÓN PARA PROMOVER EL CRECIMIENTO EMOCIONAL E INTELECTUAL
<ul style="list-style-type: none">- Estar abierto tanto a sentimientos placenteros como molestos- Controlar y reflejar emociones- Iniciar, mantener o alejarse de un estado emocional en función de si es juzgado como útil o no- Manejar emociones en uno mismo y en los demás

Fuente: García del Castillo-López et al. (2014)

Manejar adecuadamente las emociones suele significar un problema para aquellas personas que consumen abusivamente cualquier sustancia psicoactiva (Kassel, Stroud y Paronis, 2003; Novak y Clayton, 2001).

Por su parte, los jóvenes con niveles bajos de inteligencia emocional son, según los estudios, más impulsivos y manejan peor sus emociones. Por el contrario, aquellos que cuentan con buenas habilidades emocionales consumen en menor nivel sustancias psicoactivas (Austin, Saklofske, Egan, 2005; Ruiz-Aranda et al., 2010; Trinidad y Johnson, 2002).

En concordancia con los factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias, se observa claramente que aspectos como la impulsividad suponen un factor de riesgo relevante, así como la búsqueda de sensaciones a través de las sustancias. Contar con habilidades emocionales como estar abierto a sentimientos tanto placenteros como displacenteros, iniciar, mantener o alejarse de estados emocionales en función de su utilidad, o un buen manejo de las emociones en uno mismo o en los demás, favorece los factores de protección y reduce los factores de riesgo de consumo significativamente.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES FINALES

Como se señalaba al comienzo del trabajo, la Educación social está sujeta a los cambios sociales; de la misma forma ocurre con el campo de las adicciones: es cambiante y evoluciona con la sociedad, ya sea con el consumo de nuevas sustancias o con los hábitos de consumo. No obstante, hay algo que no podemos dejar de tener en cuenta y es que, los factores que llevan a una persona al consumo de sustancias están en concordancia con el contexto y con el individuo, además de con la sustancia (Freixa, 1982).

De mano de esta evidencia, y tras el análisis realizado, podemos señalar diferentes aspectos relevantes:

En primer lugar, resulta necesaria la aplicación del modelo biopsicosocial en lugar de un modelo biomédico, ya que si las conductas adictivas solo se abordan desde lo biológico, no se estarán trabajando todos los aspectos que inciden en estas conductas. El aspecto social actúa de forma decisiva tanto en los factores de riesgo, como en los factores de protección, y es por ello que debería otorgársele la misma importancia tanto en el trabajo preventivo, como en el de intervención en conductas adictivas.

Esto nos lleva a reivindicar el papel profesional del Educador/a Social en el trabajo con adicciones. Si, tal y como se señala, el contexto y el individuo se encuentran en relación directa con el consumo de sustancias, el papel profesional del Educador/a Social responde a la necesidad social existente. Reiterando la definición que realiza el Libro Blanco (Villa, 2005) un Educador Social es: *“un agente de cambio social, dinamizador de grupos sociales a través de estrategias educativas que ayudan a los sujetos a comprender su entorno social, político, económico y cultural y a integrarse adecuadamente”*.

Además, esto se complementa con la necesidad de diferentes profesionales que se reclaman en los equipos multidisciplinares por parte del modelo biopsicosocial. La colaboración y coordinación de las profesiones, así como la vertiente social que puede aportar la educación social, conlleva al beneficio mutuo de estas, pero sobretudo al beneficio de las personas con problemáticas como las adicciones.

Del otro lado cabe indicar que, aunque aún son insuficientes las investigaciones que relacionan la inteligencia emocional y las adicciones, (García del Castillo, 2013) la inteligencia emocional está demostrando, tal y como se ha observado a lo largo del presente documento, ser de utilidad en la prevención y la intervención de conductas adictivas. Por ello, es necesario continuar investigando sobre este campo, reforzando las potenciales relaciones entre la inteligencia emocional y las adicciones, y favoreciendo así la práctica emocional como herramienta para desarrollar competencias básicas en IE que aumenten los factores de protección en el consumo y/o abuso de sustancias. (García del Castillo, 2013)

Para finalizar, considero importante señalar la necesidad de añadir la formación teórica en adicciones en el grado en Educación Social. Tal y como especifica el Libro Blanco (Villa, 2005) las adicciones son un campo de trabajo de la Educación Social y, si bien la práctica resulta una parte muy relevante de esta formación, una base teórica facilitará que los profesionales sepan encontrar su lugar en el trabajo con adicciones y colaboren realizando una intervención socioeducativa de calidad.

Ello ha quedado reflejado en la dificultad de encontrar documentos o programas que identifiquen y diferencien el papel del educador social en el trabajo con adicciones. De la misma forma, y tal y como se ha señalado previamente, la inteligencia emocional tampoco está incluida de forma sistemática en los programas de prevención e intervención, si bien es cierto que es un estudio que se está realizando en la actualidad y tiene mucho camino por delante.

En relación a esto último cabe apuntar que la insuficiencia de documentos de referencia no le resta importancia ni a la labor del Educador Social en adicciones, ni a lo que puede aportar la inteligencia emocional a este ámbito, sino que es un indicador de desarrollo de este campo de conocimiento. A medida que se conoce más sobre la problemática de las adicciones, tanto la Educación Social como la inteligencia emocional están reivindicando y demostrando su campo de acción en este ámbito.

Durante este trabajo he podido comprender y entender más a fondo esta problemática social, e identificar en ella las competencias y las funciones que corresponden a la Educación Social dentro de este ámbito, así como reconocer la importancia que tiene la inteligencia emocional para la prevención e intervención en adicciones.

El vicio nos atormenta aún en medio de nuestros placeres; la virtud, empero, nos conforta aún en medio de nuestra aflicciones" - Charles C. Colton

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adame, M. y Tembrás, A. (2007,septiembre). *La función profesional del Educador/a Social en una comunidad terapéutica de drogodependencias*. Comunicación presentada en el Congreso Estatal de las Educadoras y Educadores Sociales, Toledo, España.

Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas, 16 (2)*, 115-125.

APA. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Austin, E. J., Saklofske, D. H., y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 38*, 547-558.

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

Bas-Peña, E. (2014). Educación Social y Formación en Drogodependencias. *Health and Addictions, 71- 83*.

Becoña, E. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Ministerio del Interior.

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

Becoña, E. y Cortés-Tomás, M. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL.

Binet, A. (1903). *L'Analyse experimentales de l'intelligence*. París: Scchleicher.

Brackett, M. A., Mayer, J. D. y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences, 36*, 1387- 1402.

Clayton, R. R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51).

Consejo general de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales y Asociación Estatal de Educación Social. (2007). *Documentos Profesionalizadores*. Barcelona: ASEDES.

Cortés, M., Espejo, B., Gimenez, J.A., Luque, L., Gómez, R. y Motos, P. (2011). Creencias asociadas al consumo intensivo de alcohol entre adolescentes. *Health and Addictions*, 11, 2, pp. 179-202.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2015*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Echeburúa, E., de Corral-Gargallo, P., Amor-Andrés, P. J. (2005). El reto de las nuevas adicciones: objetivos terapéuticos y vías de intervención. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3, 511-528.

Edwards, G., Arif, A. y Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: A World Health Organization, memorandum. *Bulletin World Health Organization*, 59. 225-242.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19, 63-93.

Félix-Ortiz, M. Y Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability For Drug Use Among Latino Adolescents. *Journal Of Community Psychology*, 27, 257-280.

Foisy, M. L., Kornreich, C., Fobe, A., D'Hondt, L., Pelc, I., Hanak, C., et al. (2007). Impaired emotional facial expression recognition in alcohol dependence: do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 404-410

Freixa, F. (1982). *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.

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

García del Castillo, J. A.; García del Castillo-López, Á.; Gázquez Pertusa, M.; Marzo Campos, J. C.. (2013). La Inteligencia Emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Salud y drogas*, vol. 13, 89-97. Consultado el 15 de mayo de 2018, Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/839/83929573001.pdf>

García del Castillo-López, A. García del Castillo, J. A. Marzo, J.C. (2014). La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo del alcohol. *Informació Psicològica*, 104, 100-111. Consultado el 10 de mayo de 2018. Disponible en http://www.informaciopsicologica.info/original_articles.php?cod=bGVvbmNyPTYwJm5yPTEwNCZmcD1KdWxpbyAtIERpY2llbWJyZSZhcnRpY2xlPTMzbGVvbg

García Fernández, M. & Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 3(6), 43-52. Consultado el 21 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.cepcuevasolula.es/espiral>

García Roca, J. (2000). *Trabajo Social. En Cortina, A. y Conill, J. 10 palabras clave en ética de las profesiones*. Editorial Verbo Divino.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind. The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books (trad. cast.: Barcelona: Paidós, 2011).

Gimenez-Mas, S. I. García-Fernandez, M. (2010). La Inteligencia Emocional y sus principales modelos: propuesta de un modelo integrador. *Cuadernos del profesorado*. Almería. 44-52.

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

Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.

Hall, W; Carter, A. y Forlini, C. (2015). The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises? *Lancet Psychiatry*, 2, 105-110.

Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Kassel, J. D., Stroud, L. R., y Paronis, C. A. (2003). Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychological Bulletin*, 129(2), 270-304.

Khantzian, E.J. (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 142 (11): 1259-64.

Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Dan, B., Foisy, M., Hess, U., et al. (2001). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 102, 235-248.

Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millan, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. y Steele, M. (1998). Preventing substance abuse among children and adolescents: *Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.

Kumpfer, K; Trunnell, E y Whiteside, A. (1990). The Bio-psychosocial Model: Application to the additions field. In Engs R. C. (Ed.). *Controversy in the addiction field* (pp. 55-66). Dubuque: Kendall/Hunt.

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

Lindesmith, A. R. (1947). *Opiate Addiction*. Bloomington: Principia.

Lindesmith, A. R. (1968). *Addiction and opiates*. Chicago: Aldine.

López-Noguero, F. y Pérez-Serrano, G. (2012). La Educación Social del siglo XXI: Un Esfuerzo de Aclaración. *I Congreso Virtual Internacional sobre investigación pedagógica y praxis educativa*. INNOVAGOGÍA. (págs. 1741- 1753).

Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En E. Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (cord.), *Drogodependencias. 4. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

Recio, F. (dir.) (2015). *Proyecto Hombre: El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico*. Consultado el 18 de mayo de 2018. Disponible en: <http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH-2.pdf>

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

Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? In J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Ediciones Pirámide.

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

Mejía-Díaz, J. J. (2012). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Educación Científica y tecnológica, Bogotá, Num 17, 11-32*.

Menacho, S.. (2013). El educador social y la escuela. . *Revista de Educación Social, 16, 1-16*.

Moncada, S. (1997). «Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas». En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Montoya-Castilla, I., Postigo-Zegarra, S., y González-Barrón, R. (2016). *Programa PREDEMA. Programa de educación emocional para adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Moral, M.V., Rodríguez, F.J., y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones, 17(2), 105-120*.

Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.

NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.

NIDA. (2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción*. Consultado el 29/05/2018. Disponible en:

<https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>

Novak, S. P., y Clayton, R. R. (2001). The influence of School Environment and Self-Regulation on Transitions Between Stages of Cigarette Smoking: A Multilevel Analysis. *Health Psychology*, 20(196-207).

Oscar-Berman, M., Hancock, M., Mildworf, B., Hutner, N., y Weber, D. A. (1990). Emotional perception and memory in alcoholism and aging. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 383-393.

Palomares, A. (1990). «La promoción de la salud en la infancia: Factores en el diseño de programas». *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8, 277-295.

Pérez del Río, F. (2011). *Estudios sobre Adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre. Burgos. Burgos: Diputación Provincial de Burgos*. Consultado el 10 de mayo de 2018. Disponible en: <http://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2012/02/2011-Estudios-sobre-adicciones.pdf>

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

Petrus, A., Romans, M. y Trilla, J. (2000). *De profesión: Educador Social*. Barcelona: Paidós.

Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.

Pollard, J. A., Hawkins, J. D. Y Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence?. *Social Work Research*, 23, 145-158.

Ramos, N., Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2007). Perceived Emotional intelligence facilitates Cognitive-Emotional Processes of Adaptation to an Acute Stressor. *Cognition & Emotion*, 21, 758-772.

Riley, H., Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.

Rodríguez-Sáez, J. L. (2015). *Patrones de personalidad y otros trastornos psicopatológicos asociados en personas con dependencia de drogas en tratamiento en Proyecto Hombre. Tesis Doctoral*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. Consultado el 10 de mayo de 2018. Disponible en: <http://summa.upsa.es/viewer.vm?id=0000037920>

Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J.M., Castillo, R., y González, V. (2009). Inteligencia Emocional y el consumo de cocaína en adolescentes. En P. Fernández Berrocal, N. Extremera, R. Palomera, D. Ruíz-Aranda, J. M. Salguero y R. Cabello (cords.). *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. Santander: Fundación Marcelino Botín.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal Of Psychiatry*, 147, 598-611.

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

Sixto-Costoya, A. y Olivar-Arroyo, A. (2018). Educación Social y Trabajo Social en Adicciones: Recuperar el Territorio Colaborando. *Revista de Educación Social.*, 26, 141-158.

Sloboda, Z. Y David, S. L. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.

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

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

Villa, A (coord.) (2005) *Libro Blanco. Título de Grado en Pedagogía y Educación Social. Volumen I*. Madrid: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Consultado el XX de mayo de 2018. Disponible en http://www.aneca.es/var/media/150392/libroblanco_pedagogia1_0305.pdf

Villanova, J. S. y Clemente, A. (2005). *Inteligencia Emocional en Adolescentes*. Valladolid: Universidad de Valladolid.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22,820-843.

Zinberg, N. E. (1972). Heroin use in Vietnam and the United States. *Archives of General Psychiatry*, 26, 486–488.

Zinberg, N. E. (1984). *Drug , Set , and Setting The Basis for Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press.

Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond The Optimal Level Of Arousal*. Hillsdale, Nj: Erlbaum.