



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE EMOCIONES EN LAS ADICCIONES A SUSTANCIAS EN ADULTOS

Investigación Teórica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Rocío Sánchez Benavides

Director: Dr. Ricardo Sánchez Medina

Dictaminadores: Mtra. Selene Domínguez Boer

Dra. Consuelo Rubí Rosales Piña



Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, Junio de 2020.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

La búsqueda de nuevas vías de prevención o abandono del consumo de drogas y otras adicciones es incesante, ya que las que actualmente se manejan siguen siendo insuficientes para cubrir todos los objetivos preventivos. El objetivo de este trabajo fue analizar diferentes estudios respecto a cómo el manejo adecuado de las emociones negativas puede incidir significativamente en el abandono del consumo de drogas. En este trabajo se realiza una investigación teórica de varios artículos sobre intervención cognitivo-conductual para el manejo de emociones en las adicciones a sustancias en adultos, así como una revisión sobre la relación entre emociones y adicciones, la inestabilidad emocional y la respuesta emocional. Posteriormente, se realiza un análisis sobre diferentes intervenciones cognitivo conductuales para terminar con una propuesta de intervención.

Palabras clave: adicciones, emociones negativas, cognitivo conductual.

Contenido

1. La adicción a sustancias	4
1.1 Cigarro	5
1.2 Alcohol	5
1.3 Drogas.....	6
2. Emociones negativas	7
2.1 Enojo.....	8
2.2 Tristeza	8
2.3 Ansiedad	9
2.4 Odio	9
2.5 Rencor.....	10
3. Relación entre las emociones y las adicciones	10
3.1 Inestabilidad emocional.....	11
3.2 Respuesta emocional.....	11
4. Intervención cognitivo conductual para el manejo de emociones en las adicciones a sustancias en adultos.....	12
5.Propuesta	16
5.1 Justificación	16
5.2 Objetivo del taller	16
5.3 Cartas descriptivas.....	16
Conclusiones.....	28
Referencias:	28

INTRODUCCIÓN

Cerca de 200 millones de personas en el mundo son adictas a las drogas ya que estas ofrecen un escape de la realidad, un paraíso ficticio. La dependencia a las drogas no respeta sexo, edad, o condición social; algunos de los factores que inciden en el uso de las drogas son la violencia, la desintegración familiar, el materialismo, el desempleo, la influencia de los medios de comunicación, la moda, el estrés, las dificultades económicas, el egoísmo y la intolerancia (Cañal, 2003).

De acuerdo con Santos (2016) el consumo de drogas es un problema que afecta a millones de familias en todo el mundo, no solo de manera económica sino también en el ámbito de la salud, ya que afecta la vida pacífica de las familias, promueve la desintegración familiar y ocasiona trastornos mentales en los consumidores. Los individuos adictos a sustancias son los que demandan mayores servicios de internamiento así como de personal especializado en este tema de enfermedades mentales. El consumo de drogas es cada vez más frecuente en esta época moderna y se espera que el número total de consumidores aumente en una cuarta parte antes de 2050.

Cañal (2003) nos comparte que en México la adicción se ve como una enfermedad progresiva, incurable y mortal, mientras que en Europa y algunas partes de Estados Unidos se ve como una conducta aprendida que se puede desaprender. El tratamiento es distinto en ambos casos.

Se tiene dos tipos de mente, la racional y la emocional; cuando una emoción es muy intensa solo funciona la emocional y la racional deja de funcionar, existe un secuestro neuronal, de tal forma que se deja de pensar con raciocinio y se pueden llegar a cometer muchos errores o tomar malas decisiones durante este fenómeno (Goleman, 2010).

Salmurri (2004) reporta que el objetivo de la educación emocional es enseñar a las personas a manejar sus emociones negativas mediante el autocontrol con el fin de que no caigan en adicciones de ningún tipo y puedan mantenerse saludables y felices teniendo buenas relaciones con las personas que los rodean, por eso es importante analizar las intervenciones cognitivo conductual centradas en el control de emociones negativas en la adicción a sustancias en adultos, que permitan el diseño de una propuesta de intervención que sea eficaz. Esto es de suma importancia ya que las personas necesitan tener el control de sus emociones negativas para poder evitar caer en adicciones y por lo tanto poder vivir una vida más saludable; con base en lo anterior, el objetivo del presente trabajo es analizar las intervenciones cognitivo-conductual centradas en el control de emociones negativas en la adicción a sustancias en adultos para generar una propuesta de intervención.

1. La adicción a sustancias

Existen diferentes tipos de adicciones, primero se analizará las de tipo comportamental y después las de consumo de sustancias. Granados, Osorio y Agudelo (2016) definen las adicciones comportamentales como trastornos de dependencia a actividades que no implican el consumo de sustancias tóxicas, se le denominan, drogas sin drogas, por ejemplo: actividades que le generan placer a la persona de manera reiterada hasta que se convierten en un hábito por más irracional que este parezca y sin importar las implicaciones que pueda traer consigo, se convierte en una dependencia psíquica. Las adicciones comportamentales son la muestra de un deficiente autocontrol de la conducta de los sujetos.

La adicción a las drogas es como un deseo dominante e irresistible por consumirlas y obtenerlas a como de lugar (Mendoza & Vargas, 2017). Anteriormente se creía que la adicción a sustancias era una enfermedad cerebral o que se tenía una predisposición genética y después se descubrió que se debía a múltiples razones; el inicio del consumo de drogas es voluntario, sin embargo, su uso conlleva cambios cerebrales a nivel neuroquímico lo cual hace difícil dejarlas provocando una actitud compulsiva por consumirlas. La adicción es parecida a otras enfermedades, como por ejemplo las enfermedades del corazón, tiene serias consecuencias dañinas, es prevenible, tratable y si no se trata puede durar toda la vida, se recomienda tratamiento conductual y farmacológico (Becoña, 2016).

Laurica (2017) menciona que las adicciones pueden afectar a todas las edades, aunque el grupo más vulnerable es el de los adolescentes, ya que en esta etapa el cerebro aún no ha terminado su proceso de maduración y los jóvenes desean buscar sensaciones nuevas y emociones fuertes.

Existen diferentes tipos de sustancias adictivas, a continuación se profundizará en el cigarro, el alcohol y las drogas, ya que son unas de las más populares.

1.1 Cigarro

El cigarro es un cilindro hecho con hojas de tabaco secas y enrolladas el cual contiene ciertos químicos tales como nicotina, arsénico, metanol, amonio, cadmio, monóxido de carbono, formaldehído, butano y cianuro de hidrógeno. Es el único producto de consumo legal que enferma y mata; las consecuencias de fumarlo son enfermedades tales como las cardiovasculares, las cerebrovasculares, cáncer, hipertensión arterial, ictus, insuficiencias arteriales y venosas, enfermedades pulmonares obstructivas (Cardentey, 2016).

Rojas, Rojas y Hidalgo (2014) encontraron que la prevalencia de tabaquismo en la población de entre 12 y 64 años es del 42.5%, y se distribuye en 40.4% para las mujeres y 44.8% para los hombres, con un consumo promedio de 6-7 cigarrillos por día, siendo la población mayor de 45 años la que presenta un mayor consumo promedio alcanzando los 9 cigarrillos por día. Las personas caen en el consumo del tabaco porque es socialmente aprobado, su consumo es legal, forma parte de la vida cotidiana en la mayoría de las sociedades, no produce efectos adversos notorios a corto plazo, la gente cree que si lo consume de forma moderada no hace daño, existe una baja percepción de riesgo y mucha falta de información. Algunos jóvenes que fuman son conscientes de los daños que causa el consumo de cigarrillo a su salud y les gustaría dejarlo, pero no saben cómo lograr ese propósito cuando deben hacer frente a la presión de su círculo de amigos (Castellanos & Pérez, 2017).

Las graves consecuencias del cigarro son: enfermedades respiratorias, cardiovasculares, diversos tipos de cáncer dañando no solo al fumador sino también a cualquier otra persona que se exponga a la aspiración de su humo y por supuesto la muerte. El cigarro se considera una de las epidemias del siglo XX y XXI; varios estudios (Fernández & Figueroa, 2018) concluyeron que cada 6.5 segundos muere una persona debido al cigarro, se estima que para el 2025 y 2030 morirá una persona cada 3 segundos por esta causa.

1.2 Alcohol

Schlesinger, Pesacador y Roa (2017) encontraron que el alcohol es un líquido incoloro, de olor característico, soluble en agua, es una sustancia psicoactiva, depresora del sistema nervioso central, y con capacidad de causar dependencia. El consumo crónico y excesivo del alcohol afecta al cerebro así como a la conducta y a la cognición, es una sustancia psicoactiva

la cual deprime el sistema nervioso central, causa enfermedades inflamatorias y degenerativas las cuales pueden conducir a la muerte. Entre las enfermedades que causa se puede mencionar miocardiopatía alcohólica, pancreatitis aguda y crónica, polineuropatía alcohólica, osteoporosis, miopatía alcohólica atrofia cerebral, hipoglucemias, hepatitis aguda, rhabdomiolisis, ansiedad y depresión.

Las personas caen en el consumo de alcohol porque es parte de los hábitos de la sociedad, es un estilo de vida y no solo de los mexicanos sino también de los europeos y de todas las nacionalidades. Se ha observado un incremento mundial en el consumo de esta sustancia la cual constituye un problema médico social importante que afecta al individuo, a la familia, a la sociedad y a la economía causando muertes y enfermedades a grandes escalas (Martínez, Galán & Flores, 2015).

De acuerdo a Pérez, Gázquez, Cardila, Barragán y Mercader (2015) la adolescencia es la etapa de mayor vulnerabilidad para comenzar con el consumo de alcohol, ya sea por la influencia de los amigos, por el sentimiento de querer sentirse grande, por la soledad o por la impulsividad.

Gómez, Rojas, Valor, Laws y Martín (2014) encontraron que en Chile un 27% de los escolares consumen alcohol antes de los 10 años de edad, en Argentina el 22.6% de los varones ha sufrido de embriaguez; en Cuba en la población mayor de 15 años hay 430 mil alcohólicos (5%) y 860 mil bebedores de riesgo (10%). El uso del alcohol se relaciona con el 30% de accidentes de tránsito fatales y el 50% de los divorcios y problemas laborales. Es alarmante la tendencia del uso irresponsable del alcohol de parte de los jóvenes en los últimos años.

Las consecuencias del alcoholismo son enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedades endocrinas y metabólicas, mentales, neurológicas, cardiovasculares, digestivas, maternas y perinatales y lesiones intencionadas y no intencionadas (Sarasa, Sordo, Molist, Hoyos, Guitart & Barrio, 2014).

1.3 Drogas

Labate (2015) establece que el continente americano es la cuna de muchas de las plantas que ahora se encuentran por todo el mundo y además se ganó la corona a finales del siglo XX como zona cultivadora de dos de las plantas más prohibidas, la cocaína y la marihuana, además del tabaco, el guaraná y la yerba mate. Y no solo es por la flora sino también es el resultado de que las culturas antiguas aprendieron ese conocimiento de manera natural.

A finales del siglo XVIII el opio, el láudano, la morfina, la heroína, el éter, la cocaína, el hachís y otras sustancias psicoactivas recibían la misma consideración que cualquier otro fármaco, eran de venta libre y con fines terapéuticos también se vendían en comercios de especias. La morfina, la heroína y la cocaína eran de uso común en medicina doméstica, el láudano y la morfina como analgésicos, la heroína como antidepresivo y antitusígeno, la cocaína como anestésico local. En ese entonces no se hablaba de drogas, sino de sustancias nocivas para la salud, no distinguían entre el daño causado con una droga del causado con cualquier otra sustancia química no psicoactiva (Arnal, 2014).

Berruecos (2010) afirma que una droga es toda sustancia que cuando se introduce en un organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones y para ser más exactos es una sustancia de uso no médico con efectos psicoactivos capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento y por lo regular es autoadministrada.

Cañal (2003) comparte que las sustancias psicoactivas que entran al cuerpo por diferentes rutas, viajan por el torrente sanguíneo y llegan directamente al cerebro, donde ejercen efectos. Rosenthal (2015) encontró que la drogadicción comienza con el uso ocasional de drogas y termina con el consumo sin control de ellas, causando daños al individuo y provocando que este presente conductas con consecuencias negativas, tanto sociales como físicas.

Navarro, Díaz, Ortega, Torres y Hernández (2015) encontraron que entre las causas del porqué caen en las drogas los adolescentes están que cuando ellos no encuentran en su familia el apoyo y la comprensión que necesitan, entonces los buscan afuera de la familia, en un grupo social alterno, cuyas normas y costumbres han de aceptar, y este es el mundo de la drogadicción.

Las drogas traen muchas consecuencias entre ellas se encuentran problemas para el normal desarrollo de actividades cotidianas, como estudiar y trabajar; problemas en las relaciones familiares, potenciales riesgos físicos de los adictos y de los no adictos como cuando conducen un auto, convulsiones, cambios en el ritmo cardíaco, deterioro del sistema nervioso central, alucinaciones, tendencias paranoicas, depresión, neurosis, robo, venta de su cuerpo, asesinar entre otras (Macas, 2019).

El consumo de drogas ilegales ha aumentado y siguen siendo los hombres quienes más las consumen, entre los factores más sobresalientes encontraron la falta de la inteligencia emocional (Corona, Robles, Meda, Fresán & Cruz, 2015).

A continuación se hablará sobre las emociones negativas ya que la falta de inteligencia emocional es uno de los factores más sobresalientes en el consumo de drogas.

2. Emociones negativas

Las emociones se diferencian de los sentimientos por los sistemas que se ponen en marcha cuando las personas las experimentan y por los estímulos del ambiente que las provocan, son un patrón observable específico y limitado de respuestas desencadenadas por la interpretación de una situación u objeto como amenazante para el bienestar y la supervivencia; contienen respuestas tanto fisiológicas como expresivas, que son producidas por la actividad neurológica. Las emociones se clasifican en positivas y negativas (Gómez & Calleja, 2017), las primeras como la felicidad hacen que la persona se acerque a la situación provocadora de ella, por lo contrario las segundas como la tristeza o la ira hacen que la persona se aleje o evite la situación.

Vindel (2010) afirma que las emociones son observables en tres niveles, la experiencia emocional, los cambios corporales y la conducta y a diferencia de los sentimientos contienen un marcado acento placentero o desagradable, así como cambios orgánicos o corporales muy intensos, una activación fisiológica tales como sudoración excesiva y aumento de tasa cardíaca.

Toda emoción es una forma de comunicación y a la vez es una forma de autocomunicación, además no son producidas por el cerebro lógico, sino por el sistema límbico (Luengo, 2015). Gómez (2017) menciona que la dependencia emocional es un patrón persistente de necesidades emocionales no satisfechas que las personas tratan de satisfacer desadaptativamente con otras personas mediante comportamientos adictivos.

La mayoría de las personas que consumen drogas lo hacen como una salida de sus problemas, como escape y liberación personal, para librarse de malestares familiares, dificultades en el

área emocional, sentimientos de culpa, vergüenza y arrepentimiento, problemas familiares, paternos, filiales y desajustes en la funcionalidad de la vida infantil (Perozo, 2014).

A continuación se describirán las emociones negativas y después su relación con la adicción a las drogas.

2.1 Enojo

Victoria y Ariel (2014) afirman que el enojo es una respuesta psicofisiológica la cual está llena de sentimientos negativos y de una activación fisiológica de aceleración inducida por cuestiones sociales en donde el individuo siente que perdió algo que le pertenece de manera arbitraria e injusta; es una reacción transitoria la cual puede ser expresada hacia afuera o hacia adentro.

El enojo es provocado por sentimientos de disgusto y/o de agravio, nos pone en contra de las personas, en pocas palabras es lo contrario del amor. Cuando una persona experimenta enojo, el sistema nervioso autónomo del cuerpo pone a fluir la adrenalina, la glándula suprarrenal libera dos hormonas: epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina), estas dos sustancias químicas producen en las personas mucha tensión, alteran el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, la función pulmonar y la actividad del tracto digestivo, por eso varias personas cuando se enojan se les pone la cara muy roja (Chapman, 2013).

Sánchez, Huerta, Elizalde, Melchor, Islas, Arista y Zamora (2019) encontraron que la ansiedad, el enojo y la depresión se consideran como factor de riesgo de eventos isquémicos, ya sea coronarios o cerebrales; sus consecuencias son que aumentan el gasto cardíaco, la secreción hormonal, la secreción de prostaglandinas, el aumento de la demanda de oxígeno sistémico.

En un estudio en donde exploraron a 105 adultos de la ciudad de México, sobre las emociones básicas, se encontraron similitudes y diferencias en torno a los componentes cognoscitivo, afectivo, conductual y fisiológico en emociones de valencia negativa (la tristeza, el enojo y el miedo) además de esto, también descubrieron que lo que más piensan las personas cuando se enojan es en venganza, en desquitarse, en responder ante las agresiones y en dañar al causante (Sánchez & Sánchez, 2009).

Ahora se desarrollará el tema de la tristeza y su relación con las adicciones.

2.2 Tristeza

Sánchez y Sánchez (2009) definen a la tristeza como la emoción que se experimenta cuando se ha perdido algo importante, cuando se ha sufrido alguna decepción, cuando ha ocurrido una desgracia o cuando se siente soledad. Agregan que la tristeza es una respuesta normal y sana ante algún infortunio, y se hace intensa cuando existe una pérdida de una persona amada, de familiares, seres queridos, lugares o papeles sociales.

La tristeza está enlistada entre las emociones negativas ya que lo que produce en el ser humano es desagradable, sin embargo, tiene su lado positivo ya que tiene una función filogenética adaptativa y sirve para hacer frente a procesos de adaptación. Por otro lado, la tristeza sino se cuida se puede volver en depresión (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Soler y Soler (2016) señalan que la consecuencia de tener demasiada tristeza es que se puede tornar en una tristeza patológica. Frecuentemente tienen pacientes con cuadros de malestar anímicos o tristeza por situaciones que se consideran normal de la patología. La tristeza patológica es cuando una persona subjetivamente se siente triste, apenada, afligida, abatida,

desanimada, sin interés por su vida ni por su entorno y objetivamente parece apagada, con escasa reactividad emocional, con tendencia al llanto espontáneo o inducido presentando un discurso breve, con tono lineal y suele expresar sentimientos de culpabilidad. Las personas con tristeza extrema suelen tener la autoestima baja, movimientos lentos, quieren estar solos, a veces tienen conductas suicidas. Esto provoca en algunas personas las ganas de beber alcohol, de fumar marihuana o de consumir alguna otra sustancia para dejar de sentir este dolor que provoca la tristeza.

2.3 Ansiedad

Cardona, Pérez, Rivera, Gómez y Reyes (2015) definen la ansiedad como una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga, que se manifiesta por la incapacidad de estar sentado o de pie durante un tiempo y por lo regular se acompaña de síntomas vegetativos como cafolea, diaforesis, taquicardia, opresión torácica, malestar epigástrico e inquietud; es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar dicha amenaza.

En la infancia y en la adolescencia los trastornos de ansiedad son condiciones comunes las cuales tienen un gran impacto negativo en la autoestima, las relaciones sociales, la escuela, la vida familiar y profesional, sino se atienden en estos momentos de la vida, podrían seguir en la vida adulta y crear otras psicopatologías. Generalmente los padres piensan que este tipo de trastornos no puede existir en los niños, creen que son trastornos de adultos y por lo tanto no le dan importancia en la infancia, incluso los pediatras solo se enfocan a enfermedades del cuerpo y no ponen atención a este tipo de trastornos (Tayeh & Chaskel, 2016).

Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008) concluyen que cierta cantidad de ansiedad es necesaria para hacer determinadas tareas y para resolver problemas, por otro lado un déficit de ansiedad produce una eficacia baja en la producción de tareas. La consecuencia de una ansiedad excesiva o clínica es que interfiere en el rendimiento de todas las actividades del ser humano, ya que contiene un alto grado de miedo.

La teoría de la automedicación afirma que los individuos con un trastorno de ansiedad primario, tienden a desarrollar trastornos por uso de sustancias como resultado del intento de autorregular sus síntomas de ansiedad (Jiménez y Jurado, 2014). Cañal (2003) confirma que las adicciones se deben a trastornos mentales, en especial a la ansiedad, a la depresión y a algunas otras alteraciones de la personalidad. Un estudio que consultó, reveló que 9 de cada 100 personas abusaban del alcohol y 18 de cada 100 alcohólicos padecen desorden afectivo. Las cifras de ansiedad fueron 15% y 35% respectivamente.

2.4 Odio

El odio es la antipatía y aversión hacia algo o hacia alguien cuyo mal se desea, es un sentimiento aversivo que lleva a desear que el otro sufra daño; el elemento esencial del odio es el factor emotivo. Es una emoción de enemistad, rechazo y hostilidad a un sujeto o hacia un grupo. El odio es una emoción intensa, es una pasión. Las consecuencias de tener demasiado odio son que este puede crecer hasta el punto máximo muy rápidamente en pocos días o meses o ser alimentado y sostenido durante siglos o incluso milenios por medio de ideologías que se reproducen de generación en generación, se puede ver en acciones tales como la imposición de sanciones económicas contra un grupo, hasta llegar a los extremos de la limpieza étnica y el genocidio de todo un pueblo (Osorio, 2017).

Valle (2017) encontró que el odio se encuentra en el alma, en la psique y que es una faceta del odio inconsciente a sí mismo. Freud decía que el odio es más viejo que el amor sin embargo Valle afirma que el amor es más viejo que el odio. Agrega que cuando un individuo nace, nace con él su capacidad de odiar. Algunas de las consecuencias de tener mucho odio son el feminicidio, el vandalismo, el acoso a personas gay, la violencia en general, los crímenes en general, entre otras (Orellana, 2018). De aquí que para realizar estos actos de vandalismo y violencia, muchos individuos para tomar valor optan por consumir drogas, ya que muchas veces sin ellas no se atreven a hacer ciertas cosas.

2.5 Rencor

De acuerdo a Gonzalez (2017) el rencor es un sentimiento de enfado profundo y persistente, un resentimiento arraigado que desequilibra y enferma el cuerpo y la mente. Cabello (2015) agrega que el rencor es el producto de humillaciones múltiples reales o transformadas ante las cuales las luchas internas sofocadas acumulan sus ajustes de cuentas, tras las esperanzas de precipitarse en actos de venganza. La venganza invade al individuo como pensamiento torturante, compulsivamente repetitivo en la fantasía o en el pasaje al acto. Se implementa como un intento de anular los agravios y capitalizar al mismo tiempo esa situación para alimentar una posición especial, la condición de víctima privilegiada. Como víctima privilegiada adquiere derechos de represalia, desquite y revancha, ejerciéndolos sádicamente contra aquellos que han osado perturbar sus proyectos infantiles no resueltos y por los años traumáticos externos que pasivamente ha experimentado.

El amargo y enraizado recuerdo de una injuria particular no es otra cosa más que la definición de la palabra resentimiento, su sinónimo es el rencor. El rencor proviene del latín, rencor (queja, querrela, demanda). De la misma raíz deriva rancidus (rencoroso), y de ella, las palabras rancio y rengo. El individuo bloquea su afectividad mediante el resentimiento y anula la percepción subjetiva del paso del tiempo y de los espacios. La memoria del rencor se nutre de la esperanza de que venga un tiempo de revancha. La memoria del rencor está regida por el principio de tormento. La persona que experimenta el rencor no puede perdonar ni perdonarse, no puede olvidar, está abrumada por la memoria de un pasado que no puede separar ni mantener a distancia del consciente (Kancyper, 2003).

3. Relación entre las emociones y las adicciones

La alexitimia se define como la dificultad para identificar y describir sentimientos, para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales del arousal (activación) emocional, además de una reducción o ausencia de pensamiento simbólico. Las personas con alexitimia se orientan hacia lo externo y concreto, al pensamiento operacional, al funcionamiento cognitivo sin contenido afectivo lo cual genera una carencia en la capacidad cognitiva del procesamiento y la regulación emocional (Arancibia y Behar, 2015). Rasgo presente en el 50% de los consumidores de drogas y donde también se presenta una gran carencia en el manejo de las emociones negativas como la ira y la hostilidad, así como una gran falta de habilidades sociales y competencias emocionales (Corona, Robles, Meda, Fresán & Cruz, 2015).

Cía (2013) afirma que un individuo puede escribir un mensaje o conectarse a la red por placer sin embargo una persona adicta lo hace para aliviar su disforia o malestar emocional tales como aburrimiento, soledad, rabia o excitación. El elemento común de todas las

adicciones es la falta de control, dicho de otra forma el descontrol del individuo sobre determinada conducta, que al comienzo le es placentera pero al poco tiempo comienza a dominar su vida. La baja autoestima, la impulsividad, la no tolerancia a estímulos físicos o psicológicos desagradables como el dolor o la tristeza, un estado de ánimo depresivo o disfórico aumentan la predisposición y la vulnerabilidad para que un individuo desarrolle una adicción en general.

De aquí que la inestabilidad emocional y la respuesta emocional son puntos clave en la adicción a sustancias, por lo tanto ahora se centrará en estos dos puntos a continuación.

3.1 Inestabilidad emocional

El hablar de emociones es adentrarse en un universo en el cuál el ser humano tiene que ejercer control de las emociones de lo contrario las emociones tomarán control de los individuos. La emoción se asemeja a un animal salvaje al cual hay que domesticar. Muchas personas le temen a experimentar sus emociones por miedo a no poder controlarlas debido a que no saben cómo hacerlo, por lo tanto prefieren evadirlas. Muchos individuos optan por controlar su mundo exterior en lugar de su mundo interior (Goleman, 2018).

Algunos individuos para autorregular o aliviar las emociones negativas, la baja autoestima y las malas relaciones personales utilizan como estrategia la automedicación emocional, la cual se trata sobre consumir drogas psicoactivas. Dichos individuos consumen drogas como un medio para enfrentar o aliviar emociones dolorosas y amenazantes. Los individuos vulnerables a la dependencia de sustancias experimentan sensaciones o emociones de manera extrema, alternando entre emociones intensas e intolerables y sentimientos de vacío o incomodidad (Santiago, 2019).

La baja tolerancia a la frustración es parte de la inestabilidad emocional, Santiago (2016) afirma que es importante tener una buena tolerancia a la frustración, ya que en esta época se valora más que nunca la estética, la competitividad y el estar actualizado entre otras cosas, esto somete a las personas a sufrir día a día una frustración importante y a reaccionar para superarla ya que existe una falta de educación sobre como hacer frente a la frustración. Esta falta de educación sobre la tolerancia a la frustración se debe en gran medida a que debido a que ambos padres trabajan, los hijos reciben menos educación emocional, no hay tiempo para enseñarles cómo hacer frente a las frustraciones y como generar estrategias adecuadas. Estas nuevas generaciones presentan mayor inestabilidad emocional. Cada día que comienza las personas generan expectativas y sufren frustraciones o impactos estresantes que les generan una serie de emociones desagradables, dependiendo de sus recursos pueden recuperarse o no. A lo largo de la historia, los seres humanos han tenido diferentes motivaciones para consumir sustancias psicoactivas, a veces las han consumido de manera moderada, sin embargo existen otras ocasiones en que presentan conductas compulsivas y descontroladas para conseguirlas y consumirlas (Santiago, 2019). Todo esto depende de su respuesta emocional, por lo tanto ahora se hablará de la respuesta emocional.

3.2 Respuesta emocional

La respuesta emocional muestra tres tipos de respuestas: 1.- un estado mental subjetivo por ejemplo, me siento bien o mal. 2.- Un impulso a actuar que puede expresarse o no de forma abierta por ejemplo aproximación evitación, llanto. 3.- Cambios corporales o respuestas de tipo fisiológico por ejemplo sudoración ritmo cardiaco (Berrocal & Díaz, 2016).

Rangel (2014) mostró que la respuesta emocional depende de la inteligencia emocional la cual es la habilidad para sintonizar las emociones, comprenderlas y tomar medidas necesarias. Se puede observar la inteligencia emocional cuando una persona es diagnosticada con diabetes y esta identifica las emociones que le produce la noticia, tales como tristeza, dolor, entre otros, comprende la razón de tales emociones ya que tiene miedo a morir, dejar solos a sus hijos, etc., y toma medidas necesarias como mejorar sus hábitos alimenticios, hacer ejercicio y documentarse sobre la enfermedad. La inteligencia emocional incluye conocernos a nosotros mismos, confiar en nuestras habilidades y tener amor propio.

Entre las situaciones que hacen caer a las personas en adicciones se encuentran las conductas agresivas en la infancia, negligencia por parte de las figuras de apego, escasas habilidades sociales, una personalidad caracterizada por apertura a la experiencia y búsqueda de novedades, disponibilidad de drogas en los entornos cercanos, ambiente socioeconómico pobre, historia familiar de drogas, fracaso escolar, entre otros (Santiago, 2019).

Escribano (2018) realizó un estudio en el cuál los resultados fueron que los adolescentes con niveles más bajos de Inteligencia Emocional, con menor capacidad para percibir, expresar, comprender y manejar sus estados emocionales como los de los demás, presentan un mayor consumo de alcohol, así como una mayor cantidad de consumo de tabaco y cannabis que aquellos con mayores índices Inteligencia Emocional.

Las personas adictas presentan un perfil caracterizado por tener grandes dificultades para manejar sus emociones. Los individuos carentes de habilidades emocionales consumen drogas para mitigar estados emocionales negativos. Las personas con menor inteligencia emocional caen en conductas autodestructivas tales como el consumo del tabaco. Los individuos adictos tienen menos capacidad para conocer e interpretar el significado de sus emociones así como una menor habilidad para expresar sus emociones y para tener empatía con los sentimientos de los demás (Ruíz, Fernández, Cabello y Extremera, 2006). Debido a toda esta necesidad en el manejo de emociones en los individuos, a continuación se presenta una intervención cognitivo conductual para el manejo de emociones en las adicciones a sustancias en adultos.

4. Intervención cognitivo conductual para el manejo de emociones en las adicciones a sustancias en adultos.

Keegan (2012) reporta que en el momento de trabajar con las adicciones es necesario, la combinación de múltiples intervenciones e inclusive de varias modalidades de psicoterapia simultáneas (psicoterapia individual, grupal y familiar), él menciona que las intervenciones cognitivo-conductuales pueden combinarse con otras con éxito, pudiendo resultar de suma utilidad cuando se trata de una patología dual que responde en forma diferencial a estas intervenciones como por ejemplo con la farmacoterapia; inclusive no ponen en riesgo la estabilidad del ánimo, algo que sería muy complejo de hacer si se trabajara sólo con estrategias farmacológicas, a continuación se describen algunas de estas intervenciones.

Sánchez, Tomás, del Olmo, Molina y Morales (2002) realizaron una intervención psicológica dirigida a reducir el malestar psicológico y el consumo de drogas de un grupo de pacientes dependientes a drogas, se trabajó con 107 pacientes con diagnóstico de dependencia a sustancias (criterios DSM-IV) (16), divididos en tres grupos diferentes en función de su

dependencia: grupo alcohol n=31; grupo heroína n=31, grupo cocaína n=45. A los seis meses se recogió información de 75 pacientes, el resto abandonaron el tratamiento y no pudieron ser localizados, se encontró que después del tratamiento los pacientes disminuyeron sus niveles iniciales de psicopatología y, disminuyeron su consumo de drogas; se concluye que un modelo de intervención psicológica con formato de terapia breve, de orientación cognitivo conductual, puede ser útil en muchos pacientes, presenta unos costes menores que otro tipo de intervenciones y, dispone de una contrastada evidencia científica que le sitúan como la primera elección de intervención en pacientes con diagnóstico de dependencia a drogas.

Ayala, Echeverría, Sobell y Sobell (1997) realizaron un tratamiento cognitivo-conductual de consulta externa en la ciudad de México, a una muestra de 177 personas con problemas de abuso de alcohol, para promover un cambio en el comportamiento adictivo de las mismas. Se realizó seguimiento a los 6 y 12 meses de haber terminado el tratamiento, estos individuos acudieron al Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM y completaron las cuatro sesiones del tratamiento; unas de las estrategias cognitivo-conductual que utilizaron fueron las de auto-control dirigido y solución de problemas; donde se encontró que los individuos en cuestión redujeron su consumo de alcohol.

Chávez y Rodríguez (2017) realizaron un estudio cognitivo conductual en internos adictos en centros de rehabilitación que presentaban ansiedad durante su proceso de recuperación. La muestra estuvo integrada por 10 sujetos del género masculino comprendidos entre 25 y 50 años de edad. Para recabar datos utilizaron la observación directa, la escala de autovaloración de la ansiedad de Zung, y grupo focal. Los resultados fueron que la terapia cognitivo conductual es una corriente psicoterapéutica muy eficaz en el tratamiento de ansiedad por adicciones, ya que trabaja directamente en la modificación de pensamientos distorsionados e ideas irracionales dentro del sistema de creencias de los pacientes convirtiéndolos en ideas racionales y pensamientos positivos y adecuados sobre sí mismos y el entorno social.

Pérez, Sesé, Romo, Palmer y Tomás (2010) realizaron un estudio en dónde el objetivo era analizar la influencia de la ansiedad, la ira y la depresión, como emociones negativas, sobre el éxito en la aplicación de un tratamiento psicológico de carácter cognitivo-conductual para dejar de fumar. Los resultados mostraron que los sujetos con elevadas puntuaciones en depresión presentan importantes dificultades para finalizar el programa de manera exitosa.

Barragán, González, Medina y Ayala (2005) realizaron un modelo de intervención en 9 usuarios dependientes al alcohol y otras sustancias adictivas, quienes solicitaron ayuda en centros de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología. La muestra estuvo constituida originalmente por 15 usuarios de los cuales 9 concluyeron el tratamiento, 3 fueron dados de baja por inasistencia y 3 canalizados dos a internamiento y uno a otra modalidad de tratamiento. La edad promedio de los usuarios fue de 35 años siendo siete usuarios de sexo masculino y dos mujeres. Sobre los resultados, en lo referente a la ocupación, uno era estudiante y dos interrumpieron sus estudios y después del tratamiento se reincorporaron al sistema escolar, se aumenó a tres el número de estudiantes. Cuatro usuarios eran empleados

y dos desempleados y después se insertaron al ámbito laboral, incrementando a seis el número de empleados.

Martínez, Vilar y Verdejo (2018) realizaron un estudio en el cual analizaron el resultado del tratamiento cognitivo-conductual grupal llevado a cabo en un centro ambulatorio para el tratamiento de las adicciones. La muestra estuvo compuesta por 130 hombres con trastorno por dependencia al alcohol; se evaluaron los casos que reinician tratamiento tras el alta terapéutica en un rango de tiempo desde los dos años como mínimo hasta los 18. EL 56.2% de la muestra finalizó el tratamiento con alta terapéutica, de los cuales el 75.3% no volvieron a iniciar tratamiento tras el alta, aumentando a 77.7% cuando el paciente completaba el periodo de revisión tras el alta. El 58% de los pacientes con trastornos de la personalidad finalizaron el tratamiento con alta terapéutica: el tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para el tratamiento grupal de los trastornos por dependencia del alcohol con comorbilidad de trastornos de la personalidad.

Sánchez, Díaz, Grau, Moreno, Eiroá, Roncero y Casas (2011) realizaron un estudio en el cual el objetivo fue evaluar la retención y abstinencia con tratamiento combinado de EM y TCC grupal en pacientes cocainómanos que habían alcanzado el estadio de mantenimiento según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Para ello realizaron un estudio longitudinal, en dependientes de cocaína con o sin trastorno mental concomitante. Se realizó un grupo abierto de 12 sesiones con peioricidad semanal; se incluyeron 19 pacientes (78,9% hombres, edad media 36,58 años), el 95% consumía vía intranasal y el 47% tenía otra comorbilidad psiquiátrica. La tasa de retención fue del 84%; durante el tratamiento y el primer mes de seguimiento todos los pacientes se mantuvieron abstinentes, mientras que entre el primer y tercer mes de seguimiento tres pacientes recayeron. Los resultados fueron que el tratamiento combinado para dependientes de cocaína en estadio de mantenimiento mejora la adherencia y es eficaz para mantener la abstinencia.

Tena, Icaza y Sosa (2007) realizaron un estudio en el cual reportan la evaluación del tratamiento breve (cognitivo-conductual) para usuarios de Cocaína, con 19 usuarios (18 hombres y una mujer) que lo terminaron. Éstos eran consumidores de cocaína, con dependencia a esta sustancia, según los criterios del DSM IV. El TBUC (Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína) constó de 10 sesiones, de una hora y media una vez a la semana, donde a los usuarios se les enseñaron estrategias para alcanzar la abstinencia de la sustancia. Esto se hizo a través de tareas y ejercicios que hacía el participante, relacionados con el cambio en el consumo. En el seguimiento a los seis meses, los resultados indicaron que los usuarios alcanzaron la abstinencia de la cocaína. La brevedad, el bajo costo y el alto nivel de efectividad, hacen que este modelo sea especialmente apto para una sociedad como México, con pocos recursos para instaurar programas de atención especializada.

Sasía (2011) realizó un estudio en el cuál evaluó la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual grupal del enojo y también se enfocó en conocer el grado en que los familiares perciben los cambios. Participaron 30 adultos, previa entrevista para confirmar que tuvieran problemas de enojo (dificultades en sus relaciones, reconocer problemas con esta emoción y puntajes altos en el ML-STAXI, el cual mide el enojo). El tratamiento constó de nueve

sesiones, se dio entrenamiento en relajación y respiración así como adiestramiento en reestructuración cognitiva. Las otras 15 estuvieron en el grupo control (también 9 sesiones), que recibió un tratamiento no enfocado en el enojo, sino en mejorar relaciones interpersonales. Se evaluó el enojo estado, enojo rasgo, expresión y control del enojo; y los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Los resultados indican que al terminar el tratamiento y a un año de seguimiento el grupo experimental mejoró más que el control con respecto al enojo. En depresión y ansiedad se observaron cambios en ambos grupos. Los familiares notaron que cuando terminó el tratamiento, en comparación con el grupo control, el experimental expresó su enojo con menor frecuencia, pero estos cambios no se mantuvieron al año de seguimiento. Se recomienda buscar formas de garantizar la respuesta de los cuestionarios después de terminado el tratamiento.

Ureña (2010) realizó un estudio cuasiexperimental en el cual evaluó la efectividad de una intervención cognitivo-conductual, aplicada a pacientes policonsumidores internos en un programa de rehabilitación. Las personas consumidoras de sustancias psicoactivas presentaban problemas asociados de ira y agresividad; quienes, a su vez, les acarrearaban distintos problemas en su medio familiar, social e incluso durante el tiempo que permanecieron en el programa de rehabilitación. se trabajó con 28 hombres a través de un método de Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual en habilidades de afrontamiento. Después de dos meses transcurridos de haber participado en las terapias del Hogar y de la intervención cognitivo-conductual, los participantes mostraron evidencia de mayor control interno, y mostraron que emplearon estrategias de relajación como pensar en eventos agradables y evalúa las situaciones de distinta forma de como las analizaba antes de la intervención cognitivo-conductual. Esta terapia resultó ser una psicoterapia útil para mejorar el control y expresión de la ira en una muestra de pacientes policonsumidores internos en un programa de rehabilitación ya que finalizada la intervención los pacientes mejoraron significativamente con la instrucción del terapeuta y la posterior aplicación por parte de ellos de las herramientas cognitivas de relajación.

Mesa (2018) realizó un estudio clínico único de un joven de 19 años con trastorno por consumo de sustancias que se encontraba en remisión en una comunidad terapéutica. Realizó la intervención bajo el modelo cognitivo-conductual durante 15 sesiones, durante la fase de evaluación utilizó los siguientes instrumentos: Inventario de Ansiedad de Beck, la Prueba de Detección de Consumo OMS-ASSIST V3.0 y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II. El plan de intervención consistió en la modificación de ideas irracionales, disminución del nivel de ansiedad por consumir y fortalecimiento de estrategias de afrontamiento a través de la aplicación de las técnicas de reestructuración cognitiva, respiración diafragmática, detención de pensamiento, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas. Los resultados evidenciaron cambios positivos para el consultante como mayor conocimiento sobre su problemática, disminución significativa en el nivel de ansiedad por consumo.

Blanco, García, Pineda y Alcázar (2012) realizaron una investigación en la cual desarrollaron, implementaron y evaluaron un tratamiento cognitivo-conductual en adultos con ira leve y moderada para reducir y prevenir manifestaciones disfuncionales de la ira.

Siguieron un diseño cuasi-experimental de caso único de línea base múltiple demorada a nivel de conducta. Participaron nueve adultos, quienes al final del tratamiento mostraron disminución de la frecuencia de episodios de enojo y de la conducta agresiva verbal y física, lo que se relaciona con la mejora en la calidad de vida y fortalecimiento de las redes sociales.

Como se puede ver en estas investigaciones no hay intervenciones centradas en el manejo de emociones negativas en la adicción a sustancias. Labrador (2008) afirma que las técnicas de modificación de conducta de uso general tales como las de control de activación, las aversivas, las de condicionamiento encubierto o imaginario, las de exposición, las de afrontamiento y las psicoterapias racionales son las técnicas que más frecuentemente se utilizan dado a que su uso no está restringido a una conducta o situación, tal y como se mostró en los estudios mencionados con anterioridad. Es por eso que se propone hacer una intervención cognitivo conductual para el manejo de emociones negativas en las adicciones a sustancias en adultos. La educación en inteligencia emocional no se da en ninguna parte. No se da en la escuela ni tampoco se da en la casa. El tener un país con ciudadanos que tengan una alta inteligencia emocional, puede hacer un país con ciudadanos más saludables emocionalmente y libres de drogas. Lo cual sería igual a tener un país más poderoso en todos los aspectos.

5.Propuesta

Hacer un taller cognitivo-conductual para personas adultas con adicción a las sustancias.

5.1 Justificación

La tarea de realizar intervenciones adecuadas resulta primordial para poder ofrecer una adecuada rehabilitación a los pacientes; el desarrollo de esta propuesta aportará herramientas que posibiliten la detección de individuos más vulnerables a caer en la adicción a las drogas y generar políticas de promoción. Esta propuesta está dirigida a personas que hayan caído en este tipo de situaciones relacionadas con la adicción. Del Castillo, del Castillo, Pertusa y Campos (2013) afirman que los niveles bajos de Inteligencia Emocional se relacionan con el fumar compulsivamente, con un mayor consumo de alcohol y de otras drogas ilegales.

5.2 Objetivo del taller

Que los participantes desarrollen habilidades de control de emociones negativas para que contribuya en la reducción de la adicción a sustancias.

5.3 Cartas descriptivas

CONCEPTO	ESPECIFICACIÓN
----------	----------------

Número de terapeutas	1
Número de participantes	10
Duración del taller	6 meses
Días de impartición del taller	Cada quince días
Número de sesiones	15
Duración De las sesiones	60 minutos
Lugar	Anexo
Horario	9:00 a.m.

Sesión 1

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Rapport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Aumento de vocabulario sobre emociones y sentimientos.	Que los participantes aumenten su vocabulario con respecto a las emociones y sentimientos.		El terapeuta muestra un listado de emociones y sentimientos negativos y positivos al grupo.	Computadora PPT
9:10 a 9:20	Identificación de emociones y sentimientos.	Que los participantes identifiquen sus sentimientos y emociones antes de usar drogas.	Trabajo en pares	El terapeuta da la instrucción al grupo de que compartan en pares cuales son sus emociones y sentimientos antes de usar drogas.	Sillas
9:20 a 9:30	Identificación de emociones y sentimientos.	Que los participantes se hagan más conscientes de sus emociones y sentimientos.	Trabajo en pares	El terapeuta les indica que cambien de pareja y se sienten con otra persona para que ahora compartan sus sentimientos y	Sillaas

				emociones que experimentan cuando se encuentran bajo los efectos de las drogas.	
9:30 a 9:40	Identificación de emociones y sentimientos	Que los participantes se hagan más conscientes de sus emociones y sentimientos	Trabajo en pares	Posteriormente cambian nuevamente de pareja y ahora expresarán que emociones y sentimientos experimentan después de usar drogas.	Sillas
9:40 a 9:50	Respiración Diafragmática	Que los participantes conozcan la técnica de la respiración diafragmática, para en las demás sesiones hacer siempre respiración diafragmática.	Trabajo grupal.	Practicar la respiración diafragmática.	Sillas
9:50 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 2

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración Diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión.	Respiración Diafragmática	Relajarse.	Sillas
9:20 a 9:40	Inventario de creencias irracionales de Ellis	Que los participantes se hagan conscientes de las creencias que tienen.	Contestar cuestionario.	Se explica a los participantes que el inventario presenta distintas actitudes y creencias que la gente mantiene a veces. Se lee en voz alta las instrucciones para llenarlo, lo que permite asegurar que todos reciban la misma información.	Sillas Cuestionario Lápiz Goma
9:40 a 9:55	Las creencias	Conocer las creencias de los demás.	Trabajo en pares	En pares platican sobre sus creencias.	sillas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 4

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración Diafragmática.	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión.	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática.	Sillas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Que los participantes conozcan los diez pensamientos distorsionados. Todo o nada, sobregeneralizar, descalificar lo positivo.	Trabajo en pares.	En pares comentan su opinión sobre los pensamientos distorsionados.	Sillas Hojas con los pensamientos distorsionados.
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 5

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Seguir con los pensamientos	Trabajo en tríos	Poner ejemplos de lo	Sillas Hojas

		distorsionados. Saltar a conclusiones, magnificar lo negativo y minimizar lo positivo, razonamiento emocional.		que les haya pasado en su vida con respecto a estos estilos de pensamiento.	
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 6

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Continuar con los pensamientos distorsionados. Los deberías, etiquetar y desetiquetar y personalizar.	Trabajo en pequeños grupos de cuatro.	Dar su opinión sobre los pensamientos distorsionados.	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 7

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno

		los participantes y dar inicio.			
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Identificar que tipo de pensamiento distorsionados es.	En pares.	El tallerista les proporciona ejemplos y ellos ponen el tipo de pensamiento que es. Ejemplo: Nadie me quiere. Sobregeneralización	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 8

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Buscar el pensamiento racional.	En pares	En pares buscan el pensamiento racional sobre las situaciones dadas. Ejemplo:	Sillas Hojas

				Pensamiento distorsionado: Nunca hago nada bien. Tipo de pensamiento: Sobregeneralización Pensamiento racional: Algunas veces hago cosas bien como tal día que...	
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 9

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Pensamientos distorsionados	Que apliquen lo aprendido sobre su vida personal.	En pares	Ahora ellos ponen sus pensamientos distorsionados y le ponen el pensamiento racional.	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 10

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Terapia cognitiva	Que los participantes aprendan a llenar la tabla de las emociones.	Trabajo en pares	Llenar la tabla. De tarea: durante la semana escribir tres situaciones llenando la tabla.	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Tabla

Situación	Pensamientos Automáticos	Emociones y porcentajes	Clasificación	Respuesta Racional	Nuevos porcentajes
Un cliente me colgó el teléfono cuanto le llame para explicarle sobre el seguro de vida.	*Nunca voy a vender nada. *Me gustaría horcar a este señor. *A lo mejor dije algo malo soy un tonto.	Triste 50% Enojo 99% Frustrado 40%	Sobregeneralización Magnificación y etiquetado Saltar a conclusiones	*He vendido varios seguros. *Ese señor fue un grosero, todos a veces somos groseros.	Triste 15% Enojo 10% Frustrado 5%

				*Siempre digo lo mismo y funciona.	
--	--	--	--	------------------------------------	--

Sesión 11

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Terapia cognitiva	Que los participantes practiquen el llenado de la tabla.	Trabajo en pares.	Revisar la tarea. Dejar tarea nuevamente: Seguir haciendo lo mismo.	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 12

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas

9:20 a 9:55	Terapia Cognitiva	Que los participantes puedan hacer esta actividad de manera mental ya sin escribir.	Trabajo en pares	Revisar la tarea.	Sillas Hojas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 13

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Material es
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Autoinstrucciones	Que los participantes aprendan la técnica de las autoinstrucciones.	Trabajo en pares.	Entrenamiento en autoinstrucciones: herramienta útil para modificar los pensamientos automáticos negativos que surgen en toda situación de naturaleza estresante. Así, fueron explicados los cuatro pasos que Meichenbaum (1987) propone, sugiriendo frases-guía adecuadas para cada momento:	Sillas Hojas

				preparación ("puedo hacer esto"), confrontación real con la situación ("lo estoy haciendo bien"), afrontamiento de la activación emocional ("voy a relajarme") y reforzamiento del éxito ("no lo hice tan mal").	
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 14

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
9:00 a 9:05	Bienvenida	Dar la bienvenida a los participantes y dar inicio.	Raport	Saludar y dar la bienvenida.	Ninguno
9:05 a 9:10	Respiración diafragmática	Relajar a los participantes y prepararlos para la sesión	Respiración Diafragmática	Practicar la respiración diafragmática	Sillas Hojas
9:20 a 9:55	Evaluación Final	Hacer una evaluación final del curso.	Trabajo grupal	Hacer la evaluación grupal	Sillas
9:55 a 10:00	Cierre	Hacer el cierre	Técnica del círculo mágico	Escuchan y se despiden.	Ninguno

Sesión 15

Tiempo	Temas	Objetivos	Técnicas	Actividades	Materiales
	Seguimiento	Dar seguimiento a los participantes.	Entrevista	Entrevistar a los participantes.	Sillas Hojas.

Conclusiones

Guerri (2016) afirma que por más de dos mil años se ha considerado a las emociones como poco importantes y siempre se le ha dado más atención a la parte más racional del ser humano. En este manuscrito se han examinado diferentes estudios en donde se puede ver claramente el éxito de las estrategias cognitivo conductuales en el tratamiento de las adicciones a las drogas, como por ejemplo la terapia de mindfulness que reduce los niveles de estrés crónico y ayuda a modificar los patrones de conducta autodestructivos al mismo tiempo que permite desarrollar un estilo de vida más saludable en las personas (Moscoso, 2010).

Goleman (2010) resalta que cuando un individuo es rebasado por una emoción, el cerebro racional deja de funcionar y solo funciona el cerebro emocional. La comunidad científica y la investigación educativa necesitan datos empíricos que demuestren que las destrezas y competencias en Inteligencia Emocional tienen grandes repercusiones reales y positivas en el manejo de las adicciones. En este manuscrito se han recogido evidencias de que la carencia de habilidades para manejar las emociones negativas llevan al individuo al uso de sustancias. Aquí se demuestra cómo la inteligencia emocional puede llevar a las personas a mejores niveles de ajuste psicológico y bienestar emocional, a presentar una mayor calidad y cantidad de redes interpersonales y de apoyo social, a ser menos propensos a realizar comportamientos disruptivos, agresivos o violentos, a tener una mejor respuesta conductual ante situaciones de estrés prescindiendo del uso de sustancias adictivas. La investigación en este tema ha subrayado que el manejo de emociones ha adquirido una base científica sólida. La evidencia aquí mostrada será una pieza clave para mejorar las estrategias de intervención psicológica cognitivo conductual. La principal aportación de esta propuesta de intervención es crear personas más saludables, autónomas y con gran inteligencia emocional que sepan manejar sus emociones negativas y no recurran a las drogas para dejar de sentir las. Esta propuesta es diferente a las demás porque nadie relaciona el enojo, el odio y el rencor con la adicción a las sustancias, es más común que relacionen la depresión con la adicción a las sustancias. Las limitaciones posibles que deberán ser tomadas en cuenta son que las personas abandonen el taller y no terminen el tratamiento. Que no hagan los ejercicios en casa o en su tiempo fuera del taller. Que no se acuerden de aplicar las estrategias en el momento justo.

Referencias:

Ahumada, C., Gámez, M. & Valdez, M. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai*, 13(2), 13-24.

- Arancibia, M. & Behar, A. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53(1), 24-34.
- Avila, F. (2016). Tolerancia a la frustración y distorsiones cognitivas en estudiantes con consumo de alcohol de segundo año de bachillerato de la unidad educativa. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional de Chimborazo, Ecuador.
- Ayala, H., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de. *Revista Mexicana de Psicología*, 14(2), 113-127.
- Bados, A., & García, E. (2010). La técnica de la reestructuración cognitiva. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Barragán, T., González, V., Medina, M., & Ayala, V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: Un estudio piloto. *Salud mental*, 28(1), 61-71.
- Becoña, E., (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Berrocal, P. F., & Díaz, N. R. (2016). Desarrolla tu inteligencia emocional. España: Editorial Kairos.
- Berruecos, V. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). España: Siglo Veintiuno.
- Cañal, M. J. (2003). *Adicciones: cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Colombia: Norma.
- Cardentey, G. (2016). El tabaquismo: un flagelo nocivo para la humanidad. *Archivo Médico de Camagüey*, 20(2), 114-117.
- Cardona, A., Pérez, R., Rivera, O., Gómez, M., & Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89.
- Castellanos, P., & Pérez, C. L. (2017). Identidad de consumo y riesgo percibido en fumadores adolescentes universitarios. *Revista de Psicología: (Universidad de Antioquia)*, 9(1), 11-30.
- Chávez, G., & Rodríguez, L. (2017). Nivel de ansiedad en pacientes masculinos adictos internos en centros de rehabilitación y su evolución con el tratamiento cognitivo conductual. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de San Carlos de Guatemala.

- Cía, A. (2013). Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes.. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 76(4),210-217.
- Consuegra, N. (2010). Diccionario de psicología. 2a. ed. Bogotá. Ecoe Ediciones.
- Corona, F., Robles, G., Meda,L., Fresán, O., & Cruz, M. (2015). Competencia y compartimiento emocional en usuarios de cocaína: *Psicometría y relación con variables sociodemográficas y clínicas. Salud mental*, 38(6), 403-408.
- del Carmen, P., Gázquez, J. J., del Mar, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B., ... & Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.
- del Castillo, R., del Castillo, L., Pertusa, M. G., & Campos, J. C. M. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 13(2), 89-97.
- Fernández, G., & Figueroa, O. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(2), 225-235.
- Gantiva, C., & Camacho, K. (2016). Características de la respuesta emocional generada por las palabras: un estudio experimental desde la emoción y la motivación. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 10(2), 55-62.
- Goleman, D. (2010). La práctica de la inteligencia emocional.España: *Editorial Kairós*.
- Goleman, D. (2018). Inteligencia emocional en la empresa.España: Editorial conecta.
- Gómez, P., & Calleja, B. (2017). Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Revista mexicana de investigación en psicología*, 8(1), 96-117.
- Gómez, R. (2017). Dependencia emocional. Paralelismos con la adicción a sustancias. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Salamanca, España.
- Gómez, A. P., Rojas, L. C., Valor, N. L. H., Laws, M. C., & Martín, L. T. (2014). Comportamiento de los adolescentes ante el consumo de alcohol en el Consejo Popular “El Vaquerito”. *MediCiego*, 20(1), 25-32.
- González, F., Juárez, L., Montejo, L., Oseguera, D., Wagner, E., & Jiménez, T. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria*, 25(2),29-34.

- Granados, D. T. M., Osorio, L. F. M., Ríos, P. P. G., & Agudelo, M. P. B. (2016). El proceso de evaluación, diagnóstico e intervención psicológica en la Vigorexia como una adicción comportamental. *Revista Electrónica Psyconex*, 8(13), 1-11.
- Guerri, M. (2016). *Inteligencia emocional: Una guía útil para mejorar tu vida*. España: Mestas Ediciones.
- i Arnal, J. C. U. (2014). La sobredosis que cambió la historia de las drogas en el estado español. *Norte de Salud mental*, 12(50), 10-16.
- Jiménez, L. A. (2017). Conductas autodestructivas y las drogas. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(2), 256-274.
- Jiménez, L., & Jurado, C. (2014). Ansiedad social consumo riesgoso de alcohol en adolescentes mexicanos. *Journal of behavior, health & social issues* (México), 6(1), 37-50.
- Kancyper, L. (2003). La memoria del rencor y la memoria del dolor. *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (10), 84-94.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3(1), 5-8.
- Labate, B. (2015). *Drogas, política y sociedad en América Latina y el Caribe*. Ecuador: Editorial Cide.
- Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Laucirica, B. (2017). La Educación emocional como un factor de protección de las adicciones conductuales en el alumnado de 2º de ESO. Tesis de Maestría no publicada.
- López, A. (2011). Las características de la situación mental en el consumo adictivo de sustancias y la motivación para entrar a un tratamiento de adicciones. *Revista de Psicología*, 20(2), 53-76.
- Luengo, D. (2015). *Los secretos de la ansiedad*. España: Libros SLU.
- Macas, C. (2019). Análisis de la drogadicción y sus efectos psicosociales y su prevención en los estudiantes de la unidad educativa “emiliano ortega espinoza” del canton catamayo. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de Loja, Ecuador.
- Martínez, M., Galán, M., & Flores, B. (2015). Progression of patients with alcohol dependence using acamprosate. *Revista Cubana de Farmacia*, 49(3), 462-472.

- Martínez, G., Vilar, L., & Verdejo, G. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1), 1-8.
- Mayoral, G., & Triviño, J. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Española de Psiquiatría*, 4(4), 72-78.
- Mendoza, C., & Vargas, P. (2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 139-167.
- Moscoso, M. S. (2010). El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*, 1(3), 11-29.
- Mesa, C. (2018). Intervención cognitiva conductual en un caso por consumo de sustancias. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Pontificia bolivariana, Colombia.
- Moñivas, A., García, D., & García, D. (2012). Mindfulness (atención plena): concepto y teoría. *Portularia*, 12(1), 83-89.
- Navarro, A., Alexandra, A., Díaz, M., Ortega, B., Torres, B., & Hernández, F. (2015). Causas y consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes con ambientes de vulnerabilidad familiar y contextos sociales conflictivos. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Nacional Abierta y a Distancia, Colombia.
- Osorio, J. L. F. (2017). El odio como delito. *Revista electrónica deficiencia penal y criminología*, 1(9), 1-52.
- Otiñano, M. I., Ponce, I. M., Fornós, G. M., & Laín, M. M. (2015). Comportamiento adictivo e inestabilidad emocional: a propósito de un caso. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 1(15), 32-40.
- Parekh, R. (January 2017). What Is Depression? Washington, D.C. *American psychiatric association*.
- Pérez, P., Sesé, A., Romo, A., Palmer, A., Tomás, M. (2010). Influencia de las Emociones Negativas (Ansiedad, Depresión e Ira) sobre la Eficacia de un Programa de Tratamiento Cognitivo Conductual de Deshabitación al Tabaco. *Clínica y Salud*, 21(1), 9-19.
- Perozo, F. (2014). Representaciones sociales en consumidores de drogas. *Tesis Psicológica*, 9(1), 146-155.
- Piqueras, R., Martínez, G., Ramos, L., Rivero, B., García, L., & Oblitas, G. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
- Piqueras, R., Ramos, L., Martínez, G., & Oblitas, G. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.

- Rangel, A. E. N. (Noviembre 2014). Inteligencia emocional. Guanajuato, México. Salud vida.
- Reilly, P. M., & Shopshire, M. S. (2002). Anger management for substance abuse and mental health clients: A cognitive behavioral therapy. *Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Robinson, EA, Eyberg, SM, & Ross, AW (1980). The standardization of an inventory of child conduct problem behaviors. Journal of Clinical Child Psychology, 9(1), 22-29.*
- Rojas, J., & Hidalgo, R. (2014). Tabaquismo y su efecto en los tejidos periodontales. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral, 7(2), 108-113.*
- Rosenthal, B. (2015). La psicología conductual y las neurociencias de las adicciones. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Sanbuenaventura, Colombia.
- Ruiz, A., Fernández, B., Cabello, R., & Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y estrés, 12(2-3), 223-230*
- Salmurri, F. (2004). Libertad emocional. Estrategias para educar las emociones. España: Paidós.
- Sánchez, A., & Sánchez, R. (2009). Correlatos cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo. *Revista Costarricense de Psicología, 28(41-42), 41-57.*
- Sánchez, H., Tomás, G., del Olmo, G., Molina, B., & Morales, G. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría, 8(1), 21-29.*
- Sánchez, L., Díaz, M., Grau, L., Moreno, Á., Eiroá, O., Roncero, C., & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema, 2011, 23(1), 110-121.*
- Sánchez, G., Huerta, S., Elizalde, C., Melchor, L., Islas, H., Arista, O., & Zamora, C. (2019). El enojo como factor asociado con el síndrome coronario agudo de tipo infarto agudo de miocardio con o sin elevación del segmento ST. *Medicina Interna de Mexico, 35(2), 215-222.*
- Santiago, L. (2016). Tratando... inestabilidad emocional. España: Ediciones Pirámide.
- Santos, C. (2016). Trastornos mentales por dependencia de drogas en pacientes varones hospitalizados en el departamento de adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera durante el periodo enero 2010 diciembre 2014. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Ricardo Palma, Perú.

- Sarasa, R., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
- Sasía, B. (2011). Efecto de un tratamiento cognitivo conductual para el enojo y la percepción de los familiares con respecto a los cambios. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Iberoamericana, México.
- Schlesinger, P., Pescador, V., & Roa, C. (2017). Neurotoxicidad Alcohólica. *Revista Med*, 25(1),87-101.
- Soler, R. R., & Soler, A. (2016). Síntomas afectivos: Tristeza patológica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 11(9), 49-54.
- Tayeh, P., Agámez, P., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precrop*, 15(1), 6-7.
- Tena, R. O., Icaza, M. E., & Sosa, J. J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24(2), 219-231.
- Ureña, W. (2010). Intervención cognitivo-conductual en un grupo de pacientes policonsumidores internos en el programa de rehabilitación de Hogares Crea de Chilibre tendiente a mejorar el control y expresión de la ira. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Panamá, Panamá.
- Valle, A. (2017). El Odio en los umbrales de la Autonomía. *Reflexión Política*, 19(37),30-40.
- Victoria, C., & Ariel, C. (2014). Enojo y satisfacción marital en parejas con un miembro dependiente a sustancias. Tesis de Maestría no publicada. Universidad Iberoamericana, México.
- Vindel, A. C. (Julio-Agosto 2010). Atrapados por el estrés. España. Vida Nueva.