

Proyecto para el desarrollo de habilidades sociales en personas drogodependientes adultas



Universidad de Valladolid

Nombre: Miriam García Garrido

Tutor: Xoán González Gonzalez

Trabajo Fin de Grado

Curso 2016/2017

ÍNDICE

Proyecto para el desarrollo de habilidades sociales en personas drogodependientes adultas.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO EN EDUCACION SOCIAL.....	6
3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES.....	9
3.1 Las drogas y su adicción	11
3.2 Las drogas en el contexto europeo.....	14
3.3 Trastornos causados por el alcohol y el cannabis.....	16
3.4 La cuestión social.....	22
3.5.- Causas y consecuencias del consumo de drogas.....	23
3.6 El bienestar y la felicidad.....	24
3.7 La inteligencia emocional en edades tempranas	27
3.8 Tratamiento	31
4. PROYECTO DE INTERVENCION: “HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS DROGODEPENDIENTES ADULTAS”	33
4.1 Contextualización	34
4.2 Objetivos.....	35
4.3 Contenidos	35
4.4 Metodología	39
4.5 Destinatarios.....	40
4.6 Desarrollo de los talleres.....	42
4.7 Temporalización	49
4.8 Recursos.....	49
4.9 Evaluación.....	50
5. CONCLUSIONES	52
6. ANEXOS	54
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

RESUMEN

El presente Trabajo de Fin de Grado (TFG) aborda el tema de la oportunidad del desarrollo de habilidades sociales en personas adultas afectadas por su adicción a drogas, lo cual constituye un ámbito clásico de intervención especializada de la Educación Social.

Tras una minuciosa revisión del estado de la cuestión en materia de drogas, adicciones, trastornos asociados, causas, consecuencias y sus tratamientos posibles, en el presente trabajo se realiza una propuesta de intervención que es la que da nombre al TFG.

El Proyecto de Intervención, basado en la adquisición y adherencia a determinadas habilidades sociales, se presenta estructurado de acuerdo con los cánones clásicos de la intervención socioeducativa: contexto, objetivos, contenidos, metodología, destinatarios, descripción de las sesiones, temporalización, recursos necesarios y evaluación.

Con esta intervención se busca, precisamente, proporcionar a sus destinatarios estrategias que les permitan desarrollar habilidades sociales con el fin de mejorar su situación personal y social.

Palabras clave: educación social, drogas, consumo, adicción, habilidades sociales, inteligencia emocional, drogodependientes.

ABSTRACT

The present “Trabajo de Fin de Grado” (TFG) addresses the opportunity to develop social skills in adults affected by their addiction to drugs, which is a classic area of specialized intervention of Social Education.

After a thorough review of the state of the art regarding drugs, addictions, associated disorders, causes, consequences and their possible treatments, in the present work a proposal of intervention is made that is the name of the TFG.

The Project of Intervention, based on the acquisition and adherence to certain social skills, is structured in accordance with the classical canons of socio-educational intervention: context, objectives, contents, methodology, recipients, session description, evaluation.

This intervention seeks to provide its recipients with strategies that allow them to develop social skills in order to improve their personal and social situation.

Key Words: social education, drugs, consumption, addiction, social abilities, emotional intelligence, drug addict.

1. INTRODUCCIÓN

La experiencia vivida me ha demostrado que las relaciones interpersonales positivas son una fuente enorme de autoestima y bienestar social, y que la carencia de estas puede provocar aislamiento, malestar, sentimientos negativos.

En el trabajo con personas drogodependientes parece evidente (Sanz Gabriel, 2006; Delgado, Pablos y Sánchez, 2009; Martín Caballero, 2010) que las habilidades que poseen son mínimas e incluso nulas ya que se van deteriorando o que directamente no las tienen desarrolladas. Para aquellas personas que han alcanzado la abstinencia también supone un problema dado que, aunque hayan abandonado su adicción, el control de las capacidades de la inteligencia emocional propia continúa siendo un impedimento para ellos/as. Para estas personas la droga puede ser *“un vicio, producto de la debilidad de espíritu y susceptible de ser corregido; una conducta antisocial que debe ser castigada y controlada; un estilo de vida patológico; un proceso autodestructivo de tipo reactivo ante los factores estresantes; un trastorno de personalidad; una enfermedad exógena producida por la droga sobre estructuras y funciones cerebrales; una enfermedad endógena resultante de una patología de origen genético o adquirida en el curso del desarrollo”*(Casas, Pérez de los Cobos, Salazar y Tejero, 1992: 3). Existen numerosas explicaciones de la drogadicción más allá de la búsqueda de la evasión, pero lo que es cierto es que sin ellas no son capaces de desenvolverse adecuadamente ni de solucionar los problemas que se le presentan; hacer uso de sus emociones en estado de abstinencia requiere de un gran esfuerzo y es una enorme dificultad para ellos. Por lo que resulta de gran interés la puesta en marcha de un proceso terapéutico basado en la Inteligencia Emocional que les enseñe a administrar de manera correcta sus emociones y sentimientos.

Según Fernández-Berrocal y Extremera (2009: 85), la inteligencia emocional es el concepto que describe *“la capacidad de percibir, comprender, asimilar y regular las emociones propias y las de los demás, (...) ayudándoles a mejorar sus niveles de bienestar”*.

A partir de los grandes referentes de la inteligencia emocional como P. Salovey y J. D. Mayer (1990), quienes acuñaron el término, o D. Goleman (1996), quien lo divulgó, se puede aprender a identificar las propias emociones así como a conocer los instrumentos más adecuados para gestionarlas.

Según Goleman (1999), las personas que emocionalmente están desarrolladas disfrutan de una situación ventajosa en la vida. Suelen sentirse eficaces, productivos y, por lo tanto, satisfechos consigo mismos; por el contrario, aquellas personas que son incapaces de controlar sus emociones se debaten en constantes luchas internas que les impiden esclarecer sus pensamientos. De este modo, para este autor la Inteligencia Emocional (IE, en adelante) se muestra en la forma en la que las personas interactúan con el mundo teniendo en cuenta dos puntos de vista: el interno y el externo. El interno

hace alusión a los propios sentimientos de la persona (autocontrol y autoconciencia), es decir, las capacidades para la identificación, comprensión y control de nuestras propias emociones; mientras que el externo, haría referencia a las capacidades que nos permiten identificar y comprender las emociones y sentimientos de los demás (empatía) así como la capacidad de establecer relaciones sociales positivas con los demás (habilidades sociales).

Todo ello ha llevado a considerar a la IE como la base de la competencia emocional, siendo una capacidad que se puede adquirir a través del trabajo y la educación.

2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA Y SU RELACIÓN CON LAS COMPETENCIAS DEL GRADO EN EDUCACION SOCIAL

Desde la Educación Social, y como futura educadora social, el tema de las drogas y sus reacciones y efectos de consumo excesivo en las personas me resulta llamativo al permitir realizar distintas intervenciones desde diferentes perspectivas.

La intervención que he diseñado abarca un marco teórico y un marco práctico. El marco teórico de este proyecto de intervención está centrado básicamente en la cuestión de las drogas, por ello es importante hablar sobre lo que son, los tipos que hay y de qué manera afectan a las funciones del organismo, cómo los trastornos que podría ocasionar el cannabis o el alcohol, o el marco legal de éstas, con el objetivo de hacer consciencia de ello a las familias de los afectados y a la sociedad en general, y tener información de todo lo que el consumo supone para tratar de prevenirlo. Explicaré los síntomas de una conducta adictiva para poder saber reconocer como educador/a social, cuando se trata o no de adicción y así intervenir de una manera o de otra.

Es importante también ubicar esta cuestión en el contexto de nuestro entorno (nos centraremos fundamentalmente en Europa), para saber con qué cifras estamos hablando y derivar de ello las necesidades. Al igual que también, el cómo repercuten las drogas en la sociedad, dado que no solo perjudican a quienes las consumen. Teniendo en cuenta y sin olvidarnos de lo que es para un/a drogadicto/a dicha etiqueta.

Por otro lado, haremos alusión a la felicidad y al bienestar en relación al desarrollo de la inteligencia emocional en edades tempranas, ya que hay que conocer los elementos de los que depende ser feliz o no serlo o sentirse bien consigo mismo, partiendo de lo necesario que es tener un control de las propias emociones y saber gestionarlas, ya que de ahí derivan muchos de los problemas, entre ellos la drogadicción. Esta será la base de la intervención dentro del marco práctico junto con el desarrollo y mejora de las habilidades sociales. Por lo tanto, la búsqueda de la felicidad puede estar vinculada al consumo de drogas.

Y, por último, nos referiremos a los tratamientos que existen para este tipo de adicciones, entre los que destaca la terapia cognitivo conductual puesta en práctica por entidades como Proyecto Hombre, que tomaremos como modelo para el diseño de intervención.

Partiendo de determinados fundamentos teóricos, que nos permiten explicar el modelo de abordaje elegido ante el problema de las drogas, nos centraremos en las causas por las cuales una persona decide iniciar su consumo y diseñaremos una intervención basada en el desarrollo de habilidades sociales con las que tratar de consolidar desde la raíz aquellas fortalezas que generen resistencia ante su inicio en el consumo o faciliten su desvinculación.

Lo más importante es que a través del presente Trabajo de Fin de Grado (en adelante, TFG) he podido valorar el grado de adquisición y/o consolidación de las diferentes competencias presentes lo largo de los cuatro años de estudios continuados (Matia, 2016: 4-5) Así, y a modo de resumen, las quince competencias del grado de Educación Social adquiridas y relacionadas con este proyecto de intervención más destacables han sido, a mi juicio:

1. *“Identificar y emitir juicios razonados sobre problemas socioeducativos para mejorar la práctica profesional”* (competencia E2), como en este caso, justificando teorías, aportando datos y argumentando el tema de abordaje para mejorar el problema del consumo de drogas.
2. *“Diagnosticar situaciones complejas que fundamenten el desarrollo de acciones socioeducativas”* (competencia E4): se ha elegido un tema en concreto, que es la drogadicción y a partir de éste se ha desarrollado una intervención socioeducativa
3. *“Diseñar planes, programas, proyectos, acciones y recursos en las modalidades presenciales y virtuales”* (competencia E5): se ha diseñado un plan de intervención enmarcado en el programa de la entidad Proyecto Hombre.
4. *“Diseñar y desarrollar procesos de participación social y desarrollo comunitario. E.9 Intervenir en proyectos y servicios socioeducativos y comunitarios”* (competencia E6): a través del proyecto de intervención se fomenta la participación y el desarrollo comunitario dando la posibilidad de ello a personas que lo necesitan y también se interviene con Proyecto Hombre trabajando en una de las etapas de su programa base.
5. *“Diseñar e implantar procesos de evaluación de programas y estrategias de intervención socioeducativa en diversos contextos”* (competencia E13): se realiza una evaluación en la que se dividen tres etapas para así conocer desde diferentes ángulos si se han cumplido los objetivos planteados.
6. *“Elaborar e interpretar informes técnicos, de investigación y evaluación de acciones, procesos y resultados socioeducativos”* (competencia E18) y *“realizar estudios prospectivos y evaluativos sobre características, necesidades y demandas socioeducativas. En particular, saber manejar fuentes y datos que le permitan un mejor conocimiento del entorno y el público objetivo para ponerlos al servicio de los proyectos de educación social”* (competencia E19): como se ha hecho a lo largo de la fundamentación teórica o en los contenidos de que abordan la intervención puesta en práctica, de manera que se han ido analizando diferentes fuentes de

- diversos autores para contrastar datos, conocimientos y resultados y hacer una recopilación y síntesis de todo ello.
7. *“Conocer las políticas de bienestar social y la legislación que sustentan los procesos de intervención socioeducativa”* (competencia E19): al menos, aquellas referidas a estas cuestiones que constituyen mis centros de interés como ésta que trata de encarar el problema de la calidad de vida de personas excluidas o en riesgo de exclusión social.
 8. *“Conocer los factores biológicos y ambientales que afectan a los procesos socioeducativos”* (competencia E23): las diferentes teorías que se han abordado en la fundamentación teórica y en la metodología que se utiliza para la práctica de la rehabilitación de dichas personas, están centradas sobre todo en que el resultado de una persona es la mezcla de su conducta, el ambiente y las interacciones personales. Es decir, se trata de conocer todos los factores internos y externos que influyen.
 9. *“Conocer las características fundamentales de los entornos sociales y laborales de intervención”* (competencia E24): es preciso determinar el perfil de los destinatarios a los que va dirigida la intervención, por ello se realiza un abordaje estudiando las características de dichos entornos.
 10. *“Conocer la teoría y la metodología para la evaluación en intervención socioeducativa”* (competencia E26): a lo largo de la evaluación se hace uso de diversos métodos que tienen la función de analizar diferentes aspectos para así realizar una evaluación completa desde diferentes perspectivas.
 11. *“Diseñar, utilizar y evaluar los medios didácticos en la intervención socioeducativa”* (competencia E27): se han diseñado diversas sesiones dentro del proyecto para intervenir de manera que se utilicen distintos materiales didácticos con el fin de lograr los objetivos que se plantean en cada una de ellas.
 12. *“Organizar y gestionar proyectos y servicios socioeducativos”* (competencia E32): se ha diseñado un proyecto socioeducativo en el que hemos gestionado los recursos, el material, los conocimientos, etc. Hemos hecho un organigrama que aparece al principio en forma de índice donde aparecen todos los aspectos que hemos considerado relevantes para abordar dicho proyecto y que aparecen desarrollados a lo largo de éste.
 13. *“Diseñar, aplicar programas y estrategias de intervención socioeducativa en los diversos ámbitos de trabajo”* (competencia E33): para hacer nuestro el trabajo se han diseñado las sesiones de intervención donde se les va a proporcionar estrategias socioeducativas a los participantes basadas en una serie de contenidos previamente planteados.
 14. *“Producir medios y recursos para la intervención socioeducativa”* (competencia E37): para un óptimo desarrollo del proyecto se necesitan medios o recursos que te faciliten su puesta en marcha, por ello se han debido tener en cuenta diferentes tipos de recursos que aparecen señalados.
 15. *“Diseñar y llevar a cabo proyectos de iniciación a la investigación sobre el medio social e institucional donde se realiza la intervención”* (competencia E43): de esta manera, se ha diseñado este proyecto haciendo una investigación de la realidad de las drogas, localizando primero el motivo de la necesidad de intervención y luego la manera en la que hacerlo.

Todas estas competencias citadas están justificadas en la forma en la que se han ido desarrollando con la puesta en marcha de este trabajo, es decir, que todas ellas mantienen una relación directa con la intervención socioeducativa desde la Educación Social.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA Y ANTECEDENTES

El último Informe Europeo sobre Drogas, elaborado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016¹: 37), menciona a España en 48 ocasiones, lo que evidencia el grave problema que supone actualmente. Según este informe, *“el consumo de drogas en Europa engloba ahora un abanico de sustancias más amplio que en el pasado. El policonsumo es habitual entre los toxicómanos y las pautas individuales de consumo van desde el consumo experimental hasta el consumo regular y dependiente. El consumo de todas las drogas es generalmente más elevado entre los hombres, acentuándose esta diferencia en las pautas de consumo más intensas o regulares. La prevalencia del consumo de cannabis es aproximadamente cinco veces superior a la de otras sustancias. Aunque el consumo de heroína y otros opioides sigue siendo relativamente escaso, estas siguen siendo las drogas asociadas a la mayoría de las formas más nocivas de consumo, incluido el consumo de droga por vía parenteral”* (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016¹: 37).

Por otro lado, es importante señalar el abuso del alcohol, una droga legalizada y aceptada socialmente pero que presenta las mismas consecuencias negativas a largo plazo que las drogas denominadas “duras”. La Organización Mundial de la Salud (2014), estima que aproximadamente un 70% de los españoles consumen alcohol habitualmente, duplicando la media mundial con 11,2 litros por persona al año.

No hay ningún caso de drogodependencia igual que otro porque cada ser humano es único. Existen innumerables historias de vida que han influido en esa persona para llegar a tal situación. Historias de experimentación, adaptación, rebelión, supervivencia, diversión, afrontamiento...

Algunos estudios (Alcalde Cayón, 2015) han evidenciado una carencia referida a la “falta de globalidad” de los tratamientos de rehabilitación, es decir, que no se tienen en cuenta todos los factores que influyen en el consumo y de este modo, en la consiguiente rehabilitación.

En relación a estos datos expuestos previamente, veo la gran necesidad de realizar un proyecto de intervención socioeducativo de prevención y de rehabilitación, con el que se aborde la problemática del consumo de drogas tanto en España como en el resto de países.

La Teoría del Marcador Somático, creada por Verdejo García y Bechara (2009) es una de las bases del por qué se da la necesidad de realizar una intervención socioeducativa de esta manera. Y es que, dicha teoría fundamenta la forma en la que las

emociones inciden de manera directa en el proceso de toma de decisiones y razonamiento de la persona, ya que gran parte de las conductas de consumo llevadas a cabo en fase de abuso, están directamente relacionadas con anomalías en el estado emocional.

Sobre los factores psicológicos y conductuales se puede señalar que: tanto el abuso como la dependencia aumentan el riesgo de sufrir trastornos afectivos, las patologías más asociadas habitualmente al consumo de drogas son el trastorno de conducta y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, la conducta antisocial es otro factor de riesgo íntimamente relacionado, que puede dar lugar en momentos de agresividad física y en conductas delictivas.

Por otro lado, una característica de personalidad habitual es la impulsividad. Dentro de ella podemos hablar de dos dimensiones: la primera referida a la necesidad de reforzamiento inmediato; y la segunda, denominada “impulsividad no planeada” es la asociada a la respuesta rápida e incluso temeraria, relacionada con el mantenimiento del consumo.

Tras el estudio de los datos estadísticos anteriores, veo la necesidad latente de establecer métodos o herramientas para realizar un control de las emociones. Para ello, nos basaremos en la Inteligencia Emocional y las habilidades sociales.

De este modo, considero que es de vital importancia contar con habilidades sociales ya que nos ayudarán a conseguir las metas u objetivos que nos propongamos. Esto es así puesto que su alcance dependerá en gran medida de la participación de otras personas.

Por lo tanto, se propone un proyecto de rehabilitación basado en la gestión de las emociones, teniendo como núcleo la promoción de las habilidades sociales.

En relación con la Educación Social, es necesario que, para llevar a cabo la inteligencia emocional dentro del centro de trabajo, el educador/a sepa reconocer sus sentimientos y emociones, regulándolos en aquellas situaciones en las que puedan generarse situaciones de conflicto; ya que se ha comprobado que el educador/a es la figura principal que influirá en la creación de un ambiente emocionalmente saludable.

Por todo ello es necesario prestar también atención, tal y como dice Goleman (1996), a la alfabetización emocional de los alumnos, de tal manera que el educador ayude a los educandos a descubrir su estado emocional y qué es lo que ha provocado estos mismos.

Y por último y no menos importante, hay que prestar gran atención a estas personas adictas a las drogas ya que están subestimadas y marginadas socialmente, por lo que se les discrimina en muchos ámbitos de la vida, por el simple motivo de ser adictas a sustancias químicas y es que va más allá de cualquier estereotipo establecido por la cultura de la sociedad en la que vivimos. Detrás de cada persona, hay una larga historia de vida con muchas experiencias y situaciones a las que hay que contemplar de forma muy rigurosa y con mucho tacto si se quiere lograr una buena intervención socioeducativa.

3.1 Las drogas y su adicción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994: 33) define droga como un “*término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos*”

Lo que es un hecho, es que los efectos estimulantes aumentan las funciones corporales y estimulan el sistema nervioso central. Es el caso de la cafeína, cocaína, anfetamina y la nicotina. Los efectos depresores frenan su funcionamiento y producen lentitud en la función nerviosa. La morfina, el alcohol, la metadona y la heroína son los protagonistas en este caso. Los efectos alucinógenos distorsionan la percepción y la realidad y trastornan la conciencia, como el LSD y el peyote, entre las más destacadas. Sustancia se puede referir a una droga de abuso, a un tóxico, o a un medicamento. Debemos a Schuckit (2000) la clasificación clásica de sustancias químicas adictivas:

TABLA 1: Clasificación de sustancias químicas

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes o simpaticomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamida de ácido (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores, antihistamínicos, analgésicos menores
Otros	Fenciclidina (PCP)

Fuente: Schuckit, 2000.

Es interesante reparar en la clasificación existente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en sus versiones IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) o V (Asociación Americana de Psiquiatría (2015), las adicciones químicas se agrupan según las dependencia a determinadas sustancias:

- Dependencia de alcohol
- Dependencia de alucinógenos
- Dependencia de anfetamina
- Dependencia de cannabis
- Dependencia de cocaína
- Dependencia de fenciclidina
- Dependencia de inhalantes
- Dependencia de nicotina
- Dependencia de opiáceos
- Dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Dependencia de otras sustancias o desconocidas

En cuanto a la **clasificación de su marco legal**, se pueden dividir en dos, las drogas legales e ilegales. Las primeras son el alcohol y el tabaco, enmarcadas dentro de las drogas blandas que son aquellas que no son fuertemente adictivas, como podría decirse del cannabis, aunque ésta sea ilegal. En cuanto a las segundas, las ilegales, estarían enmarcadas dentro de las duras, que crean gran adicción, como la heroína y la cocaína. En el Anexo I se recoge un breve resumen de la principal legislación vigente.

Pero tanto, las unas como las otras tienen algo en común y es el riesgo que genera consumirlas por lo que no hay nada que pueda considerarse como seguro para la salud. Y este riesgo está determinado por varios factores, que son: la manera de utilizar cualquier sustancia (forma de administrarla, dosis, el resultado que se quiere conseguir a través de ella), los síntomas que provoca y, por último, la vulnerabilidad de quien la consume.

Es importante considerar la frecuencia con la que se consume cualquier tipo de sustancia nociva, ya que va a influir mucho en los efectos o síntomas del consumidor. Cuanto mayor sea el consumo y cuanto más frecuentemente se consuma, mayor será el impacto ocasionado en la repercusión del sistema nervioso central y ello acabaría ocasionando una adicción o dependencia a dichas sustancias, conocido también como drogodependencia.

Esta adicción es la dependencia de una sustancia, una actividad, o una relación. En este sentido *“al principio casi todos los adictos creen que pueden dejar de usar drogas por sí mismos, y la mayoría trata de hacerlo sin recibir tratamiento. Aunque algunas personas sí lo logran, muchos intentos fracasan cuando se quiere lograr la abstinencia a largo plazo. Las investigaciones han mostrado que el abuso de drogas a largo plazo produce cambios en el cerebro que persisten por mucho tiempo después de que se dejan de consumir las drogas. Estos cambios (...) pueden tener muchas consecuencias sobre el comportamiento, lo que incluye la incapacidad para ejercer control sobre el impulso de usar drogas a pesar de las consecuencias adversas”* (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010: 9). De esta manera, podemos

definir adicción como un modelo de conducta progresivo y complejo donde influyen componentes psicológicos, biológicos, sociológicos y conceptuales.

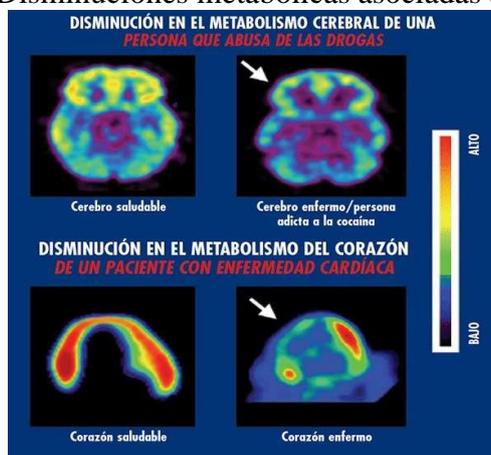
La sintomatología de una conducta adictiva presenta diversas señales para saber identificarla, como es la pérdida de control sobre la conducta; la tolerancia a la sustancia; la abstinencia; la dependencia psicológica y los efectos perjudiciales graves. Ello lleva a una serie de consecuencias que provocan alteraciones cognitivas, relaciones con el entorno, emocionales y fisiológicas.

Esta sería la **secuencia habitual de una adicción**:

1. Al principio la conducta es reconfortante y placentera.
2. Aumentan los pensamientos que tienen que ver con la ejecución de esa conducta cuando no ésta no se realiza.
3. La conducta empieza a producirse con más frecuencia.
4. Se presenta un gran deseo de volver a realizarla esperando a obtener las mismas consecuencias positivas o tener los mismos síntomas tras ejecutarla.
5. A pesar de la aparición de posibles consecuencias negativas la realización permanente de la conducta es justificada por el individuo.
6. El individuo comienza a llevar a cabo diversas actuaciones para controlar la conducta en cuanto las expectativas negativas empiezan a aumentar, obteniendo la mayor parte de esos intentos fallidos.
7. La conducta pierde su capacidad recompensante porque el individuo sigue haciéndolo, pero ahora con diferente fin, el de aliviar el malestar causado por realizar la conducta.
8. El tiempo de alivio es cada vez de menor duración y menos intenso.
9. A pesar de generar una grave interferencia en su vida diaria, el individuo se ve sometido a la ejecución continua de la conducta adictiva, que se escapa si cabe aún más, de su control.

A continuación, ilustraré a través de una imagen que procede de los laboratorios de los doctores N. Volkow y H. Schelbert (Volkow, 2001), el deterioro del metabolismo cerebral en una persona que es adicta a la cocaína:

Figura 1: Disminuciones metabólicas asociadas a adicciones



Fuente: Volkow, 2001: 3

3.2 Las drogas en el contexto europeo.

Actualmente en España el consumo de sustancias nocivas, legales e ilegales, se asocia frecuentemente con la diversión, evasión, socialización o a la adicción o dependencia que se manifiesta desde edades cada vez más tempranas (Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías, 2015). España, además, es uno de los países donde la droga se consume con frecuencia y en cantidad, en comparación con el resto de países de la Unión Europea, le siguen Reino Unido, Francia y Países Bajos, según el Informe Europeo sobre Drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016¹), en donde también el tráfico y el consumo es de los más elevados de Europa con quien compartimos la preocupación de que cada vez aumente y sea más complejo el problema de las drogas, desde las nuevas sustancias psicotrópicas hasta el consumo excesivo de medicamentos, estimulantes o al mismo fracaso de las políticas a la hora de frenar o reducir el consumo del cannabis.

Según la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España, EDADES, 2015-2016 (Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías, 2015), la primera sustancia psicoactiva con mayor prevalencia es el alcohol, la segunda el tabaco y la tercera los hipnosedantes, enmarcados los tres dentro del marco legal. Pero en cuanto al consumo ilegal de sustancias psicoactivas en España, la más prevalente es la del cannabis, seguida de la cocaína en polvo, el éxtasis, anfetaminas y alucinógenos (Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías, 2015: 10):

“El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia entre la población de 15 a 64 años en España. El 93,5% manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida. Este indicador se mantiene estable con respecto a 2013 y desde 2009 no se ha situado por debajo del 90%.

El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva más extendida en España. El 72,5% declara haber fumado tabaco en alguna ocasión. Con respecto a 2013, la prevalencia apenas ha variado (ha disminuido 6 décimas de punto) y se mantiene por encima del 70% desde 2009.

En 2015 se ha corregido parcialmente el incremento experimentado entre 2009 y 2013 en la prevalencia de los hipnosedantes. En 2009 el 13,4% de la población reconocía haber consumido sustancias de este tipo alguna vez en la vida; en 2011 el porcentaje ascendió al 19,5% y en 2013 continuó creciendo hasta el 22,2%, marcando el máximo de la serie histórica. En 2015 se frena esta tendencia ascendente con una disminución que sitúa el indicador en el 18,7%.

La sustancia psicoactiva ilegal más prevalente en España es el cannabis. Desde el año 2003 su prevalencia se ha situado en una franja próxima al 30%, registrándose en 2015 el 31,5% y superando en 1,1 puntos el dato obtenido en 2013.

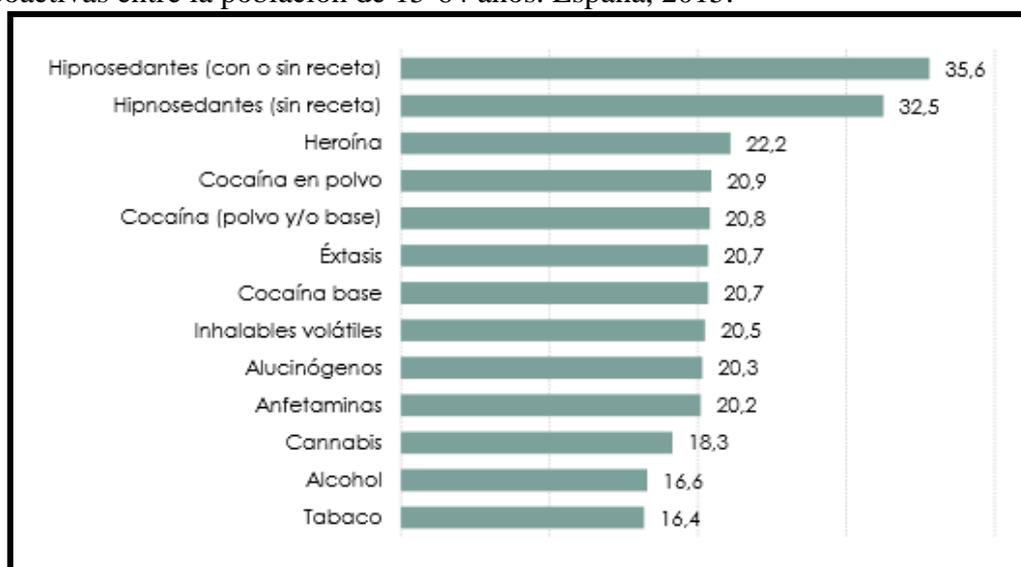
La cocaína en polvo es la siguiente droga ilegal con mayor extensión de consumo (en 2015 el 8,9% de la población reconoce haberla consumido en alguna ocasión en su vida). En la década comprendida entre 1999 y 2009 su prevalencia aumentó progresivamente, desde el 3,1% hasta el 10,2% y, a partir de entonces, el indicador se ha mantenido entre el 9% y el 10%.

Éxtasis, anfetaminas y alucinógenos mantienen, como en los últimos años, una prevalencia inferior al 5%. Por su parte, la heroína y los inhalables volátiles registran una extensión de consumo residual entre la población”

El Informe Europeo sobre Drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016¹), declara que el cultivo más extendido y con mayor producción de drogas en todo el mundo es el del cannabis, con 129 países durante el año 2009 y 2014, en relación al cultivo de adormidera, principalmente en Asia y América y el cultivo de coca, localizado en 7 países de América. Este último ha ido aumentando respecto al cultivo de adormidera, que ha ido disminuyendo. Por lo que se evidencia que el cannabis es la droga con la que más se trafica en el mundo, aunque haya aumentado mucho la toma de drogas sintéticas.

Como se aprecia en el Gráfico 1, la población del sector joven, que es donde más predomina dicho consumo y que ha ido aumentando sobre todo en dicha población, ingieren estas sustancias ilegales como el cannabis o la cocaína junto con alcohol o tabaco: drogas legales y psicoactivas de mayor consumo dentro de España. Se consumen con distintos fines, pero sobre todo de ocio o para sociabilizar mejor, y ellos mismos no consideran que estén corriendo ningún riesgo porque su consumo no es diario, sino en fechas clave o de celebración, o sin ir más allá, cada fin de semana, según los Informes del Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías (2015).

GRÁFICO 1: Edad media de inicio (años) en el consumo de distintas drogas psicoactivas entre la población de 15-64 años. España, 2015.



Fuente: Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías, 2015: 14.

Deseamos destacar tres datos (Observatorio Español sobre la droga y las toxicomanías, 2015: 10):

1. *“El alcohol y el tabaco son las sustancias que empiezan a consumirse a una edad más temprana, 16,6 y 16,4 años respectivamente, siendo unos indicadores estables a lo largo de toda la serie histórica.*
2. *El cannabis es por término medio la primera sustancia ilegal que empieza a consumirse. La serie histórica muestra que el primer consumo se produce entre los 18 y los 19 años.*
3. *Los hipnosedantes son las sustancias psicoactivas cuya ingesta comienza a una edad más avanzada. La edad media de inicio en su consumo se sitúa en 35,6 años, siendo ligeramente inferior al que corresponde a los hipnosedantes sin receta médica (32,5 años)”*

Debido al comienzo tan temprano de sustancias psicoactivas, en plena adolescencia, es de vital importancia la función del educador/a social de manera que tenga que intervenir en sociedad tratando de prevenir o reducir estos consumos a través de la concienciación o de la puesta en marcha de programas relacionados con las drogas que estén orientados hacia la mejora de la calidad de vida de la población.

A esta gran oferta de drogas y al temprano consumo, se le añade el aumento del tráfico por Internet siendo “la red oscura” el nombre de este mercado anónimo. Esto es razón por la que inquietarse ya que utilizan dicha red para conseguir nuevos grupos de consumidores al tener mayor acceso a las drogas en países en desarrollo o desarrollados.

Para tener una idea general en cifras, según el Informe Europeo sobre Drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2016¹) en todo el mundo durante el año 2014 y no habiendo muchas variaciones hasta ahora, el número de población consumidora de drogas es de 250 millones de personas entre los 15 y 65 años de edad, y 29 millones de personas consumidoras de droga tienen trastornos como consecuencia de ésta, pero solo 1 de cada 6 personas recibe tratamiento. Por lo que las muertes también aumentan por sobredosis en toda Europa. En el año 2016, murieron 6.400 personas y en concreto, en España, murieron alrededor de 402 personas.

3.3 Trastornos causados por el alcohol y el cannabis.

Nos referimos a estas dos sustancias psicoactivas, tanto del alcohol como el cannabis y de los trastornos que pueden derivarse de su consumo excesivo y continuado, porque para un educador/a social también es necesario que sea consciente de ello para poder realizar una intervención socioeducativa haciendo un buen uso de la información. Y es que, en la Educación Social, las drogas constituyen un tema que preocupa y en el que cabe intervenir, pero para poder hacerlo adecuadamente hay que conocer también, aunque de manera general, psicopatologías desencadenadas a raíz del consumo de drogas.

La OMS (1955: 5) destaca, entre las características del proceso alcohólico, “algunos síntomas que a menudo se han descrito como *la sed irresistible de alcohol*, los llamados *síntomas de abstinencia*, el fenómeno de la *incontinencia* y las *amnesias alcohólicas (blackouts)*. La aclaración y definición de los mencionados conceptos servirán de base para estudiar nuevamente las relaciones que existen entre el alcohol y la toxicomanía, y para establecer una clasificación de los trastornos provocados por el abuso de bebidas alcohólicas”.

3.3.1.- Trastornos por consumo de alcohol:

Con carácter preliminar, deseamos distinguir entre dependencia y abuso de alcohol aludiendo a la clasificación que aparece en el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

- Dependencia de alcohol:

Se reconoce por la tolerancia que se tiene con el alcohol o los síntomas de abstinencia que aparecen. La abstinencia de alcohol es conocida porque después de ingerir grandes cantidades de alcohol tras un consumo prolongado, aparecen los síntomas de abstinencia unas 12 horas una vez se haya disminuido la cantidad de alcohol ingerida. A pesar de las consecuencias adversas, las personas adictas o dependientes, pueden seguir consumiendo alcohol.

Una vez haya un patrón evidente de su uso compulsivo, los sujetos con dependencia se centran básicamente en consumir alcohol a todas horas por lo que su tiempo se reduce a eso, a pesar de las consecuencias adversas psicológicas o físicas.

- Abuso de alcohol:

Pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación el rendimiento laboral o escolar. Beber alcohol podría desencadenar la creación de problemas legales, sociales o interpersonales. Cuando existen problemas de esa índole unidos a la tolerancia al alcohol, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, hay que diagnosticarlo como dependencia alcohólica más que de abuso.

3.3.2.- Trastornos inducidos por el alcohol:

Al igual que en los “trastornos por consumo de alcohol”, podemos distinguir entre intoxicación y abstinencia a la hora de referirnos a los “trastornos inducidos por el alcohol” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

• Intoxicación por alcohol:

La peculiaridad de la intoxicación es la aparición de una modificación comportamental desadaptativa o psicológica, clínicamente significativa. Los síntomas que

presenta no son a causa de una enfermedad médica, ni tampoco se explican mejor por otro trastorno mental.

- **Abstinencia de alcohol:**

Posteriormente a interrumpir o reducir el uso prolongado de alcohol se desarrollaría este trastorno.

Los síntomas de abstinencia pueden aparecer después de un largo tiempo, siendo más predominante en cuanto a la intensidad, durante el segundo día de abstinencia, mientras que mejoran de manera notable al cuarto o quinto día.

A los síntomas de abstinencia se le pueden añadir otros síntomas como la ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en diferentes grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

- Delirium por intoxicación por alcohol
- Delirium por abstinencia de alcohol:

Este tipo de trastornos tienen cambios cognoscitivos y de la conciencia, y también alucinaciones táctiles, visuales o auditivas («Delirium tremens»). Es probable que exista una enfermedad médica asociada cuando aparece el delirium por abstinencia.

- Demencia persistente inducida por el alcohol
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por el alcohol
- Trastorno de ansiedad inducido por el alcohol
- Trastorno sexual inducido por el alcohol
- Trastorno relacionado con el alcohol no especificado
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol
- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes

El alcoholismo es uno de los grandes y serios problemas que existen en la sociedad hoy en día, ya que no resulta fácil saber cuándo se pasa de uso al abuso porque es una conducta aceptada socialmente. Algunos síntomas de abuso son:

- Bebes más veces de lo planteado y mayor cantidad.
- No se es capaz de reducir el consumo o dejar de beber.
- Cuanto más alcohol se tome, más tolerante se hace el cuerpo a esta sustancia, por lo que se necesita tomar más cantidad para conseguir el mismo efecto que antes.
- Cuando se detiene el consumo de alcohol aparecen los síntomas de abstinencia.
- La persona renuncia a otras actividades de las que solía disfrutar anteriormente para poder beber.
- Necesita cada vez más alcohol para tener los mismos efectos o para emborracharse.

- Emplea gran parte de su tiempo en beber y en la recuperación tras haber bebido.
- Aunque el consumo de alcohol interfiere en el trabajo, escuela u otras actividades a causa de estar bajo síntomas del alcohol y con resaca, sigue bebiendo.
- Trata de ocultar que es adicto al alcohol y pone excusas para justificarse.
- Siempre recurre al alcohol para resolver problemas o aliviar el estrés.
- El alcohol pasa a ser el centro de mira de su vida.
- El bebedor se encarga de que tiene suficiente cantidad de alcohol, y en sus ratos de ocio se preocupa porque siempre haya bebida.
- A pesar de saber que va a realizar alguna actividad en la que no va a estar al 100% de sus capacidades, la persona bebe.
- Se pueden producir accidentes o lesiones tras haber ingerido alcohol por la pérdida de memoria o pérdida de conocimiento.
- La persona bebe desde por la mañana, permaneciendo borracho durante gran parte del día, o incluso bebe solo.

En cuanto al **cannabis**, cabe decir que es una planta que se ha utilizado desde hace muchos años por las propiedades que contiene. Esta planta se usa y se ha usado con distintos fines, como medicinales, industriales o recreativos. También se utiliza para hacer ropa, cuerda, zapatos, papel y otros.

El cannabis tiene aproximadamente, alrededor de 400 compuestos químicos distintos y entre ellos hay diferentes sustancias que son conocidas con el nombre de cannabinoides. Los cannabinoides principales son el THC (tetrahidrocannabinol), es el que tiene mayor potencia psicoactiva, el cannabidiol, tiene efectos ansiolítico y sedante, y el cannabiol. El **Cannabinoides** es una sustancia que procede de la planta Cannabis.

Marihuana: resultado de cortar la parte superior de la planta donde se encuentran las flores, comúnmente llamados cogollos, y a veces también se puede sacar de las semillas, las hojas y tallos de la planta, que se acaban machacando para fumarlos achampañados con tabaco o sin él. También se pueden consumir por vía oral o mezclándolos con comidas o té.

Los cannabinoides se fuman, aunque pueden ser consumidos por vía oral o mezclados con té u otras comidas.

El delta-9-tetrahidrocannabinol (**delta-9-THC**), es el cannabinoide que se determina como el principal encargado de los efectos psicoactivos del Cannabis. Se ha empleado para el tratamiento de algunas enfermedades, las náuseas y vómitos a raíz de la quimioterapia, para la anorexia o incluso la pérdida de peso en personas que tienen SIDA.

3.3.3.- Inducción de síntomas psicoactivos por el consumo del cannabis:

El consumo de cannabis está vinculado con la aparición de ideas delirantes y alucinaciones auditivas y visuales transitorias (Arias y Ramos, 2008).

Muchas de las veces se relaciona el consumo con la psicosis tóxica ya que existen síntomas como la confusión y las alucinaciones, cuando el consumo de cannabis es elevado. Las alucinaciones que se producen son de tipo visual y aparte, se dan alteraciones en el afecto.

Es más frecuente en hombres la psicosis cannábica, tratándose de una serie de manifestaciones como la despersonalización, muchas alucinaciones visuales y síntomas que dan lugar a confusión, aparte de tener una conducta antisocial.

El estudio de Nemesis (Arias, 2012) que es el más precoz, ha llegado a la conclusión de que el posible desarrollo psicótico está relacionado con el consumo de cannabis. Por lo tanto, el cannabis aumenta el riesgo de psicosis y agrava el pronóstico.

Se ha sugerido en los últimos años, que los episodios psicóticos provocados por el consumo de cannabis, pueden precederse de una esquizofrenia (Arias y Ramos, 2008).

Son importantes también otras características como la vulnerabilidad biológica o psicosocial o la vulnerabilidad genética, ya que son factores de riesgo en sujetos vulnerables por alguno de esos motivos y pueden favorecer a que aparezca un cuadro de esquizofrenia por dicho consumo.

3.3.4.- Los trastornos por consumo de cannabis:

De nuevo y con carácter preliminar, deseamos distinguir entre dependencia y abuso de cannabis, aludiendo a la clasificación que aparece en el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

○ Dependencia de Cannabis

Los sujetos hacen un consumo compulsivo, pero no tienen dependencia fisiológica, aunque se ha observado que muchos de los consumidores crónicos se han hecho tolerantes a los efectos del cannabis. Las personas que tienen ya dependencia siguen consumiendo sabiendo aun así los problemas a los que puede llevarlos, como problemas físicos, con tos crónica, entre otros, o psicológicos, como la sedación en exceso.

○ Abuso de Cannabis

El consumo regular y la intoxicación pueden afectar en el desempeño de actividades escolares o laborales. Se tiene gran peligro cuando se conduce, aparte de poder derivar en problemas legales a raíz de detenciones por poseer “cannabis”.

Cuando son altos los niveles de tolerancia, o existen problemas físicos que tienen que ver con el consumo en exceso, hay que valorar el diagnóstico de dependencia en vez del de abuso.

3.3.5.- Trastornos inducidos por el cannabis (psicosis):

También aquí cabe que distinguir entre intoxicación y abstinencia a la hora de referirnos a los “trastornos inducidos por el cannabis” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

○ Intoxicación por Cannabis

Cambios comportamentales o psicológicos clínicamente significativos que se aprecian durante el consumo o poco tiempo después.

La intoxicación comienza con una sensación de bienestar continuada con síntomas como la euforia, las risas inapropiadas y grandiosas, letargia, sedación, deterioro de la memoria inmediata, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad motora y sensación de que pasa muy despacio el tiempo. Suele aparecer disforia, ansiedad, o retraimiento social. A esto se le añade, sobre las dos horas siguientes: irritación conjuntival, aumento de apetito, sequedad de boca y taquicardia.

○ Intoxicación por Cannabis con alteraciones perceptivas

Alucinaciones, visuales, auditivas o táctiles, con juicio de realidad inalterado, en ausencia de un delirium.

- Delirium por intoxicación por Cannabis
- Trastorno psicótico inducido por Cannabis, con ideas delirantes
- Trastorno psicótico inducido por Cannabis, con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por Cannabis
- Trastorno relacionado con Cannabis no especificado

El trastorno psicótico inducido por cannabis es un síndrome (habitualmente con ideas delirantes de tipo persecutorio) que se manifiesta inmediatamente después de consumir. Puede haber una ansiedad marcada, fragilidad emocional y despersonalización, y a veces por error, se diagnostica como esquizofrenia. Tras el episodio ocurrido, puede sufrir el sujeto amnesia sobre lo ocurrido. Este trastorno no es muy frecuente.

El trastorno psicótico inducido por Cannabis suele aparecer poco después de haber consumido cannabis y rara es la vez que no implica la presencia de ideas delirantes de persecución.

El trastorno remite en 1 día normalmente, pero a veces puede durar algunos más. En este caso, las alucinaciones relacionadas con la intoxicación por Cannabis son poco habituales, a excepción de si se alcanzan altos niveles en sangre.

3.4 La cuestión social.

Las drogas a parte de afectar a la persona que las consume también afectan a su entorno más cercano como el trabajo y la familia, que acaban también pagando las consecuencias y en el caso de los adolescentes o jóvenes pueden acabar interfiriendo de manera negativa en el proceso de aprendizaje. Así que la drogodependencia es un problema social, tanto para el drogodependiente como para su entorno. A parte, el consumo de drogas aumenta el riesgo de tener un accidente de cualquier tipo.

Las consecuencias de los problemas de las drogas y derivados, no son solo individuales, sino que también son colectivas, las sufre la sociedad, en el ámbito económico, sanitario, cultural, etc., ya sea en mayor o menor medida.

Por ello, la preocupación que conllevan las drogas es colectiva y para intentar combatir sus consecuencias se han llevado a cabo en muchos países políticas de prevención y de rehabilitación que suponen bastantes pérdidas económicas para el país por su elevado coste.

También es uno de los negocios corruptos que más dinero genera en el mundo.

Los factores de riesgo que están asociados a las adicciones son los siguientes:

- **Factores individuales:**
 - Existencia de limitaciones físicas o de movimiento.
 - Carencias en la posesión de habilidades sociales/falta de estimulación social.
 - Aparición de trastornos de la personalidad.
 - Exceso de sustancias o ex adictos.
 - Características de la personalidad: autoestima baja, introversión, búsqueda de sensaciones, impulsividad.
 - Variables emocionales: déficits afectivos, retraimiento o timidez, sentimientos de inadecuación, infelicidad, necesidad de afecto.
 - Déficit cognitivo: atención dispersa.
 - Rasgos obsesivos compulsivos
- **Factores familiares:**
 - Separación, divorcio, jubilación.
 - Relaciones familiares desestructuradas
 - Débil cohesión familiar.
- **Factores sociales:**
 - Nivel de estudios medio- bajo.
 - Presión social por la apariencia o la etiqueta de drogadicto.
 - Subestimación de estas personas.

3.5.- Causas y consecuencias del consumo de drogas

Las conductas agresivas se incrementan por el consumo de drogas: hay muchos datos que corroboran dicha afirmación y por los que se dan casos de violencia. El alcohol es el mayor protagonista, aunque no el único. Una de cada tres mujeres que habían sido víctimas en España de malos tratos (700.000 mujeres), hablaban del consumo de alcohol del agresor siendo este uno de los motivos de la violencia, según la Tercera Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres (Sigma Dos, 2006).

Otras 258.000 mujeres o una de cada diez, hablaban de otras sustancias consumidas diferentes al alcohol, entre los motivos de las agresiones. Por lo tanto, se llega a la conclusión de que, en muchos casos de maltratos, una de las causas principales es el consumo de alcohol u otras drogas.

La generación de accidentes de tráfico tras el consumo de drogas: en España el consumo excesivo de alcohol causa gran mayoría de los accidentes de tráfico. Según el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (2014: 6) *“el 39,09% (240) de los conductores fallecidos presentaron resultados positivos en sangre a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol”*. Un dato significativo es el porcentaje mayoritario en hombres respecto a las mujeres que dan positivo, con una cifra de 226 hombres (94.17%) y 14 mujeres (5.83%).

En cuanto a las drogas implicadas en los accidentes de tráfico (Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses, 2014: 9) *“en el 67,08% (161) de los casos con resultado positivo se detecta alcohol solo o asociado a drogas y/o psicofármacos; en el 34,17% (82) de los casos con resultado positivo se detectan drogas de abuso solas o asociadas con alcohol y/o psicofármacos y en el 27,5% (66) de los casos con resultado positivo se detectan psicofármacos solos o asociados con alcohol y/o drogas”*.

También las drogas generan un elevado coste laboral, en cuanto al absentismo laboral o los accidentes a raíz de éstas y son de gran relevancia en pérdidas económicas.

Basándome en la Comisión Clínica sobre alcohol del Plan Nacional de Drogas (2007) en un informe que se realizó, las pérdidas de dinero en España son de 2.400 millones de euros al año, a causa del alcohol en la productividad laboral.

Es relevante hablar sobre el elevado coste sanitario que producen las drogas: las consecuencias sobre la salud repercuten grave y directamente sobre el gasto médico cuando el consumo de drogas da lugar a adicciones adversas y situaciones de dependencia.

En cuanto a las personas que reciben asistencia cabe decir que *“en España existe, desde 1987, un Indicador de Admisiones a tratamiento que informa sobre el número y las características de las personas que reciben asistencia sanitaria por consumo de sustancias psicoactivas en centros de tratamiento de drogas ambulatorios”* (Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, 2016²: 144)

Sobre las consecuencias que tienen las drogas a nivel judicial y según los datos facilitados por la Dirección General de españoles en el Exterior y de Asuntos

Consulares y Migratorios, del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2016), permanecen detenidos en cárceles extranjeras un total de 1.063 españoles. Dato que representa el porcentaje del total de españoles reclusos en otros países, con un 73,9%.

Pero a parte de todos los problemas citados que desencadenan las drogas en las personas y su entorno, también existen otros como la marginación social y la delincuencia. A los toxicómanos se les ve por norma general con mala imagen y un físico, a veces, deteriorado motivo que provoca al resto de personas un rechazo o discriminación social, aparte de todos los estereotipos que la sociedad ha ido creando en base a la cultura. Como que a los “drogadictos” no hay que acercarse a ellos nunca”. De esta manera, cada vez se les ha ido separando más y más de la sociedad y de la toma de decisiones, muchos carecen de planes y objetivos en su vida y se les considera como incapaces de adaptarse al medio social, por ello la delincuencia pasa a ser la actividad principal para su supervivencia.

3.6 El bienestar y la felicidad

Siempre se ha creído que la única causa de la adicción son las sustancias químicas que se introducen en el organismo, pero no es así. Un profesor de Psicología de Vancouver, llamado Bruce Alexander (2008) descubrió algo extraño en un experimento realizado con ratas con una famosa publicidad en forma de anuncio denominada “Partnership for a Drug-Free America”.

Este experimento consistía en *“poner una rata en una jaula con dos botellas de agua. Una sólo con agua. La otra con heroína o cocaína diluida. Casi todas las veces que llesves a cabo este experimento, la rata se obsesionará con el agua con droga y volverá a por más hasta que muera”*.

Entonces a partir de este anuncio hizo otro experimento creando otro parque para ratas. *“Se trata de una jaula de diversión en la que las ratas tenían pelotas de colores y la mejor comida para ratas y túneles para corretear y muchos amigos: todo lo que una rata querría”*.

Y lo que ocurrió fue sorprendente, todas las ratas probaban el agua de los dos recipientes porque no sabían lo que contenía, pero las ratas que vivían acompañadas y en mejores condiciones, no bebían del recipiente que contenía droga porque no le gustaba o trataban de evitarlo, consumiendo menos de un cuarto de las drogas que tomaban las ratas que estaban solas y en peores condiciones.

Alexander volvió a “realizar los experimentos del principio, en los cuales aparecían las ratas solas y la droga la consumían de manera compulsiva. Éste dejó que las consumieran a lo largo de 57 días para luego sacarlas de esa jaula y meterlas en la otra jaula donde estaba el parque para ratas. El objetivo principal de este experimento fue para saber si realmente las ratas podrían recuperarse tras caer en ese estado de adicción y tener tan secuestrado el cerebro.

Y el resultado fue que las ratas al principio tenían síntomas de abstinencia, pero poco a poco y no tardando mucho, dejaron de consumir estas drogas y comenzaron a

llevar una vida como el resto de ratas que habitaban en esta jaula mejor, una vida normal.

La conclusión de este experimento es la relación de las ratas con los seres humanos, una persona que se encuentra sola e infeliz que vive bajo unas condiciones nefastas por circunstancias de la vida desfavorables o porque no haya sabido cómo hacerle frente a sus emociones y a los problemas, puede acabar consumiendo sustancias psicoactivas, como las ratas del primer experimento, hasta llegar a morir. Pero si una persona se siente rodeada y se encuentra bien consigo misma o tiene una buena gestión de sus emociones, rodeada de un entorno saludable, probablemente no consuma de tal manera que se haga adicta, o directamente no consuma.

La idea de sufrir causa sensaciones fisiológicas que provocan realmente adicción por eso las personas normalmente se involucran con lo peor en su entorno. Para Johann Hari (2015), la adicción no la causa la química de las drogas. La causa el aislamiento, la infelicidad y la desconexión del adicto con su entorno. No son las drogas, es tu jaula. Las drogas son solo una adaptación al medio.

La idea de sufrir causa sensaciones fisiológicas que provocan realmente adicción por eso las personas normalmente se involucran con lo peor en su entorno. Para Johann Hari (2015), la adicción no la causa la química de las drogas. La causa el aislamiento, la infelicidad y la desconexión del adicto con su entorno. No son las drogas, es tu jaula. Las drogas son solo una adaptación al medio en un intento de ser felices.

La felicidad, según Alarcón (2009: 137), se define como “un estado de satisfacción, más o menos duradero, que experimenta subjetivamente el individuo en posesión de un bien deseado”.

Existen tres niveles para ser feliz: la vida placentera, que es aquella en la que se disfruta y se llena al máximo de placeres; la vida buena, que es ser consciente de las propias fortalezas y virtudes para ponerlas en práctica; y la vida con sentido, basada en darle sentido a ésta teniendo alguna causa de gran importancia por la que luchar, explotando las virtudes y fortalezas, según Arguis, Bolsas, Hernández y Salvador (2012: 70):

• *“Estos tres conceptos de felicidad representan tres niveles que se incluyen unos a otros: en el nivel inferior se sitúa la vida placentera (basada en los placeres), en un escalón superior que englobaría al anterior está la vida comprometida (basada en gratificaciones obtenidas mediante el ejercicio activo de nuestras fortalezas y virtudes), y en el nivel superior, abarcando a los anteriores, se encuentra la vida significativa (basada en planes y acciones que dan sentido a nuestra vida). Buscando una comparación, las tres vidas serían comparables a esas muñecas matrioscas, que se incluyen unas a otras”*

En la felicidad duradera hay distintos factores que influyen y son los siguientes: rango fijo, siendo este un 50%, las circunstancias, con un 10% y la voluntad, con un 40%.

El rango fijo es la carga genética que nos hace tener un nivel u otro de felicidad. Para no estar atrapados en este plan de vida, Seligman (2002: 101) “sugiere rebelarse

ante los impulsos de su timonel genético”. Sin duda, una virtud genérica es la ‘resiliencia’ psicológica, que se entiende como la fortaleza y capacidad de enfrentarse a las dificultades. Se la relaciona con la emoción positiva, de la que depende en gran medida. Podría ser la adaptación de un individuo durante un proceso en el que se viven situaciones traumáticas o adversas, y en general estresantes, generando frente a ellas emociones y actitudes, que le dan fortaleza, y le mantienen con competencia activa. Así consigue dar respuestas, y recuperarse de su decaimiento.

De acuerdo con ello, los nueve pilares fundamentales dentro de la resiliencia serían los siguientes (Morandeira, 2012):

1. **Autoestima consistente:** esto es sana como base principal para conseguir ser una persona resiliente.
2. **Introspección** concebida como la capacidad para preguntarnos y darnos respuestas honestas a nosotros mismos, huyendo de excusas y victimismos, y de una manera responsable que nos lleve a ver las situaciones peores de lo que en realidad son.
3. **Independencia:** en cuanto capacidad para mantener un alejamiento emocional y físico de las situaciones conflictivas.
4. **Sociabilidad:** referida a la capacidad de una persona para relacionarse con los demás, para dar y recibir afecto, incluso en los momentos más duros de su vida y en las peores circunstancias externas. La baja autoestima y la autoestima exagerada impiden relacionarse de manera saludable y satisfactoria.
5. **Autoexigencia:** se refiere a la capacidad de conservar la iniciativa para superarse, para marcarse retos, para ir creciendo sin importar el medio en el que se encuentren las personas a pesar de hallarse en momentos duros.
6. **Humor:** que permite reírnos incluso de nosotros mismos (de nuestros propios problemas o errores, como algo natural). Nos protege de las emociones negativas y nos permite superar situaciones desfavorables.
7. **Creatividad:** permite salidas o soluciones alternativas a las situaciones más caóticas en la que podamos estar inmersos.
8. **Mantener valores:** representan, a su vez esos pilares, sobre los que se sustentan nuestras convicciones y proporcionan la seguridad de salir mentalmente sanos de muchas adversidades.
9. **Pensamiento crítico:** esta cualidad permite analizar las situaciones objetivamente desde fuera, y posibilita tanto tomar las decisiones adecuadas como responsabilizarnos tanto del inicio como del resultado de nuestras acciones.

Cuando se habla de las circunstancias, se quiere decir que algunas circunstancias de la vida proporcionan mayor felicidad que otras, al igual que otras que creíamos que incrementaban el nivel de felicidad, en realidad no lo hacían. Elevan o ayudan a favorecer el grado de felicidad duradero por norma general, por ejemplo, tener una vida

social activa, el matrimonio o no sentirse solo, vivir en una democracia sana o acercarse a la religión, en muchos de los casos, elevan el grado de felicidad duradera.

Y hablamos de voluntad cuando deseamos alcanzar una meta o propósito, es la que más está en nuestras manos para acabar realizándolo e ir alcanzando así una felicidad duradera.

Martin E.P. Seligman en el año 2002 creó “La teoría de la auténtica felicidad” (Seligman, 2002), que está basada en la emoción positiva, la entrega y el sentido. Pero años más adelante, en el 2011, vuelve a plantear otra teoría, reformulando la anterior, esta es “La teoría del bienestar” cuyo libro original se llama “Flourish” (Seligman, 2011).

La teoría del bienestar se trata de una teoría en la que las personas son libres de elegir lo que más les llena y les hace sentirse bien consigo mismos, y se va construyendo poco a poco. No existe una única medida que lo defina, pero sí que hay cinco elementos que contribuyen al mismo, denominados PERMA. Estas siglas corresponden a las siguientes palabras en inglés: *positive emotions* (emociones positivas); *engagement* (compromiso, involucramiento); *positive relationships* (relaciones positivas); *meaning* (sentido, significado); *accomplishment* (logros).

Algunos de estos elementos se miden de manera subjetiva a través de la información de la propia persona, mediante encuestas o test, pero también se puede medir con escáneres cerebrales o por mediciones biológicas a través de la sangre o la saliva, por lo tanto, sería de manera objetiva.

El bienestar no puede existir exclusivamente en nuestra mente, esa es la conclusión, ya que el bienestar es una mezcla de sentirse bien consigo mismo, de que cobre sentido para uno mismo cualquier actividad que sea de nuestro agrado o apasione, de que nuestras relaciones interpersonales sean sanas y tener algún propósito o meta por llevar a cabo y cumplir, y así puedan llegar a ser logros. Maximizar los cinco elementos en su totalidad es la forma de experimentar el mayor bienestar en la vida.

3.7 La inteligencia emocional en edades tempranas

La intervención socioeducativa en la infancia es una etapa decisiva para la maduración física y psicológica ya que se prepara para la vida humana y social, y favorecen a su posterior desarrollo a distintos niveles, contribuyendo así, a que logren una mayor autonomía personal. Por lo tanto, la función del educador social cobra gran relevancia y a su vez, la orientación educativa que se trate de inculcar, ya que el niño o niña se está formado y necesita de alguien que le enseñe.

Desde el momento en que nacemos, todos los seres humanos empezamos a aprender y es que cuando el cerebro está en su máximo potencial de maduración es durante los primeros años de vida y desde edades tempranas es conveniente estimularlo. Dicho aprendizaje incitará su formación social, intelectual y motora, aparte de promover el desarrollo del niño/a.

Hay grandes evidencias en campos como el de la nutrición, salud, fisiología, psicología y educación, que han demostrado que, durante los primeros años de vida, es donde se desarrolla la inteligencia, el comportamiento social y la personalidad.

Una insuficiente estimulación intelectual puede causar graves e irreversibles daños en el desarrollo. Por ello, es de gran importancia empezar en edades tempranas la educación de los niños/as.

El potencial de aprendizaje aumenta cuando el cerebro se desarrolla en unas condiciones óptimas y las posibilidades de fracaso en la escuela disminuyen. Hay programas educativos que fomentan la interacción con el medio natural, físico y socio-cultural y de esa manera se promueven las potencialidades de aprendizaje y el desarrollo del cerebro. Y es que, antes de los cuatro años de edad se desarrolla la mitad del intelecto por la relación que hay durante los primeros años entre la tasa de crecimiento del cerebro y el resultado de la estimulación perceptual en la organización de las conexiones neuronales y la estructura.

Pero dentro de la existencia de programas educativos que aboguen por la interacción con el medio natural, físico y socio-cultural, también es muy importante tomar conciencia del desarrollo de la inteligencia emocional desde edades ya tempranas de manera que a los niños se les enseñe a través del juego a identificar, manejar, expresar correctamente sus emociones e ir anexionando recursos para saber cómo actuar correctamente ante las situaciones que se le generen en su vida cotidiana.

Y parto de **la teoría de las inteligencias múltiples**, planteada por Howard Gardner (1995), psicólogo estadounidense que da al concepto tradicional de inteligencia un giro muy distinto con grandes variaciones, separando la idea de que ser inteligente no es cuestión de poseer grandes habilidades académicas en las que las más importantes son la lengua y la lógica matemática, sino que, dentro de la inteligencia, se pueden distinguir hasta ocho tipos que comprenden aptitudes en campos muy diversos. Son las siguientes:

- Inteligencia lingüística-verbal, por la cual se manejan las palabras de forma eficaz a través de la sintaxis del lenguaje, la estructura, fonética y en todas sus dimensiones de la práctica.
- Inteligencia lógico-matemática: capacidad de resolución y comprensión de problemas, sabiendo calcular, identificar modelos, formular, etc, sin ninguna complicación.
- Inteligencia espacial: se refiere a la capacidad para saber apreciar con exactitud la imagen espacial y visual. De manera que se sabe cómo representar ideas en gráficos, entre otras muchas cosas.
- Inteligencia musical: es la capacidad para expresar aparte de saber percibir, distinguir, transformar y expresar el ritmo, el timbre y tono timbre de los instrumentos musicales.
- Inteligencia corporal cinestésica: el desarrollo de dicha inteligencia supone saber realizar actividades que impliquen la posesión de fuerza, precisión, rapidez, flexibilidad, equilibrio y coordinación óculo-manual. Estas son competencias que se tienen para poder ejercer un gran número de profesiones como: cirujanos, bailarines, actores, escultores, o deportistas.

- Inteligencia naturalista: es la capacidad de poder percibir las diferentes relaciones entre los distintos elementos del medio ambiente, objetos, animales o plantas, donde las habilidades de observación, reflexión, experimentación y cuestionamiento del entorno son las que destacan.

Y en las dos inteligencias restantes son en las que me voy a basar, ya que son las referidas a la inteligencia emocional y ésta es poseedora de componentes intrapersonales e interpersonales, según Gardner (2011):

- La inteligencia intrapersonal. Este concepto no está relacionado con poseer algunas capacidades en el terreno de las letras, ciencias o el arte, está relacionado con la introspección, es decir, tener una imagen objetiva de uno mismo, como la capacidad de autodisciplina, amor propio y comprensión. En este caso, hablamos del desarrollo de la autoconciencia, autocontrol, autorregulación y automotivación serían en este caso.
- La inteligencia interpersonal. Es una capacidad de la que muchas personas se aprovechan y la explotan ya que es de gran utilidad práctica y muy específica que consiste en saber percibir y distinguir el estado de ánimo de los demás y dar respuesta de manera efectiva a dichas circunstancias. El desarrollo de la empatía y habilidades sociales entrarían dentro de esta inteligencia.

Lo que se pretende y trabajando en esta línea de la inteligencia emocional, es *“entregarse al origen todo lo que hizo y hace existir a todo como es. Es esta “entrega” lo que hace que el pensador alcance la máxima felicidad, si bien la misma es difícil ya que primero hay que encontrarla y luego aceptarla, lo cual exige mucho esfuerzo”*, según de la Sienra (2007: 206).

Cuando hablamos de inteligencia emocional, nos referidos al precedente de la teoría de las inteligencias múltiples también, como anteriormente he explicado, ya que este término es de donde deriva y están directamente relacionados.

Dr. Peter Salovey y el Dr. John Mayer (1990), dos psicólogos norteamericanos, elaboraron el término de “inteligencia emocional” y sería difícil de imaginar su futura fama, pero gracias al trabajo de Daniel Goleman con la creación de su obra en 1995 “La inteligencia Emocional”, hoy en día son pocos los académicos o personas en ambientes culturales o empresariales que no hacen alusión a este concepto o al sentido o significado de éste, ya que fue quien hizo de la inteligencia emocional el centro de interés.

La inteligencia emocional, es un término que se refiere a la capacidad humana de identificar, sentir, comprender, controlar y cambiar estados emocionales en los demás y en uno mismo. Es equilibrar y dirigir las emociones más que ahogarlas. Esta inteligencia es a lo largo de toda la vida, así que se desarrolla en base a nuestras propias experiencias por lo que las habilidades se pueden ir fomentando o trabajándolas a lo largo de nuestra madurez. Por eso, es la base de la competencia emocional pudiéndose adquirir a través de la educación y el modelamiento.

Es muy diferente al coeficiente intelectual, ya que este se desarrolla fundamentalmente en la infancia y pueda cambiar algo después de la adolescencia y no

contribuye por sí mismo al ajuste o estabilidad mental o equilibrio personal. Por ello se hace evidente que es necesario poseer ciertas habilidades o aptitudes.

Salovey y Mayer (1990: 189) se refirieron al concepto de IE para especificar y hablar en profundidad de cualidades relacionadas con el éxito, como la persistencia, empatía, y la independencia. Estos autores la definieron como: *“la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar ente ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios”*

Una persona que tenga inteligencia emocional tiene confianza en sus capacidades, mantiene y crea relaciones sanas y satisfactorias ya que comunica todo lo que necesita, lo expresa a través del pensamiento y los sentimientos, aparte de que los sentimientos de los otros los tiene en cuenta; posee una alta autoestima; tiene recursos para resolver conflictos; está motivado para afrontar desafíos, aprende y explora. Por lo que va a influir de manera positiva en todos los ámbitos de su vida.

3.7.1.- La influencia de las emociones en el desarrollo escolar

Un elevado número de autores en los últimos años proyectan la importancia del desarrollo de la inteligencia emocional y su influencia en las capacidades cognitivas, como la mejora de los resultados escolares.

El gradual desarrollo de la capacidad cognitiva en los niños posibilita que las emociones se transformen en facilitadores de la atención y el uso del pensamiento de modo racional creativo y lógico.

Al igual que tener un manejo adecuado de las emociones porque influye de forma positiva en la atención, la flexibilidad cognitiva, capacidad reflexiva, etc., y no solo en esto, sino que ello se refleja en el rendimiento escolar y sus resultados. Porque si es capaz de controlar y regular sus emociones, será capaz de sacar cualquier asignatura adelante.

3.7.2.- Influencia de las emociones en las relaciones sociales

Durante la etapa de la infancia se empiezan a construir habilidades como saber expresarse, compartir emociones con el resto y evaluar. Por lo tanto, para que haya un buen desarrollo social en edades tempranas es vital compartir el estado emocional de otras personas y poder ponernos en su lugar.

La activación de sistemas de neuronas espejo se da cuando un individuo realiza una acción o cuando observa que otro está realizando otra acción y esto se relaciona con la habilidad para comprender emociones. Este sistema sería indispensable para la empatía emocional y para poder comprender el significado que tienen las acciones que no son propias, sino ajenas, porque nos da la posibilidad de conectar emocionalmente con el resto (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006).

Pero se necesitan más habilidades a medida que se va creciendo, ya que las relaciones entre otros o la sociabilización se vuelve más compleja y van aumentando. Estas habilidades son por ejemplo la expresión de preferencias o deseos de manera

clara, no ser intimidado por otras personas fácilmente, expresar de manera correcta la ira o la frustración, ofrecer ayuda cuando alguien la necesita, mostrarse interesado por el resto, etc.

El sociabilizarse con el resto de compañeros o personas o crear vínculos más estrechos te hace pertenecer a un grupo, sentirte arropado por ser demandantes u oferentes de cariño y apoyo, te da la posibilidad de compartir cualquier experiencia o vivencia, gustos, ideas, etc., pero también te ayuda a que por uno mismo construyas tu propia imagen, aprender que conductas o cuales no son adecuadas dependiendo del contexto o la situación, ocupar diferentes roles dentro de un grupo, manejar situaciones conflictivas o conflictos. En resumen, va a acabar siendo un factor de protección ante cualquier situación compleja o conflictiva. Y es que, las personas que saben dar respuestas emocionales equilibradas y que poseen tolerancia hacia la frustración, mantienen relacionales sociales más exitosas o sanas, que acaban siendo más satisfactorias.

3.7.3.- Influencia de las emociones en la imagen de uno mismo

Adquirir la capacidad de saber regular manifestar la emoción y/o modificar un estado anímico, así como su exteriorización lo irá logrando el continuo y progresivo conocimiento de las emociones.

Los aprendizajes fundamentales para el desarrollo de la autoestima y el autoconcepto, que son los que enseñan al niño a reconocer y gestionar las emociones, son incrementar la percepción de control sobre aquello que les pasa, aprender a automotivarse, ya que esto les permite conocerse.

En definitiva, el desarrollo de la inteligencia emocional en edades tempranas es de vital importancia para que las funciones y desarrollo del ser humano sea óptimo y eficaz en todos sus niveles. Sin ir más allá, en la resolución de problemas que te presenta el día a día para que, en un futuro, no se vean atrapados en ellos y en sus emociones y sepan elegir los recursos, estrategias o habilidades que necesitan para una correcta resolución y de esta manera, que no se acuda a las drogas para poder hacer frente a las trabas comunes o no tanto, de la vida.

3.8 Tratamiento

El tratamiento para las adicciones, tanto químicas como psicológicas, consiste en una serie de intervenciones clínicas estructuradas de tal manera que resultan útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por la adicción hacia una mejor calidad de vida.

Para las adicciones psicológicas y químicas hay tratamientos que se basan en una sucesión de intervenciones clínicas cuyo fin es fomentar y apoyar la recuperación de la persona perjudicada por la adicción para mejorar así su calidad de vida.

El control de la conducta en las personas con adicciones y el reaprendizaje constituye el objetivo principal del tratamiento, ya que se trata de conductas necesarias para los pacientes en su día a día, es decir, el abandono de consumo de tóxicos definitivo. Las bases del tratamiento contienen los siguientes elementos:

- Motivar para el consiguiente cambio al paciente y hacerle participe creando una relación terapéutica y manteniéndola.
- Analizar los estímulos asociados a la adicción, como el control orgánico y psicopatológico.
- Controlar y hacer un seguimiento de los estímulos asociados a la adicción.
- Aprender estrategias de solución frente a problemas concretos, o bien disminuir los efectos que produce cualquier sustancia o lograr la completa abstinencia.
- Elaborar un plan de recaídas para prevenirlas basándose en los factores que influyen al paciente, internos o externos, para el consumo de dichas sustancias.
- Informar a los familiares y a los pacientes a través de una psicoeducación centrada en los trastornos provocados por consumo de sustancias.

Para llevar a cabo tratamientos en relación a las adicciones psicológicas y químicas se emplean componentes psicosociales, farmacológicos, o también terapia grupal e individual, la terapia cognitivo conductual o terapias alternativas. La combinación de estos componentes suele ser la mejor opción para lograr un resultado eficaz según las últimas investigaciones del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010).

Pero es muy importante que se refuercen las terapias y se trabajen de manera exhaustiva sobre ellas con los pacientes. Entre ellas, está la terapia cognitivo conductual que se desarrolló al principio para las personas adictas al alcohol que tenían recaídas, posteriormente se utilizó y adaptó para la cocaína. Esta terapia utiliza estrategias y elementos basados en los procesos de aprendizaje ya que los toxicómanos aprenden a identificar, corregir o reorientar conductas problemáticas o desadaptativas a través de la aplicación de estrategias consideradas para mejorar el autocontrol. Las técnicas que se emplean en dicha terapia son el auto monitoreo, que se basa en la identificación en etapas tempranas del grado de dominio de las drogas o reconocer situaciones de alto riesgo en su consumo. También dicha terapia se utiliza para ayudar a mejorar las relaciones interpersonales, las habilidades para comunicarse mejor, trabajar la dinámica familiar, también se ayuda a motivar en la participación del tratamiento de las drogas a los pacientes con dependencia de éstas, o se proponen estrategias para luchar contra el deseo de consumir, o también aportan estrategias de mejora en las recaídas.

Para el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010: 51), *“las investigaciones indican que las destrezas que aprenden los pacientes a través de los enfoques de la conducta cognitiva persisten después de terminar el tratamiento. En varios estudios, la mayoría de las personas que recibieron un enfoque de conducta cognitiva conservaron los logros que habían obtenido en el tratamiento durante el año siguiente”*.

En cuanto a la terapia de grupo e individual, pueden dar refuerzo social y promover la abstinencia, mejorar la calidad de vida y apostar por un estilo de vida sin drogas.

Pero el tratamiento es individualizado, es decir, que depende al completo de cada persona y de sus situaciones de vida y necesidades, ya que no hay ser humano igual que otro y por ello es necesario que se adapte a las características contextuales de cada individuo. Según indican las investigaciones del Proyecto MATCH (1997), un

factor clave en el éxito final del tratamiento es haber enlazado bien el tratamiento que se le va a dar a la persona con ésta misma.

En el caso del alcohol y su tratamiento, se basa en el apoyo de fármacos (fármacos anti-craving y fármacos interdictores o aversivos) para evitar la abstinencia y también es importante tener el apoyo de familiares y amigos, al igual que contar con un equipo de profesionales especializados y grupos de autoayuda.

Folkman y Moskowitz (2004) proponen tres maneras básicas de clasificar estos repertorios o estilos para afrontar situaciones, a pesar de que existan muchas clasificaciones: enfocándose en el problema o mejor en la solución del problema, centrándose en la emoción y evitando o rechazando la fuente que produce estrés. De este modo, el afrontamiento no implica necesariamente reducir el estrés o solucionar la situación problemática, afrontar es todo intento que realiza una persona para vérselas con algo que le genera malestar. En este sentido, afrontar puede ser desde consumir sustancias porque se está atravesando por un momento muy difícil en la vida, hasta construir una asociación de rehabilitación de personas drogadictas.

Por tanto, lo que considerado más adecuado y positivo es el afrontamiento porque lo que busca es una solución activa del problema, y por el contrario, las estrategias que se basan en la emoción o en la huida y la negación, resulta que han sido ineficaces a demostraciones y causan problemas secundarios a nivel social y personal. (Tugade, Fredrickson y Barrett, 2002).

4. PROYECTO DE INTERVENCION: “HABILIDADES SOCIALES EN PERSONAS DROGODEPENDIENTES ADULTAS”

Aunque este proyecto en concreto se centra en una intervención con personas adultas adictas a sustancias químicas o tóxicas, nos ha parecido importante abordar este tema desde edades tempranas como un factor protector o resiliente para prevenir precisamente verse afectado por contextos proclives al consumo.

Por eso ubicaremos el proyecto en el seno de una entidad española con la suficiente solvencia como para garantizar un cierto nivel de éxito: Proyecto Hombre. Ello nos permitirá destacar unos objetivos que basándonos en contenidos extraídos del entrenamiento en “inteligencia emocional” pero desde la aplicación de metodologías propias de la educación social, nos llevan a plantear siete acciones, en otras tantas sesiones, que creemos sirvan para abordar adecuadamente la cuestión que os ocupa.

4.1 Contextualización

La propuesta de intervención que expongo está enmarcada dentro del Programa Base de la Asociación Proyecto Hombre centrado en opiáceos y policonsumidores (Proyecto Hombre, 2017). Esta entidad sin ánimo de lucro que tiene como objetivo promocionar la salud y el bienestar de las personas en riesgo o situación de exclusión o de aquellas personas con especial vulnerabilidad, prestando especial atención a las personas afectadas por consumo de drogas u otras adicciones.

Desde su creación, en 1996, ha centrado sus programas en:

- La prevención de las adicciones en general.
- La rehabilitación.
- La reinserción de estas personas afectadas por problemas de adicción.

Dentro del Programa Base (Asociación Proyecto Hombre, 2017) existen diferentes etapas como parte del tratamiento en la rehabilitación de las personas adictas al policonsumo y a los opiáceos:

1. La primera etapa tiene lugar en un “Centro de Tratamiento Ambulatorio”. En este centro se permite el acompañamiento familiar y tiene lugar el manejo de contingencias, con objetivos muy centrados en control de la abstinencia, normas, límites y responsabilidades como son las referentes a horario, sueño, higiene, alimentación, control de la medicación etc.

2. La segunda etapa ocurre en una “Comunidad Terapéutica”. Esta etapa se realiza en un régimen residencial y en donde fundamentalmente se lleva a cabo un abordaje afectivo y cognitivo de los motivos y consecuencias de la adicción.

3. La última etapa es la que se denomina “Reinserción Sociolaboral” y que tiene por objetivo fundamental la consecución de la autonomía personal y social del usuario a todos los niveles. Es imprescindible en esta etapa el diseño de un proyecto personal de vida con planes de acción en las áreas familiar, social, ocio, salud, pareja etc. También se realiza en esta fase un entrenamiento en prevención de recaídas. Es un programa de alta exigencia, tanto en objetivos como en metodología, ya que para conseguir la alta terapéutica hay que completar satisfactoriamente las tres fases. Además, es necesario tener algún tipo de estructura social (incluyendo el apoyo familiar), para mantener los objetivos a largo plazo en el tiempo.

Este proyecto de intervención está enmarcado dentro de la segunda etapa del programa base, centrado en el método de comunidades terapéuticas, donde se va a realizar un abordaje cognitivo y afectivo de las consecuencias y motivos de la adicción.

Existen también programas específicos dadas las necesidades existentes, como programas de apoyo para consumidores de psicoestimulantes; el Programa Joven, para personas consumidoras de cannabis y alcohol, programas específicos para personas con problemas con dependencia alcohólica, entre otros. (Proyecto Hombre, 2017)

4.2 Objetivos

La intervención que se quiere llevar a cabo está centrada en la mejora de la autoestima, autonomía personal y de las competencias, definidas como *“la capacidad para movilizar adecuadamente un conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia”* (Bisquerra y Pérez, 2007: 68).

Se plantea como objetivo general “proporcionar a todas las personas destinatarias estrategias que les permitan desarrollar habilidades sociales con el fin de mejorar su situación personal y social”.

A nivel específico, trataremos de:

1. Fomentar la comunicación (verbal y no verbal) y la escucha activa, claves en las relaciones interpersonales.
2. Mejorar la autoestima y autoconocimiento de las personas drogodependientes.
3. Facilitar el manejo de las emociones y la toma de decisiones.
4. Identificar y aprender a gestionar las emociones
5. Favorecer la empatía para poder comprender a los demás.
6. Potenciar la asertividad.
7. Evaluar todo el proceso.

Estos objetivos específicos conectan, como es lógico, con los contenidos que hemos seleccionado para cada una de las sesiones y que veremos en detalle en el apartado 4.6.

4.3 Contenidos

Según Aparicio Villalba (1995: 127), *“uno de los factores en el inicio y consumo de drogas es la ansiedad experimentada ante situaciones interpersonales en cuya base podemos encontrar la ausencia de habilidades para expresar las emociones en forma adecuada. Ello explicaría las conductas de evitación en situaciones conflictivas de interacción social y el uso de drogas para desinhibir la emisión de ciertas conductas incompatibles con la ansiedad social”*

A través de los distintos talleres, que explicaré en detalle en el punto siguiente, y tomando como referencia a Daniel Goleman (1999), trabajaré seis dimensiones que constituyen su modelo mixto y según el cual la IE sería el resultado de una mezcla entre habilidades emocionales y rasgos de personalidad, ya que se pretende que los usuarios tengan una conducta socialmente habilidosa o que al menos esté algo trabajada. Estas dimensiones son:

1. Comunicación verbal y no verbal
2. Empatía

3. Autoconcepto y autoestima
4. Emociones
5. Interacción y relación asertiva
6. Ayuda, apoyo y cooperación.

Para Vicente Caballo (1987: 556), *la conducta socialmente habilidosa comprendería ese “conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”*

De acuerdo con la profesora de la Universidad de Valladolid, Inés Monjas (2000: 28), las habilidades sociales son las *“conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Implica un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos y no un rasgo de personalidad. Son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas”*.

Por otro lado y de acuerdo con el también profesor García Rojas (1999: 228), *“una adecuada conceptualización de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social: una dimensión conductual (tipo de habilidad), una dimensión personal (las variables cognitivas) y una dimensión situacional (el contexto ambiental). Diferentes situaciones requieren conductas diferentes”*.

4.3.1.- Comunicación verbal y no verbal

La comunicación es la transmisión de señales mediante un código común donde intervienen el emisor del mensaje y el receptor, estas pueden ser verbales o no verbales. El éxito de toda comunicación radica en el modo en que el que el emisor expresa y emite el mensaje y en cómo lo recibe el receptor, es decir la respuesta que este mensaje suscita.

En este sentido, la comunicación no verbal es fundamental. Podemos definirla como el conjunto de comportamientos que nos ofrecen información cuando no existen palabras como pueden ser la mirada, los gestos, la expresión facial, el contacto físico... En ocasiones esta comunicación puede expresar más e incluso de una manera más clara que la comunicación verbal, en la que se utilizan las palabras.

Por todo ello, es necesario aprender a expresar y reconocer los mensajes que el emisor emite a través de la comunicación no verbal para poder interpretar correctamente el mensaje que este nos quiere transmitir.

4.3.2.- Empatía

Para muchos autores la empatía es la capacidad de comprensión de los sentimientos de la otra persona. En esta línea, Hogan (1969) la define como el intento de comprensión de lo que pasa por la mente de los demás, es decir, la construcción que uno tiene que realizar sobre los estados mentales de las otras personas. Adoptar la perspectiva del otro es una forma de conocer sus sentimientos, la cual nos ayuda a tener mejores relaciones interpersonales.

Según Goleman (1999) la empatía está compuesta por cuatro elementos: la comprensión de los demás, el aprovechamiento de la diversidad, la orientación hacia el servicio y la conciencia política.

- Comprensión de los demás: Capacidad para sentir y comprender las emociones y los puntos de vida de la otra persona.
- Aprovechamiento de la diversidad: Esto significa saber aprovechar las diferentes oportunidades que nos ofrecen las personas, considerando la diversidad como una oportunidad.
- Orientación hacia el servicio: Significa reconocer e intentar satisfacer las necesidades de los otros, brindando la ayuda que sea necesaria.
- Conciencia política: Capacidad para percibir las relaciones emocionales y de poder en un grupo, percibiendo de un modo correcto la realidad externa e interna del grupo.

El desarrollo de esta capacidad es muy importante ya que en este proceso se necesita tener apoyos para así hacer frente al tratamiento y poder crear de nuevo redes de relaciones (familiares, de amistad...).

4.3.3.- Autoconcepto-autoestima

El **autoconcepto** se conceptualiza como un conjunto de elementos que utilizan las personas para describirse a sí mismas y que se forma a través de dos vías fundamentales: por un lado, por las experiencias que uno vive y las valoraciones que extraemos de ellas y por otro por las opiniones y valoraciones que nos llegando los demás.

Klausmeier y Goodwin (1990) hablan del autoconcepto o concepto de sí mismo en cuanto al individuo entiende como el yo, es decir, se refiere a la descripción más completa que somos capaces de hacer de nuestro yo actual.

Por otro lado, **autoestima** es definido por Luis Rojas Marcos (2007: 12) como: *“el sentimiento de aprecio o de rechazo que acompaña a la valoración global que hacemos de nosotros mismos”*. Es decir, la autoestima, es la valoración del autoconcepto, de la imagen que tiene una persona de sí misma.

Existen infinidad de definiciones del concepto de autoestima en función de los diversos autores que tratan este tema, pero todas ellas tienen un aspecto en común: su origen social.

Las personas no nacemos con una baja o alta autoestima, sino que esta se aprende a través de la interacción social con las personas que tenemos a nuestro alrededor: padres, amigos, compañeros de clase o de trabajo... Las personas construimos la autoestima a través de las experiencias.

Siguiendo en esta línea, José Vicente Bonet (1997) habla de las 6 “aes” de la Autoestima:

- Aprecio por uno mismo como persona
- Aceptación y reconocimiento realista y tolerante de sus limitaciones, fracaso y errores
- Afecto; esto es la actitud positiva hacia uno mismo, encontrarse bien consigo mismo
- Atención y cuidado de sus necesidades reales, tanto psíquicas como físicas-
- Autoconsciencia. Esto quiere decir conocerse y saber escucharse a uno mismo de una forma amistosa y positiva.
- Apertura hacia los demás, reconociendo que el ser humano es un ser social, lo que supone que no puede vivir aislado e independiente del resto.

En lo que a las personas drogodependientes se refiere, cabe destacar que uno de los problemas que tienen en cuanto a las habilidades sociales, es que poseen una percepción de sí mismos distorsionada, lo cual hace que su autoestima sea negativa y baja.

Las drogodependencias crean en la persona un estado de negación de la realidad tanto la de la suya propia como de la ajena, lo que les lleva a perder la percepción de lo que son y de lo que eran. La propia identidad se ve distorsionada durante el proceso de dependencia

Trabajar para conseguir un buen autoconcepto, y por lo tanto, una buena autoestima hará que la persona con problemas de drogadicción comience a reconstruirse de dentro hacia afuera, ayudando a superar los trastornos que conlleva esta dependencia.

Por esta razón hay que trabajar no solo en la creación de un buen autoconcepto, sino también de una autoestima positiva para lograr que estas personas se reconstruyan a sí mismas; es decir, que se creen un “yo ideal” (como les gustaría ser).

4.3.4.- Emociones

Las emociones son fenómenos de origen multicausal, las cuales se caracterizan por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada. Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno.

Por ello, debemos trabajar con estas personas en este campo, haciéndoles responsables de su recuperación para que de este modo puedan recuperar sus relaciones sociales anteriores y crear nuevas de un modo diferente, a través de la comprensión de las emociones, la expresión facial y la regulación de las emociones.

4.3.5.- Interacción y relación asertiva

La asertividad tiene que ver con factores emocionales e intrínsecos de la personalidad, así como con buena autoestima de las personas, ya que estas tienen una mayor facilidad para ser asertivas.

Por ello, se debe trabajar con las personas con problemas de drogodependencia, el desarrollo del estilo asertivo, en el cual las relaciones interpersonales cobran gran importancia ya que les ayudan a reforzar su imagen a nivel social, aprender a relacionarse de manera satisfactoria (emocionalmente a través de una buena comunicación) y a alcanzar sus objetivos.

En el aprendizaje de la asertividad, así como en su desarrollo destacan varias vertientes:

1. Toma de conciencia y auto reconocimiento de los derechos personales
2. Reivindicación de esos derechos, es decir, hacer que los demás les respeten
3. Respetar los de los demás.

4.3.6.- Ayuda, apoyo y cooperación

Forman parte de las conductas prosociales, estas son comportamientos que benefician a otros o que tiene consecuencias sociales positivas. Por ello, es importante que se desarrollen ya que beneficiara a las personas drogodependientes en sus relaciones dentro de su contexto interpersonal y hará que estos posean una postura activa.

4.4 Metodología

La metodología que se emplea para el desarrollo de competencias emocionales es preferible que sea mayormente práctica. Se basa en un trabajo colaborativo y cooperativo tanto de los profesionales que lo llevan a cabo, como de los destinatarios que participan en él, siendo estos últimos participantes activos en todas las dinámicas para facilitar sus aprendizajes. El hecho de que en las sesiones se haga participar y colaborar de manera dinámica y activa no quiere decir que los usuarios tengan que estar obligados a hablar de sus intimidades o de sus propias emociones sin su consentimiento en público, ya que no se trata de forzar a nadie en cuanto a aspectos emocionales, requiere de delicadeza, sensibilidad y vocación. El educador/a social si lo requiere apropiado podrá exponer sus experiencias propias para así aportarles un grado más íntimo de confianza y fomentar el refuerzo en el vínculo. Es importante que se haya

creado un ambiente cálido donde poder depositar la confianza de los usuarios al profesional para que puedan expresar cualquier emoción o experiencias personales sin reparo.

Desde la perspectiva de la Educación Social en la metodología de intervención tenemos en cuenta la teoría del aprendizaje de Bandura (1982) ya que considera al ser humano, en este caso a las personas adictas a cualquier sustancia tóxica, como el resultado de su conducta, sus interacciones personales y el medio o los ambientes que le influyen. Para Bandura el aprendizaje se produce en un ambiente interaccionista. Por ello es importante tomar como referencia el modelado en el proceso de aprendizaje de esta teoría tener y tener en cuenta los elementos nombrados que influyen tanto en las creencias como los valores, comportamientos o actitudes de los usuarios.

También está presente en cuanto a la metodología que se puede aportar en la Educación Social, la Teoría del Comportamiento Problemático y Desarrollo Social de Jessor y Jessor (1977), defiende que los comportamientos problemáticos en la adolescencia y las conductas de riesgo para la salud, como el consumo continuado de sustancias nocivas o la adicción, son señales de que existe una desviación hacia las conductas problema, denominadas así por dichos autores, las cuales forman un síndrome e intervienen factores concretos, relacionados los unos con los otros que les afectan.

A través de la puesta en marcha de esta metodología basada en gran parte en las teorías nombradas se pretende que los participantes vayan tomando conciencia de sí mismos y de su realidad para que estos sean capaces de transformarla; además se pretende que adquieran los conocimientos para poder comunicarse de manera efectiva con las personas que forman parte de su contexto sociocultural. Para ello el/la Educador/a Social fomentará la participación y guiará y mediará el proceso de aprendizaje de habilidades prosociales a través de las dimensiones que propone Goleman en su modelo mixto. (Goleman, 1996).

Los programas de Proyecto Hombre (2017) están basados en la filosofía humanista, mediante la cual se intentan localizar las causas que incitan a la persona a la adicción y trabajar desde un marco terapéutico-educativo, para conseguir una recuperación en su autonomía, su capacidad para tomar decisiones, el sentido de la responsabilidad con su propia vida y el entorno. Por consiguiente, la psicología sigue también los planteamientos humanistas, como Rogers o Maslow, con enfoques sistémicos, en donde se trabaja con el entorno y conjuntamente con las familias, o con personas cercanas a los usuarios que realizan la función de familia sustitutoria y abordajes cognitivo-conductuales.

4.5 Destinatarios

El proyecto está destinado a un grupo integrado por 22 personas adultas, afectadas por su dependencia a sustancias adictitas y todas usuarias de Proyecto Hombre.

A nivel diagnóstico se ha apreciado que precisan trabajar las habilidades prosociales, así como que adolecen un déficit emocional. El motivo de elegir a un número de personas determinado es porque el trato que proporcionan los/las dos educadores/as sociales con grupos más pequeños es más individualizado y cercano y proporciona resultados más satisfactorios en base a mi experiencia.

Para concretar algo más del perfil de los participantes podemos extrapolar a esta muestra de 22 usuarios los datos generales que aparecen en el “*Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*” (Presencio, 2016) y según el cual en nuestro grupo habría:

- cuatro mujeres y dieciocho hombres.
- la droga que se consumiría con más frecuencia sería el alcohol (once personas) seguidas de la cocaína (ocho participantes) y el cannabis (tres personas adictas).
- Las edades irían desde los 20 años a los 65 años si bien la media sería de 37 años en el caso de los varones y 39,6 en el caso de las mujeres (Imagen 1).

Figura 2: Perfil de las personas participantes en el tratamiento



Fuente: Presencio (2016: 49)

Un dato a destacar es que gran parte de las personas que han sido atendidas en Proyecto Hombre contaban con empleo los tres años antes del ingreso, aunque ha habido otro porcentaje más bajo que ha estado en paro o realizando tareas domésticas. Y cabe destacar que más de la mitad están casados/as. De este modo, el perfil con el que nos encontramos muestra la existencia de un cierto nivel de integración social en el entorno de trabajo y de familia.

En cualquier caso, la selección de las personas participantes en el proyecto se realizará de acuerdo con el criterio y asesoramiento del equipo técnico y multiprofesional de Proyecto Hombre, para que sean ellos los que deriven a los usuarios a este proyecto de intervención. De esta manera, se busca una adecuada selección de las personas adultas drogodependientes que necesiten reforzar y adquirir ciertas competencias y habilidades sociales, tanto como la mejora de la autoestima y la inteligencia emocional.

4.6 Desarrollo de los talleres

El desarrollo del proyecto a implantar se estructura en torno a siete sesiones llevadas a cabo a lo largo de dos meses. Al realizar estas sesiones de manera continuada a lo largo de siete semanas tendrá como finalidad consolidar las nociones básicas del desarrollo de habilidades sociales para mejorar su situación personal y social en las cuales se realizará lo siguiente:

1. Breve introducción del proyecto. Quiénes somos, por qué estamos aquí y qué pretendemos conseguir.
2. Cómo influyen las emociones en nuestros pensamientos.
3. Ejercicios para evaluarse a sí mismos y saber gestionar mejor las emociones.

En cuanto a la organización y planificación de estas sesiones se ha valorado que es preferible que haya proximidad entre ellas para que los usuarios no pierdan el hilo y vayan adquiriendo las competencias pertinentes de forma continuada.

Sesiones del Proyecto de Intervención

Se planteado varias sesiones, en concreto siete, que están distribuidas a lo largo de los meses de octubre y noviembre y se ha planteado realizarlas los lunes con una semana de espacio entre cada una de ellas, para que así sea una intervención socioeducativa llevadera y continua sin que resulte abrumadora. También se ha tenido en cuenta el orden en el que se ha planteado el trascurso de las sesiones, ya que lo primero es que vayan conociéndose entre ellos/as y ganando confianza a través de las dinámicas planteadas en las primeras sesiones y luego ir poniéndoles a prueba a través de dinámicas algo más complejas.

Los objetivos planteados para la presente intervención encuentran su perfecta correspondencia a lo largo de las sesiones que se han diseñado y que se pueden apreciar en la siguiente tabla:

Tabla 2: Correspondencia entre objetivos de la intervención y de las sesiones

<i>Objetivo general de la intervención</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Objetivos de las sesiones (operativos)</i>
<p>Proporcionar a todas las personas destinatarias estrategias que les permitan desarrollar habilidades sociales con el fin de mejorar su situación personal y social.</p>	<p>Fomentar la comunicación (verbal y no verbal) y la escucha activa, claves en las relaciones interpersonales.</p>	<p>Valorar las cualidades positivas de los individuos del grupo y expresar las emociones de manera individual (Sesión 1)</p>
	<p>Mejorar la autoestima y autoconocimiento de las personas drogodependientes.</p>	<p>Entrenar en el autocontrol o dominio de nosotros mismos y de los aspectos que tienen gran carga emocional de manera que se consiga un control sobre estos mismos y sobre nosotros/as, por ello es importante tener buena autoestima (sesión 2).</p> <p>Mejorar las actitudes y comportamientos que tenemos de nosotros mismos y conocernos de manera más completa y objetiva, pudiendo intercambiar diferentes puntos de vista, desde tus compañeros, hasta el propio educador/a (sesión 3).</p>
	<p>Facilitar el manejo de las emociones y la toma de decisiones.</p>	<p>Entrenar en el autocontrol o dominio de nosotros mismos y de los aspectos que tienen gran carga emocional de manera que se consiga un control sobre estos mismos y sobre nosotros/as, por ello es importante tener buena autoestima (sesión 2).</p>
	<p>Identificar y aprender a gestionar las emociones</p>	<p>Controlar y eliminar la aparición repentina de cogniciones estereotipadas y mecánicas, o pensamientos intrusivos, reduciendo su duración y frecuencia (sesión 4).</p>
	<p>Favorecer la empatía para poder comprender a los demás.</p>	<p>Potenciar las habilidades sociales, y en especial la empatía y favorece la calidad de las relaciones interpersonales. A su vez, se aprende a buscar las causas que originan diferentes situaciones de la vida cotidiana, cómo pueden sentirse aquellas personas</p>

		envueltas en el conflicto, y en última instancia, que intervengan para intentar mediar o solucionar esa determinada situación (Sesión 5).
	Potenciar la asertividad.	Entrenar en dejar que los demás sepan lo que sientes y piensas de una forma que no les ofenda, pero que al mismo tiempo te permita expresarte (Sesión 6).
	Evaluar el proceso de aprendizaje y de enseñanza	Reflexionar sobre el proyecto y evaluar lo que se ha adquirido y que se ha sentido (sesión 7).

Fuente: elaboración propia

Para ello, la Sesión 1 (tabla 3) trata de introducir la intervención mediante la dinámica “¿cómo me ven los demás?”, a través de la que tratarán de conocerse mejor entre ellos y de exteriorizar sus emociones.

Tabla 3: Introducción al proyecto de intervención

Sesión 1	
Nombre de la dinámica	“¿Cómo me ven los demás?”
Objetivo	Valorar las cualidades positivas de los individuos del grupo y expresar las emociones de manera individual.
Desarrollo	Cada participante tiene que escribir en un folio las cualidades que piensa sobre un miembro del grupo, escribiendo su nombre al lado de la cualidad y pasando el folio al compañero de al lado, por ello es importante que se coloquen en un círculo, hasta que llegue a la persona elogiada y así éste pueda ver todo lo que han escrito sus compañeros sobre él.
Material	Folios y lápices

Fuente: *elaboración propia*

Una vez hechas las presentaciones, y de haber tratado de profundizar en cómo identifican y gestionan sus emociones todos los participantes del grupo, en las siguientes sesiones (2 y 3), se abordaría el manejo de determinadas herramientas que

nos permiten desarrollar temas decisivos para el cumplimiento de los objetivos planteados en el proyecto de intervención: el autoconcepto y la autoestima. Para ello, la Sesión 2 (tabla 4) plantea una dinámica, “Mi yo en el futuro”, con la que se tratará de visualizarse dentro de unos años para así incitar a que planteen estrategias para llegar a cumplir los objetivos planteados y desarrollen el autocontrol y la imaginación, potenciando también la autoestima. La siguiente sesión (tabla 5) se trabaría con el autoconcepto, a través de la dinámica “Mi reflejo”, para expresar lo que sienten y piensan sobre sí mismos, es decir, el cómo se ven a sí mismos y también cómo les ven los demás.

Tabla 4: Autoestima y Autoconcepto. **Parte I:** Autoestima

Sesión 2	
Nombre de la dinámica	“Mi yo en el futuro”
Objetivo	Entrenar en el autocontrol o dominio de nosotros mismos y de los aspectos que tienen gran carga emocional de manera que se consiga un control sobre estos mismos y sobre nosotros/as, por ello es importante tener buena autoestima.
Desarrollo	Aumentar las posibilidades de alcanzar nuestros objetivos enseñando a controlar las emociones negativas a través del replanteo de una serie de preguntas sobre el futuro a los participantes. La primera fase consiste en que el educador mande cerrar los ojos y plantea preguntas como “¿Cómo te imaginas físicamente dentro de 7 años? ¿Cómo será tu situación sentimental? ¿En qué crees que trabajarás?”, etc. Los alumnos se contestan a estas preguntas de manera individual utilizando la imaginación. La segunda fase, consiste en que el educador, replantee si depende de lo que hagamos en el presente para tener un futuro u otro y de esta manera, hacerles ver que todo el mundo puede cumplir los objetivos que se marque, que son los que determinarán el futuro y para ellos deben tener claras sus metas. De esta manera, se motivará a las personas sobre el cumplimiento de éstos y se valorarán las cualidades personales de cada uno. Y la última fase y de forma individual, cada uno escribirá en un folio las metas y los objetivos que quieren conseguir, tanto a corto plazo como a largo.
Material	Folios y bolígrafos

Fuente: *elaboración propia*

Tabla 5: Autoestima y Autoconcepto. **Parte II:** Autoconcepto

Sesión 3	
Nombre de la dinámica	“Mi reflejo”
Objetivo	Mejorar las actitudes y comportamientos que tenemos de nosotros mismos y conocernos de manera más completa y objetiva, pudiendo intercambiar diferentes puntos de vista, desde tus compañeros, hasta el propio educador/a.
Desarrollo	El educador/a realizará preguntas relacionadas con cada integrante, al cual se le hará ponerse en frente de un espejo, y estas están relacionadas con su aspecto físico y su forma de ser para que al final expresen todo lo que sienten y se pueda así trabajar con las cualidades, fortalezas y debilidades de cada uno (Anexo I)
Material	Un espejo

Fuente: *elaboración propia*

Una vez abordados los temas de “autoestima” y “autoconcepto”, la siguiente sesión (Tabla 6) nos introduce en la gestión de los pensamientos perturbadores y, por otro lado, los pensamientos agradables, tratando de detener aquellas emociones negativas que dan lugar a pensamientos irracionales.

Tabla 6: Control de pensamiento. **Parte I y II:** Pensamiento automático y detección de pensamiento

Sesión 4	
Nombre de la dinámica	“Mi diario de pensamientos”
Objetivo	Controlar y eliminar la aparición repentina de cogniciones estereotipadas y mecánicas, o pensamientos intrusivos, reduciendo su duración y frecuencia.
Desarrollo	Hacer una lista de los pensamientos perturbadores y de las emociones que traen consigo dichos pensamientos. Además, haremos otra lista de contraste, con los pensamientos y emociones agradables. Escoger un estímulo de corte para condicionarlo con la respuesta asociada. Centrar la actividad en los pensamientos agradables y trabajarlos con apoyo de técnicas de relajación y respiración.
Material	Folios y bolígrafos; ordenador con música de relajación

Fuente: *elaboración propia*

La quinta sesión (tabla 7) aborda el tema de la empatía presentando situaciones conflictivas para que supieran ponerse en el lugar de cualquier persona afectada por algo y actuar de una manera u otra. La dinámica elegida es el Teatro Foro, concebida – en palabras de su creador- como una herramienta *“para conocer mejor el mundo en el que vivimos para poder transformarlo de la mejor manera. El teatro es una forma de conocimiento y debe ser también un medio de transformar la sociedad. Puede ayudar a construir el futuro, en vez de esperar pasivamente a que llegue”* (Boal, 2001: 24)

Tabla 7: Empatía

Sesión 5	
Nombre de la dinámica	“Teatro Foro”
Objetivo	Potenciar las habilidades sociales, y en especial la empatía y favorece la calidad de las relaciones interpersonales. A su vez, se aprende a buscar las causas que originan diferentes situaciones de la vida cotidiana, cómo pueden sentirse aquellas personas envueltas en el conflicto, y en última instancia, que intervengan para intentar mediar o solucionar esa determinada situación.
Desarrollo	Plantear una situación conflictiva que deberán representar mediante una dramatización en unos 2-3 min. aproximadamente. Se realizará su dramatización o representación teatral, y tras ella se realizará un debate sobre las causas del conflicto y sus posibles soluciones. Así, cualquier persona del grupo podrá sustituir a alguno de los actores de la representación para intentar solucionar el problema.
Recurso	Sala amplia

Fuente: elaboración propia a partir de *Boal, 2001*.

Una nueva sesión (tabla 7) permitiría el abordaje del tema de la asertividad planteando diferentes situaciones a las que los usuarios se les pondrá a prueba mediante un trabajo en grupos de cuatro personas (los dos restantes se incluirán dentro de cualquier grupo) para fomentar la cooperación y practicar estrategias como la lluvia de ideas.

Tabla 7: Asertividad

Sesión 6	
Nombre de la dinámica	“Asertividad”
Objetivo	Entrenar en dejar que los demás sepan lo que sientes y piensas de una forma que no les ofenda, pero que al mismo tiempo te permita expresarte.
Desarrollo	Ficha de trabajo (ANEXO 7)
Materiales	Folios y bolígrafos y sala amplia.

Fuente: *Longo (1999)*

Y, como remate de la intervención, se planea una última sesión (tabla 8) que propicie reflexionar y evaluar el itinerario seguido a lo largo estas semana y ello a través de un análisis DAFO en el que tratarán temas personales y grupales sobre las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que se les han ido planteando durante todo el proceso, desde el inicio hasta el final.

Tabla 8: Evaluación de la intervención

Sesión 7	
Nombre de la dinámica	“Mi trayectoria”
Objetivo	Reflexionar sobre el proyecto y evaluar lo que se ha adquirido y que se ha sentido.
Desarrollo	Realizar una síntesis de cada sesión de manera individual, en la que se realice una reflexión sobre lo que han adquirido, lo que más les ha gustado, lo que más les ha costado y cómo se han ido sintiendo a lo largo del proceso de todas las sesiones y de cada sesión en particular.
Materiales	Folios y bolígrafos

Fuente: *elaboración propia*

4.7 Temporalización

El proyecto se realizará en siete sesiones durante los meses de octubre y noviembre del 2017. Cada sesión del taller tendrá una duración de 2 horas, aproximadamente, adecuadas a las sesiones previstas. Aunque, lógicamente, se tratará de ser flexibles a la hora de adecuar la duración de cada sesión a las características individuales de sus destinatarios.

En anexos aparece el cronograma en el que se refleja la distribución de las sesiones a lo largo de los dos meses (Anexo II).

4.8 Recursos

Los recursos que se van a aplicar a lo largo de la propuesta de intervención son los siguientes:

- **Recursos humanos:** Dos educadoras sociales, que son quienes van a encargarse de todo el proceso durante los dos meses. Determinar este número viene dado porque en cada sesión, cada una tiene diferentes funciones de manera que tengan que complementarse la una en la otra y por si fuera necesario, tener otro punto de apoyo, ya que el trabajo con este tipo de colectivos a veces no es tan sencillo y pueden darse situaciones conflictivas o un tanto complicadas por ello es necesario el refuerzo de otra profesional.
En cuanto los usuarios establezcan confianza con éstas mismas, no tendrán que hacerlo con otra educadora nueva que viniera en otra sesión y de esta manera no se perdería tiempo tratando de conocerse y crear un buen clima. Este es otro de los motivos por el qué han de ir dos educadoras sociales en las mismas sesiones y no cuatro, de forma que se hagan turnos de dos alternando en cada una de ellas.
- **Recursos materiales:** material de oficina como folios, bolígrafos, lapiceros, etc, ordenadores, un espejo.
- **Recursos espaciales:** se precisará de un aula amplia, suficientemente grande como para entrar las 22 personas cómodamente, con buena iluminación y acondicionada con mesas y sillas para un óptimo desarrollo de los talleres. Este espacio será cedido por Proyecto Hombre.
- **Recursos económicos:** El proyecto contará con los recursos aportados por la Asociación “Proyecto Hombre” gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad tras concurrir a la convocatoria de subvenciones destinadas a programas de apoyo al mantenimiento de redes de servicios de atención sociosanitaria, concretamente las relacionadas con adicciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Por lo tanto, para las personas que participen en este proyecto no supondrá ningún coste.

4.9 Evaluación

La evaluación que se llevará a cabo tendrá como objetivo analizar la adecuación de la propuesta metodológica aplicada dentro del proyecto de intervención en la segunda etapa del Programa Base de Proyecto Hombre. Es muy importante la realización de esta ya que hay que considerar si se han cumplido los objetivos propuestos contrastándolos con los objetivos realmente logrados, tanto de manera grupal como individual.

Va a tener lugar en tres momentos: al inicio, durante el proceso y al final.

Evaluación inicial: en la cual se evaluarán las necesidades de las personas participantes antes de comenzar el proyecto y se realizará otra evaluación por parte de los participantes para detectar mejor sus necesidades y las habilidades que quieren conseguir.

Esta evaluación se realizará a través de:

- Observación directa de los educadores hacia los participantes, observando comportamientos, formas de expresión oral, habilidades sociales....

- Cuestionario: se recurrirá a la escala multidimensional EMES de expresión social cuyo autor es Caballo (1987), a través de la cual se evaluarán las habilidades sociales. Se centra en dos tipos de conducta que aparecen reflejadas en los Anexos. (Anexo III).

- **Evaluación en el desarrollo del proyecto (evaluación continua):** para llevar a cabo esta evaluación se utilizarán diferentes herramientas de seguimiento como son:

- Cuaderno de seguimiento: en el cual el educador social que lleve a cabo la intervención apuntará las actividades diarias, los temas tratados, la consecución de las actividades, la participación de los destinatarios, si ha ocurrido algún tipo de incidencia y si los destinatarios han hecho algún tipo de sugerencia.

- Tomará además anotaciones en un diario las observaciones oportunas sobre las actividades que se realizan en las diferentes sesiones.

- **Evaluación final:** se volverá a realizar el cuestionario EMES-C y EMES-M para observar si se han obtenido avances o si por el contrario existe un retroceso en cuanto al aprendizaje de habilidades sociales. Por lo tanto, será necesario realizar una comparativa con el cuestionario realizado a modo de evaluación inicial.

Por otra parte, el educador social responsable elaborará una ficha de evaluación por objetivos, la cual completará al final de la intervención para verificar si se han alcanzado los objetivos por parte de los usuarios que se valorará mediante una escala numérica del 1 al 5 (Anexo IV).

Los objetivos a evaluar son los siguientes:

1. Fomentar la comunicación (verbal y no verbal) y la escucha activa, claves en las relaciones interpersonales.
2. Mejorar la autoestima y autoconocimiento de las personas drogodependientes.
3. Facilitar el manejo de las emociones y la toma de decisiones.
4. Identificar y aprender a gestionar las emociones
5. Favorecer la empatía para poder comprender a los demás.
6. Potenciar la asertividad.

Para poder realizar esta evaluación de una forma objetiva y precisa, se recurrirá a una serie de indicadores que muestren el grado de éxito. En primer lugar se usarán los cuestionarios de la evaluación inicial y final para evaluar el progreso de habilidades sociales entre los participantes mediante las respuestas realizadas en ellos, es decir, si en los cuestionarios proporcionados en la evaluación inicial los participantes obtienen una puntuación por debajo de la media, y observamos que en los realizados a finalizar los talleres esta puntuación está por encima o a aumentado considerablemente, quiere decir que la intervención ha sido exitosa. En segundo lugar, un dato que puede ayudar a apreciar la incidencia de los talleres en los participantes desde el punto de vista de conocimientos y habilidades adquiridas, son los datos de recaídas en Proyecto Hombre; desde este punto de vista, se tendrá en cuenta esta información durante el año anterior a los talleres y durante los seis meses posteriores a la realización de esta intervención. Y en tercer y último lugar, se tendrá en cuenta el dato más obvio y accesible de todos: la participación en el curso (variaciones en el número de participantes al inicio y al final).

Además, también se contará con la participación de los destinatarios, para lo cual les pasaremos una encuesta de satisfacción para que evalúen la intervención y una rúbrica para que se auto-evalúen.

-La encuesta de satisfacción se valorará a través de una escala numérica (del 1 al 5) (Anexo III), y se evaluarán los siguientes aspectos:

- Los contenidos han sido los adecuados.
- La intervención y explicación de las informaciones realizadas por el educador social ha sido la adecuada.
- Los contenidos han resultado útiles.
- Han conseguido alcanzar los objetivos.
- La organización de las actividades se ha adaptado a tu disponibilidad.
- Los contenidos están adecuados a tus necesidades.
- La organización del curso ha sido adecuada.
- Observaciones.

-La rúbrica se valorará del 1 al 5, donde los usuarios se valorarán como han ido adquiriendo las siguientes competencias.

- Expresar y reconocer los mensajes que el emisor retransmite a través de la comunicación (verbal y no verbal) e interpretarlo de manera correcta.
- Ponerse en el lugar del otro. Entender y conocer sus sentimientos.
- Crear un buen autoconcepto y una autoestima positiva.
- Comprensión y expresión de las emociones.
- Regular las emociones.
- Utilización de la asertividad.

5. CONCLUSIONES

Este proyecto de intervención, concebido para el desarrollo de las habilidades sociales en personas drogodependientes adultas, busca contribuir a hacer posible un mundo mejor en donde las drogas no hagan ser el centro de ser o no ser de una persona, sino que cada ser humano tome las riendas de su vida a través de una buena educación basada en el desarrollo de la inteligencia emocional desde edades tempranas y de una educación continua, a lo largo de toda la vida. Consiste en mejorar nuestras capacidades y habilidades, ya sea informándonos, o llevando a la práctica todos los conocimientos recapitulados a través de un entrenamiento diario, lo cual requiere de un esfuerzo y de una autorregulación donde las emociones son las protagonistas de gran parte de la toma de decisiones. Se trata de saber regular estados de ánimo para así obtener mejores resultados en la elección de los caminos que tomamos durante toda nuestra vida, a pesar de cualquier circunstancia, porque la vida es una lucha constante con uno mismo y con el resto de adversidades que te ponen a prueba a diario.

La creación de este proyecto de intervención me ha posibilitado el desarrollo de una serie de competencias como educadora social, entre las que resalto por el grado de interés que ha suscitado en mí, la identificación y emisión de juicios razonados sobre la drogadicción, uno de los mayores problemas de la sociedad actual con el objetivo de mejorar la práctica profesional, sin olvidarnos del diagnóstico de situaciones complejas, de manera que no solo se priorice la sustancia tóxica que se consuma, sino que se analice también el entorno, las circunstancias de la persona y el resultado de sus conductas, siendo éste el fundamento del desarrollo del diseño del proyecto en la modalidad presencial. A través de éste, también hemos puesto en marcha un diseño y una evaluación de los medios didácticos que se han empleado en la intervención socioeducativa, basándonos en el desarrollo de las habilidades sociales en personas drogodependientes ya que existen grandes lagunas a nivel personal de dichas habilidades y se pueden trabajar determinadas áreas desde este campo que están relacionados directamente con la función del educador/a social, como la autoestima, el autoconcepto, la comunicación verbal y no verbal, la relación asertiva, la empatía, el trabajo en equipo o cooperación o las emociones, entre otras. Son personas con grandes carencias afectivas y emocionales que necesitan que alguien crea en ellos y les ofrezca confianza para hacerles ver que realmente pueden acabar con su adicción, haciéndoles partícipes de la vida y no marginándolos socialmente.

Desafortunadamente, hay gente más vulnerable que otra a aferrarse en cualquier tipo de adicción, aparte de ser también otros los motivos, y por ello son necesarios este tipo de proyectos en el contexto de programas que crean y confíen en la rehabilitación de una persona drogodependiente y en la reinserción al mundo social y laboral.

Quisiera dar fin a este proyecto reflejando mi filosofía sobre el funcionamiento emocional de las personas a través de unos versos del poema “Como tú” de León Felipe (1920: 104-5), en el que pretendo dar a entender que todos tenemos el mismo derecho a equivocarnos, caer, recaer y levantarnos, pero cargados de nuevos aprendizajes para lograr toda meta propuesta, que al fin y al cabo viene a ser el manual de instrucciones de cualquier ser humano.

*“Así es mi vida,
piedra,
como tú.*

*Guijarro humilde de las carreteras;
como tú-,
que en días de tormenta
te hundes
en el cieno de la tierra
y luego
centelleas
bajo los cascotes
y bajo las ruedas”.*

Todos tenemos una luz que está en todo momento en nuestro interior. Sin embargo, algunos olvidan donde alberga y apagan el interruptor pensando que ya se ha fundido. Yo, como educadora social, quiero alimentar esa luz o volver a encender el interruptor para que todo ser humano sea capaz de brillar. Es decir, sagnar ese centelleo para que se convierta en rayo.

Y no quisiera rubricar este apartado de conclusiones, sin un pequeño elenco de agradecimientos:

- Al tutor del presente TFG la dedicación, esfuerzo e interés mostrados como profesional de la educación social en este trabajo de fin de grado y como persona, poseedor de un gran corazón.
- A mi familia por haber hecho posible cumplir uno de mis sueños, ser educadora social, ya que sin ellos no hubiera podido llegar donde estoy ahora.
- Y a mis amigas/os y novio, por haberme aguantado y apoyado a lo largo de estos estupendos, pero también dificultosos cuatro años, en algunos momentos.

6. ANEXOS

Anexo I: Marco legal básico

La legislación en materia de regulación de las drogas y sus adicciones es abundantísima tanto a nivel nacional como autonómico o local, y eso sin contar las innumerables directrices dictadas por los organismos internacionales. El Plan Nacional sobre Drogas (2017) ofrece una completa guía en formato electrónico. En el siguiente cuadro enumeramos algunas de las referencias legislativas de obligado conocimiento.

- Ley 17/1967 de Estupefacientes: **Ley 17/67**.
- Ley 339/1990 sobre Tráfico, Circulación de Vehículos de Motor y Seguridad Vial: **Ley 339/90**.
- Ley 25/1990 del Medicamento: **Ley 25/90**.
- Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana: **Ley 1/92**.
- Ley 5/1997, de reforma del texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a motor y Seguridad Vial: **Ley 5/97**.
- Ley Orgánica 10/95, **Código Penal**.
- Ley 18/1998, sobre prevención, asistencia e inserción en materia de drogodependencias: **Ley 18/98** (Comunidad Autónoma de Euskadi).
- Ley Orgánica 5/2000, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores¹: **Ley 5/2000**.
- Real Decreto 1428/2003 sobre Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto aprobado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a motor y Seguridad Vial: **Real Decreto 1428/03**.
- Decisión Marco 2004/757/JAI, del Consejo de la Unión Europea relativa al establecimiento de disposiciones mínimas a los elementos constitutivos de delitos y las penas aplicables en el ámbito del tráfico de drogas: **DM 2004/757**.
- Real Decreto 1774/2004, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores: **Reglamento 1774/04**.
- Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco: **Ley 28/05**.

Fuente: Arama y Germán, 2007: 7

Anexo II: Preguntas a realizar

- ¿Qué ves en el espejo?
- ¿Cómo es la persona que te mira desde el espejo?
- ¿Lo conoces?
- ¿Qué cosas buenas tiene esa persona?
- ¿Qué cosas malas tiene quien te mira desde el espejo?
- ¿Qué es lo que más me gusta de esa persona?
- ¿cambiarías algo de la persona del espejo?

Anexo III Cronograma con la distribución de las sesiones

OCTUBRE 2017						
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

NOVIEMBRE 2017						
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Sesión 1: Introducción al proyecto de intervención

Sesión 2: Autoestima y Autoconcepto. Parte I: Autoestima

Sesión 3: Autoestima y Autoconcepto. Parte I: Autoconcepto

Sesión 4: Control de pensamiento. Parte I y II: Pensamiento automático y detección de pensamiento

Sesión 5: Empatía

Sesión 6: Asertividad

Sesión 7: Evaluación de la intervención

Anexo IV: Escala Multidimensional EMES

- *Conductas motoras (EMES-M)*. Compuesto por 64 ítems distribuido en los siguientes factores:
 - Iniciación de interacciones
 - Hablar en público o enfrentarse a superiores
 - Defensa de los derechos del consumidor
 - Expresión de molestia, agrado, enfado
 - Expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto
 - Expresión de molestia y enfado hacia familiares
 - Rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto
 - Aceptación de cumplidos
 - Tomar la iniciativa en relación con el sexo opuesto
 - Hacer cumplidos
 - Preocupación por los sentimientos de los demás
 - Expresión de cariño hacia los padres
- *Conductas cognitivas (EMES-C)*. Compuesto por 44 ítems distribuido en los siguientes factores:
 - Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores
 - Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones
 - Temor a hacer y recibir peticiones
 - Temor a hacer y recibir cumplidos
 - Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto
 - Temor a la evaluación negativa por parte de los demás al manifestar conductas negativas
 - Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas
 - Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos
 - Preocupación por la impresión causada en los demás
 - Temor a expresar sentimientos positivos
 - Temor a la defensa de los derechos
 - Asunción de posibles carencias propias

Anexo V: Escala numérica

- 1: significa objetivo no cumplido.
- 2: objetivo cumplido de manera limitada.
- 3: objetivo cumplido de manera limitada (se acerca a la adquisición de los resultados esperados).
- 4: objetivo cumplido (se obtienen los resultados esperados).
- 5: objetivo cumplido satisfactoriamente.

Anexo VI: Entrenamiento en asertividad

Por grupos, elaborar un guion de respuesta asertiva en cada una de estas situaciones de manera que haya que representarlo ante los demás.

- Situación 1. Un amigo te pide que le hagas un favor: que le lleves en tu moto durante el cambio de clase a su casa a por el cuaderno de lenguaje que necesita para la clase siguiente.
- Situación 2. Al pagar en el bar del Instituto te devuelven 20 pesetas de menos.
- Situación 3. Tu profesor, enfadado, te dice que has vuelto a suspender y que no das ni golpe. Tu habías estudiado mucho para ese examen.
- Situación 4. Tu amiga Pepa te cae muy bien pero apenas se fija en ti. Quieres decirle algo agradable.
- Situación 5. Los compañeros de clase que se sientan detrás de ti no paran de cuchichear en clase y te distraen,
- Situación 6. Un compañero se burla de ti por tu nuevo corte de pelo. Respondes asertivamente.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, R. (2009). *Psicología de la felicidad. Introducción a la psicología positiva*. Lima: Editorial Universitaria. [consulta: 24/05/2017]

Alcalde Cayón, C. (2015) *Inteligencia emocional para rehabilitación personal de un drogodependiente*. Trabajo de Fin de Grado tutorizado por J. J. Callejo González. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/10628/1/TFG-G%201060.pdf> [consulta 24/05/2017]

Alexander, B (2008). *The Globalisation of Addiction. A study in Poverty of the Spirit*. Citado por Hari, J (2015) *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Barcelona: Paidós.

Aparicio Villalba, E. (1995). “Proyecto de habilidades sociales en toxicómanos” en Rodríguez Gil, F; León Rubio, J y Jarana Expósito, L. *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Arama, X y Germán, I (2007) *Guía informativa sobre legislación en materia de drogas*. Victoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Arguís, R; Bolsas, A.P; Hernández, S y Salvador, M.M. (2011). “Aulas Felices”. *Revista Amazónica*, vol VI (1), 62-87. Recuperado de

https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjPn7WBtfzUAhXGUhQKHeYcC9sQFggjMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.uniri-oja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3915945.pdf&usg=AFQjCNFJ3r7sWb_PckYjm2xbBhDmRSUfpQ&cad=rja [consulta 07/07/2017]

Arias, F (2012) “Consumo de cannabis y psicosis”. En Curso Actualización Pediatría 2012. Recuperado de http://cursosaeppap.exlibrisediciones.com/files/49-90-fichero/9%C2%BA%20Curso_Consumo%20de%20cannabis.pdf [consulta 2/6/2017]

Arias, F. y Ramos, J.A. (coord) (2008). *Casos clínicos en psiquiatría relacionados con el consumo de cannabis*. Madrid: Sociedad Española de Investigación en cannabinoides. Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4ª ed.)*. Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing

Asociación Americana de Psiquiatría (2014) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf> [consulta 27/5/2017]

Asociación Proyecto Hombre (2017). *Prevención y tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones*. Recuperado de <http://proyctohombre.es/> [consulta: 10/06/2017]

Bandura, A y Rivièrè, A (1982). *Teoría del Aprendizaje Social*. España: Espasa Calpe.

Bisquerra y Pérez Escoda (2007) “Las competencias emocionales”. En *Educación XXI*. 10, 2007, pp. 61-82. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXXI/article/view/297/253> [consulta 26/5/2017]

Boal, A (2001) *Teatro del Oprimido. Juegos para actores y no actores*. Barcelona: alba Editorial.

Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Ed. S. XXI.

Caballo, V. E. (1987). *Teoría, Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Madrid: Promolibro.

Casas, M; Pérez de los Cobos, J; Salazar, I y Tejero, A (1992) “Consideraciones Sociales de la Drogodependencia” en Balarezo, L *Drogas y su impacto en la sociedad. Curso Taller*. Babahoyo: Universidad Técnica. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/73217535/TALLERES> [consulta 20/5/2017]

Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para Plan Nacional de Drogas (2007) *Informe sobre Alcohol*. Informes de la Comisión Clínica, 2. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/116.pdf> [consulta 7/7/2017]

De la Sienna, A. (2007). “Sobre la felicidad, las teorías y un mundo mejor”. En *Tópicos. Revista de Filosofía*, (33), 205-214.

Delgado, E; Pablos, M.L.; Sánchez, D (2009) “DINO” *Educación Preventiva sobre drogas para preadolescentes. Tercer Ciclo de la Educación Primaria*. Sevilla: Junta de Andalucía.

Dirección General de españoles en el Exterior y de Asuntos Consulares y Migratorios, del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2016) “Nota de Prensa”. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3985>

Felipe, L (1920) “Versos y Oraciones del Caminante” en Ascunde, J.A. y Torrent, E. (1983) *Antología Poética*. Santiago de Compostela: Ediciós do Castro.

Fernández-Berrocal, P y Extremera, N (2009). “La Inteligencia Emocional y el estudio de la felicidad”. En *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 85-108.

Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). “Coping: Pitfalls and Promise”. En *Annual Review of Psychology*. 55: 745-774. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456> [consulta 7/7/2017]

García Rojas, A. D. (2010) “Estudio sobre la asertividad y las habilidades sociales en el alumnado de Educación Social”. En *XXI, Revista de Educación*, 12 (2010). ISSN: 1575 - 0345. Universidad de Huelva.

Gardner, H. (2011). *Inteligencias Múltiples: La teoría en la práctica*. España: Paidós ibérica.

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

Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

Hari, J (2015) *Tras el grito. Un relato revolucionario y sorprendente sobre la verdadera historia de la guerra contra las drogas*. Citado por Pato, I (2015) “Solo hay algo peor que la cocaína y heroína: que estén prohibidas”. En *PlayGround* de 2/7/2015. Recuperado de http://www.playgroundmag.net/noticias/actualidad/Tras_el_grito-narcotrafico-war_on_drugs- Johann_Hari-Chasing_the_scream_0_1564043581.html [consulta 9/7/2017].

Hogan, R. (1969). *Development of an empathy scale*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307–316. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/33/3/307/> [consulta 20/06/2017]

Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (2014) *Victimas mortales en accidentes de tráfico. Memoria 2014*. Madrid: Ministerio de Justicia. Recuperado de <http://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/Documents/150508%20Memoria%20TR%20C3%81FICO%202014.pdf> [consulta 3/6/2017]

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010) *Principios de Tratamientos para la Drogadicción. Una Guía basada en las Investigaciones*. Recuperada de <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf> [consulta 7/7/2017]

Jessor, R., y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development a longitudinal study of youth*. New York: Academic. Recuperado de <http://www.popline.org/node/499076> [consulta 8/7/2017]

Klausmeier, H. J., Goodwin, W. (1990). *Psicología educativa. Habilidades humanas y aprendizaje*. México: Harla.

Longo, J (1999) “Asertividad y habilidades sociales. Sesión introductoria”. Recuperado de <http://idd00f0b.eresmas.net/Docus/Asertividad.PDF> [consulta 4/7/2017]

Martin Caballero, A. R. (2010) *Evaluación y Entrenamiento en Competencia Social con personas drogodependientes*. Las Palmas: Gobierno de Canarias.

Matia Portia, V (coord.) (2016) “Guía Docente: Trabajo de Fin de Grado (Educación Social). Curso 2016-2017. Valladolid: Facultad de Educación y Trabajo Social.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) *Real Decreto 536/2013, de 12 de julio, por el que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones estatales destinadas a la realización de programas de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas en el ámbito de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad*. En B.O.E. de 13 de Julio de 2013. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2013/07/13/pdfs/BOE-A-2013-7713.pdf> [consulta 08/07/2017].

Monjas Casares, I (2000) *Programa de Enseñanza de Habilidades de Interacción Social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Valladolid: CEPE/Autor.

Morandeira, V (2012). “Los 9 Pilares de Resiliencia”. En *Coaching para protagonistas* Recuperado de <https://coachingprotagonistas.wordpress.com/2013/07/23/los-9-pilares-de-la-resiliencia/> [consulta: 07/07/2017]

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2015). *Edades 2015-2016. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf [consulta 1/6/2017]

Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (2016²). *Informe sobre el Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf [consulta 7/7/2017]

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2016¹). *Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y Novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001ESN.pdf> [consulta 22/5/2017]

ONU (2006) *Informe Mundial sobre las Drogas*. Vol 1 Análisis. Recuperado de https://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr06_spanish_vol1.www.pdf [consulta 7/7/2017]

Organización Mundial de la Salud (1955). *Alcohol y alcoholismo. Informe de un Comité de Experto*. Serie de Informes Técnicos nº 94. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (1994) *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf [consulta 27/5/2017]

Organización Mundial de la Salud (2014) *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxemburgo: autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1 [consulta 23/5/2017]

Plan Nacional sobre Drogas (2017) *Legislación española sobre drogas*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf [consulta 29/6/2017]

Presencio, E (coord.) (2016) *Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*. Madrid: Fundación Proyecto Hombre.

Project MATCH: Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client group heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.

Rizzolatti, G. Y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

Rojas, L (2007). *La autoestima*. Barcelona, España: S.L.U. Espasa Libros.

Salovey, P, y Mayer, J.D. (1990). *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211. Recuperado de <http://dmcodyssey.org/wp-content/uploads/2013/09/EMOTIONAL-INTELLIGENCE-3.pdf> [consulta 03/05/2017]

Sanz Gabriel, F (coord.) (2006) *Manual de Actividades Grupales para personas en tratamiento por drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Schuckit, M. A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. 5ª ed. Nueva York: Plenum Medical Book Company, p. 4.

Seligman, M. E. P. (2002). *La auténtica felicidad*. Barcelona, España. Ediciones B. [consulta 30/5/2017]

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well-Being*. EE. UU: Free Pr. Recuperado de https://www.mann-ivanov-ferber.ru/assets/files/bookparts/flourish/put_read.pdf [consulta 07/07/2017]

Sigma Dos (2006) III Macroencuesta sobre la Violencia contra las mujeres. Informe de Resultados. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220373748592&ssbinary=true> [consulta 2/6/2017]

Tugade, M.M., Fredrickson, B. L., Barrett,L (2002). *Positive emotions and emotional intelligence*. En: Barrett,L., Salovey P, editores. *The wisdom of feelings* (319–340). New York: Guilford.

Universidad de Málaga. Recuperado de http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/PDF35estudio_felicidad.pdf [consulta 21/5/2017]

Verdejo-García, A., y Bechara, A. (2009). "A somatic marker theory of addiction". En *Neuropharmacology*, 56, 48-62. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2635337/> [consulta 25/5/2017]

Vicente, J (1997). *Sé amigo de ti mismo. Manual de Autoestima*. Bilbao: Sal Terrae.

Volkow, N. D (2001) "Las drogas y el cerebro: implicaciones para la prevención y el tratamiento de la adicción". Recuperado de <http://cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=105> [consulta 30/5/2017]