



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2015-2016  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Propuesta de intervención

**Título:** Propuesta de intervención para mejorar el optimismo, la esperanza y la resiliencia en jóvenes alcohólicos.

**Autor:** Sandra Esteban Navarro

**Tutora:** María del Carmen Neipp López

Elche a 26 de marzo de 2016

# ÍNDICE

1. Introducción.....	3-8
2. Método.....	8-16
2.1 Muestra.....	8
2.2 Instrumentos.....	8-10
2.3 Procedimientos general.....	10
2.4 Procedimientos específico.....	10-16
3. Conclusión.....	16
4. Bibliografía.....	16-19
Tabla 1.....	20
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21-22

## RESUMEN

Varios estudios muestran que cada vez es más habitual que jóvenes consuman sustancias aversivas, como lo es el alcohol y, algunos estudios confirman que la resiliencia, el optimismo y la esperanza son variables que influyen a las personas a la hora de afrontar situaciones aversivas y, por tanto, las personas que padecen dificultades en dichas variables pueden obtener formas de resolver los problemas y de afrontar situaciones difíciles, perjudiciales para ellos mismos y para la gente que les rodea. Por esto, el objetivo de la propuesta de intervención que se muestra a continuación es, mejorar dichas variables en jóvenes alcohólicos. Para ello se seleccionarán a 10 jóvenes teniendo en cuenta ciertos criterios de inclusión y exclusión y se propondrán 8 sesiones, en las que se realizarán actividades para mejorar las variables y algunos cuestionarios (la Escala de Esperanza de Herth, el test de optimismo LOT, Life Orientation Test y el cuestionario de CDRISC Connor- Davidson Escala de Resiliencia), para mejorar las variables nombradas anteriormente, esperando conseguir con esto el objetivo final.

Palabras clave: alcohol, jóvenes, optimismo, resiliencia y esperanza.

## INTRODUCCIÓN

Desde hace miles de años se consumen sustancias psicoactivas, pero en la última década ha cobrado importancia. Actualmente, el consumo de drogas ilícitas es más propenso entre los jóvenes, en especial los hombres jóvenes de zonas urbanas.

Las estimaciones de consumo mundiales, indican que, el consumo de tabaco es del 25% de la población mayor de 15 años, además, teniendo en cuenta que el alcohol es legal en la mayoría de países, la prevalencia anual del consumo a esta sustancia es del 42%. La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol es ocho veces superior al consumo complicado de drogas. Además, el consumo de drogas representa el 10% del total de años de vida perdidos como resultado de sustancias psicoactivas (drogas, alcohol y tabaco), (Informe mundial sobre las drogas, 2012).

El consumo de alcohol es una de las causas que más peso tiene por sí sola en la morbilidad y mortalidad mundiales, se ha estimado que contribuye en el 4 % del riesgo global de muertes en el mundo, muy poco por debajo del tabaquismo que aporta el 4,1% del riesgo global (Alcalá y González, 2005).

Un dato importante a destacar de la Encuesta Estatal Sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) es que la prevalencia del consumo de sustancias en los últimos 30 días en el año 2008 ha sido del 58,5%, menor que los anteriores, pero, por otro lado, el número de borracheras ha aumentado, (Pérez del Río, 2011).

El consumo de alcohol, aumenta el riesgo de provocar diversos problemas sociales, como accidentes, conflictos o violencia familiar, cuanto mayor sea el consumo de alcohol, mayor es el riesgo. Todo esto puede causar daños a terceras personas como pueden ser molestias sociales, permanecer despierto toda la noche o, en casos más serios, deteriorar de manera irreparable un matrimonio, violencia o delitos. Esta sustancia también puede causar lesiones cerebrales, trastornos mentales y/o de conducta, cáncer, enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales e inmunológicas, entre otras muchas (OMS, 2008).

Los jóvenes son más vulnerables al alcohol que los adultos, ya que son menos conscientes de los daños y los efectos que tiene beber alcohol. Por esto, desde la adolescencia hasta la adultez temprana existen datos que indican que se aumenta la cantidad y la frecuencia del consumo de alcohol y, con todo esto, se aumentan también los problemas relacionados con esta sustancia. Las personas que tienen un mayor consumo de alcohol en la adolescencia, tienen una mayor dependencia alcohólica en los primeros años de la edad adulta y, además, mayores daños en la salud mental (Jefferis y cols, 2005; OMS, 2008).

En un estudio más reciente realizado por Benavides, Delclós, Domingo y Ruíz (2013) en Barcelona, sobre el consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España, muestra que el consumo de drogas psicoactivas está muy extendido por Europa y, en España, según las encuestas a población de 15 a 64 años, entre los consumos más prevalentes está el alcohol, que diariamente lo consumen el 10% de la población, además, en los hombres que se dedican a la hostelería, actividades primarias y construcción aumenta el consumo de alcohol con respecto a la industria, aunque confirma que el consumo de hipnosedantes, cannabis y otras drogas era mayor en hombres desempleados.

Un concepto que ha tomado relevancia en este sentido es la resiliencia, cuya definición más aceptada es la de Garmezy (1991) que la define como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”.

En España, Becoña, López, Lorenzo, Miguez y Vázquez (2006) han estudiado esta relación, entre la resiliencia y el consumo abusivo de alcohol en una muestra de jóvenes de entre 14 y 25 años. Este estudio encuentra que las personas que no consumen tienen mayor resiliencia que los que sí consumen.

Según Becoña (2007), la comparación por edades indica que la resiliencia se incrementa con la edad, esto lleva a que se encuentren varias diferencias importantes según los consumos de todas las bebidas por edades, es decir, conforme van pasando los años, las personas van incrementando, a su vez, el consumo de alcohol.

Además, un estudio sobre cómo perciben la resiliencia en mujeres con cáncer de mama y un grupo control, muestra que la resiliencia es mayor en el grupo de mujeres con cáncer de mama que en el grupo control (García-Maroto, Latorre y López, 2015).

Otros autores, realizaron un estudio para investigar la relación de la resiliencia y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y, encontraron que la resiliencia apunta a una visión positiva de la vida, promueve emociones positivas y puede servir como factor de protección para la salud mental, en este estudio, por tanto, se encontraron correlaciones positivas entre resiliencia y calidad mental en estas personas, (Quiceno y Vinaccia, 2013).

Por otro lado, se ha podido observar la importancia de la resiliencia, en un estudio sobre la resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes, de Crespo y Fernández (2015), en dicho estudio se mostró que los cuidadores altamente resilientes tendieron a manifestar una menor preocupación por los problemas de la persona mayor, y presentaron menores niveles de sintomatología depresiva y/o ansiosa, por tanto, pone de manifiesto la importancia de la resiliencia como factor de protección en el ámbito de estrés crónico.

Además de resiliencia, se ha podido observar en diversos estudios la influencia del optimismo disposicional, que se explicarán más adelante.

El optimismo disposicional, es definido por Scheier y Carver (1981) como la expectativa o creencia estable, generalizada, de que en la vida ocurrirán cosas positivas. Dicha definición se refuerza en el modelo de autorregulación de conducta que sugiere que cuando surgen dificultades las expectativas favorables incrementan los esfuerzos de las personas para alcanzar los objetivos y las expectativas desfavorables reducen los esfuerzos.

Según Seligman, una persona optimista asume la responsabilidad de todo aquello que le ocurre. El optimismo es *“la capacidad de formarse ilusiones positivas, de ser capaz de ver el mundo de manera benévola; se produce, al igual que el pesimismo, como resultado de ciertas desfiguraciones de nuestra mente en la forma de apreciar, sentir y recordar las vivencias”*, (Avia y Vázquez, 2001).

Con todo esto y según Seligman (1991), se puede decir que las personas optimistas suelen ser más esperanzadoras y perseverantes, además, tienen una mayor autoestima y generan acciones más exitosas, por tanto, otro aspecto importante es la esperanza, ya que tienen cierta relación con el optimismo.

Un estudio sobre el optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama, realizado en el año 2014 por Pastells y Font, muestra una relación del optimismo disposicional con diversos aspectos de la calidad de vida de estas mujeres, los resultados de este estudio fueron que las mujeres con cáncer de mama más optimistas sienten menos ira, menos dolor, menos cansancio y sienten más ilusión que las mujeres pesimistas.

Además, se realizó un estudio, el cual toma en consideración las dificultades que puede presentar una persona con diabetes en sus interacciones sociales, y se ha comprobado, en el área de salud, que el apoyo social aumenta la probabilidad de que la persona se ajuste mejor a la enfermedad. En dicho estudio se pudo observar que el optimismo es un factor de gran importancia, ya que afirma que las personas optimistas tienen un mayor apoyo social que las personas pesimistas, (Lugli y Rondón, 2013).

Por otra parte, un estudio que analizaba las variables optimismo y afrontamiento en cáncer pediátrico, el cual tenía como objetivo evaluar los niveles de optimismo en los peores momentos del proceso oncológico, mostró que los pacientes “pesimistas” tendían a “auto- inculparse” y a “buscar apoyo espiritual”, estrategias que no utilizaban los pacientes “optimistas”, por tanto, este estudio afirma que el optimismo podría ser una condición necesaria para sobrellevar la enfermedad de una manera más adaptativa, (Castellano, 2015).

Otra variable de gran importancia es la esperanza, definida por Snyder (2002) como “un estado motivacional positivo que se basa en una energía orientada a metas y vías de acción (planificación para lograr las metas) derivados interactivamente” (Snyder, 2002. p. 250).

En un estudio realizado por Horton y Wallander (2001) con niños, se puede observar que existe una correlación negativa entre el nivel de esperanza de la persona y los síntomas depresivos de la misma, pudiéndose, de esta manera, concluir que la esperanza protege a los niños de experimentar ansiedad y/o depresión por el grado de dificultad al enfrentarse a situaciones estresantes para éstos.

Además, dada la importancia que tiene la esperanza en las enfermedades crónicas, Mercedes Puchol Martínez, psicóloga española, realizó un trabajo en 2012 a petición de familiares de personas con trastornos mentales, para poder seguir sosteniendo a sus familiares o amigos aquejados con estas enfermedades. Observó lo duro que es dicha enfermedad y les proporcionó esperanza a familiares de personas con psicosis, dada la importancia de esta variable en este tipo de enfermedades y, posteriormente los familiares pudieron llevar la situación de forma más amena.

Cabe destacar un estudio realizado por Irving y cols (2004), en el que se analizó la eficacia de una intervención dirigida a desarrollar esperanza en una muestra de pacientes con enfermedades mentales, los cuales requerían tratamiento. Esta intervención en esperanza, se realizó de forma previa al inicio de dicho tratamiento de cada sujeto, realizando una pre terapia de cinco sesiones. Los resultados que se hallaron fueron significativos, ya que aumentó la esperanza y se redujeron los síntomas, sobre todo en aquellas personas que tenían altos niveles previos de esperanza.

Existen diversos programas de intervención relacionados con el alcoholismo. Por un lado, se elaboró una estrategia de intervención educativa para la familia de una persona que sufre alcoholismo (Fernández, Hernández y Louro, 1997). Desde un programa de intervención psicosocial se han realizado cambios actitudinales y una reducción del consumo de alcohol en adolescentes (Moral, Ovejero, Rodríguez y Sirvent, 2009). Alonso y García (2002) realizaron una evaluación en programas de prevención de recaídas para personas dependientes del alcohol.

A pesar de los estudios nombrados anteriormente, entre otros muchos, no existen estudios en los que se realiza un programa de intervención con jóvenes dependientes de alcohol, interviniendo en las variables optimismo, esperanza y resiliencia.

Por tanto, se ha querido diseñar una intervención para mejorar el optimismo, la esperanza y la resiliencia en jóvenes con problemas con el alcohol. Dicho programa trata con las personas que poseen el problema con el alcohol directamente analizando dichas variables que se consideran fundamentales a la hora de superar y así, vencer, ese problema.

## MÉTODO

### **Muestra**

La propuesta de intervención va dirigida a personas alcohólicas, específicamente a jóvenes varones, que se sitúen en un rango de edad de entre 18 y 25 años.

Para realizar dicha propuesta, se seleccionarían a 10 hombres con alcoholismo.

### **Instrumentos**

Para realizar la propuesta de intervención, se han utilizado instrumentos para medir el nivel de esperanza, optimismo, resiliencia y ansiedad de los sujetos expuestos a dicho programa.

El test Life Orientation Test, revisado LOT- R (Sheier, Carver y Bridges, 1994). LOT-R consiste en 10 ítems en escala Likert de 5 puntos (siendo 0 muy en desacuerdo y 4 muy de acuerdo), de los 10 ítems, 6 ítems pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional, por un lado, tres de estos ítems están redactados en sentido positivo (optimismo), y los otros tres en sentido negativo (pesimismo), los otros 4 ítems se podrían decir que son ítems “de relleno” que sirven para “despistar” a la persona del contenido del cuestionario.

Los tres ítems, que como se ha dicho anteriormente, están redactados en sentido negativo se revierten y se consigue una puntuación total orientada hacia la dirección optimismo. La fiabilidad de la escala fue de .78.

Por otra parte, para analizar la variable resiliencia, se ha utilizado el cuestionario de Connor- Davidson Escala de Resiliencia CDRISC, (Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC; Connor y Davidson, 2003), el cual ha sido validado en español por Crespo, Fernández-Lansac y Soberón en el 2014 para situaciones de estrés crónico, consta de 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert (0 en absoluto y 4 casi siempre), agrupándose en una única dimensión.



El rango de esta escala va de 0 a 100, a mayor puntuación, mayor resiliencia. El cuestionario mostró buenas propiedades psicométricas en el estudio de validación en la población estadounidense (alfa de Cronbach de .89).

El cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo, (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, (1982). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA.), está formado por escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y rasgo (R), 20 ítems por cada escala, donde se contestará del 0 al 3 (0 es nada, 1 es algo, 2 es bastante y 3 mucho). En la primera, ansiedad estado se encuentran los sentimientos subjetivos de tensión y aprensión. En la segunda, ansiedad rasgo se establece una diferencia entre sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes y, como consecuencia, elevar su ansiedad estado.

Las puntuaciones pueden variar desde 0 hasta 60, la corrección se realiza con una plantilla con los baremos correspondientes, contando los puntos de los ítems de ansiedad positivos y los negativos. El coeficiente alfa de los estudios originales se encuentra entre .83 y .92.

Finalmente, para analizar la variable esperanza, se utilizará la Escala de Esperanza de Herth (1991). Esta Escala traducida por Arnau et al. (2010), consta de 28 ítems, en formato Likert con 4 opciones de respuesta, (0 es nunca y 4 con frecuencia). Dicha Escala consta de 4 factores; Optimismo y Soporte Espiritual, Desesperanza, Agencia y Soporte social y pertenencia.

Por un lado, el factor Optimismo y Soporte Espiritual supone la presencia de fe, fortaleza interior y confianza en la capacidad para el logro de las metas, consta de 11 ítems y tiene un valor alfa de .81. El factor Desesperanza incluye la percepción de un estado general de pesimismo, desaliento e indefensión ante el futuro, consta de 6 ítems y tiene un valor alfa de .82. El tercer factor, Agencia, evalúa la capacidad de la persona para establecer y/o comprometerse con metas al futuro, consta de 6 ítems y tiene un valor alfa de .76.

Finalmente, el factor Soporte social/ Pertenencia, evalúa la percepción de la existencia de relaciones con otras personas que pueden ser fuente de apoyo y gratificación, consta de 5 ítems y tiene un valor alfa de .71. El total de valor alfa en estos 28 ítems es de .885.

## **Procedimiento general**

Para poder realizar el programa de intervención para personas alcohólicas, se contactará con un centro de adicciones de Alicante, el cual trabaja con diferentes tipos desde adicciones desde todo tipo de drogas, hasta sexual o adicción al juego. En este caso, se contactará con el departamento que trabaja con personas adictas a bebida alcohólicas, seleccionando a 10 varones que se sitúen en un rango de edad de 18 y 25 años, además tienen que tener cierta motivación para realizar la propuesta de intervención. Tienen que ser personas que hayan decidido salir del consumo por sí mismos, es decir, que no estén obligados a realizar el tratamiento y, además deben estar al menos 2 meses abstinentes. A todo lo anterior, ha de sumarse que los sujetos no padezcan ninguna enfermedad mental.

Para seleccionar a los sujetos, se tendrán en cuenta ciertos criterios de inclusión, como que los usuarios han de estar en un rango de edad de entre 18 y 25 años y, criterios de exclusión, como que los sujetos no han de llevar más de dos años con el problema y no han de llevar más de un mes con el tratamiento.

## **Procedimiento específico**

### Sesiones

Para poder elaborar el plan de intervención adecuado para jóvenes con problemas con el alcohol, se van a realizar 8 sesiones, con el contenido correspondiente para su funcionamiento, cada sesión durará 2 horas. Cada una de las sesiones que van a detallarse, se realizarán una cada semana, sumando un total de 8 semanas de programa. Además, a los dos meses de la finalización de dicho programa se realizará una sesión de seguimiento, para poder observar si los cambios se mantienen y, con todo esto, se volverán a pasar los instrumentos utilizados en el programa.

### Sesión número 1: Conocer a las personas.

Objetivo: Conocer a los usuarios y que se conozcan entre ellos y realizar el pre-test.

Contenido:

En esta primera sesión, los usuarios tendrán 30 minutos para presentarse y el terapeuta les explicará, a continuación, en qué va a consistir el programa que van a realizar, se utilizará para esto, otros 30 minutos.

Además, la hora restante de la sesión, se utilizará para realizar el pre-test, realizando todos los cuestionarios necesarios, para poder observar cómo se encuentran los sujetos en las variables que van a estudiarse.

Materiales: Una libreta para poder apuntar anotaciones, la Escala de Esperanza de Herth, el test de optimismo LOT, Life Orientation Test, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y el cuestionario de CDRISC Connor- Davidson Escala de Resiliencia.

## Sesión número 2: Historia personal.

Objetivo: Conocer la historia personal de cada usuario.

Contenido:

En esta segunda sesión se utilizará la primera hora para que los usuarios escriban aspectos de su vida, individualmente se les hará una serie de preguntas, que se explicarán a continuación, de forma escrita.

Este instrumento se denomina “anemesis personal”, está formado, en primer lugar, por una descripción de la familia del usuario, especificando nombres de los familiares, fechas, situaciones económicas a lo largo del tiempo en la familia, su infancia, personas conocidas, personas en las que confía, personas que les ponen normas y personas que les ha tapado a lo largo de su vida, entre otras cosas. Además, también se les pregunta sobre su relación sentimental actual, si la tienen, y las relaciones que han tenido pasadas. También, se les pregunta por las relaciones que tienen con sus iguales y con sus superiores desde los profesores que tuvieron en el colegio hasta los jefes de trabajo, han de escribir también sobre sus relaciones sexuales, ya sean con sus parejas o no.

La hora restante se utilizará para reflexionar, entre todos los miembros del grupo, sobre los aspectos que hayan podido influir en su vida a la hora de afrontar las situaciones difíciles y las complicaciones por las que han tenido que pasar cada miembro del grupo y, de esta manera, que aspectos y/o situaciones han podido favorecer a la hora de consumir, se les propondrá realizar, en casa, una lista de las situaciones de alto riesgo que consideren para ellos mismos.

Material: Hojas para realizar la Anamnesis familiar y bolígrafo.

### Sesión número 3: Situaciones de alto riesgo (SAR).

Objetivo: Proporcionar a los usuarios la información necesaria para saber qué es una SAR, que identifiquen las suyas propias y sepan estrategias para poder superarla.

Contenido:

Esta sesión es una continuación de la sesión número dos, en primer lugar, se realizará una breve definición de las situaciones de alto riesgo.

Después, se comentará el ejercicio que se les propuso en la sesión dos, empezará un usuario relatando sus situaciones de alto riesgo y con ayuda de sus compañeros llegará pautas para poder resolver ese tipo de situación, esto se realizará con todos y cada uno de los usuarios.

Antes de llegar a las pautas para solucionar la situación, se le pedirá a cada sujeto que defina su estado de ánimo, cómo se siente teniendo esas situaciones de riesgo presentes, posteriormente, se les volverá a pedir una palabra que defina su estado de ánimo y, cómo se sienten una vez conseguido las pautas para poder resolver la situación. Se podrán observar diferencias que les ayudará a reflexionar a cada uno de ellos.

Material: libreta y bolígrafo.

### Sesión número 4: Optimismo.

Objetivo: Conocer el grado de optimismo que posee cada usuario y ofrecer estrategias para mejorarlo.

Contenido:

Al principio de esta sesión se debatirá sobre las tareas que, en la sesión anterior, se mandaron para casa, durante media hora.

Por otra parte, se va a trabajar el optimismo de los usuarios con ejercicios.

En primer lugar, se les pedirá a los usuarios que realicen una lista de al menos 4 cosas negativas que le han ocurrido el último mes, si no le ha ocurrido ninguna, se le pedirá al usuario que se imagine situaciones que a él/ella le afectaría y/o desestabilizaría si pasara. Después se les pedirá que al menos de cada situación, anoten dos aspectos positivos.

Posteriormente, se expondrá al resto de compañeros, los cuales aportarán su opinión para ayudarse entre ellos a ver más aspectos positivos de los que ellos mismos han puesto o, en el caso de que no pusieran ninguno, se les ayudaría a ver el lado positivo de las diversas situaciones.

Una vez realizado el ejercicio anterior, se les pedirá a los usuarios, que piensen y se hagan una idea de lo que quieren ser y dónde quieren estar dentro de cinco años, después deberán realizar una ruta por escrito de los pasos a seguir para conseguir lo que han pensado anteriormente, incluyendo dificultades que pueden encontrarse y estrategias que podrían aplicar, por último, se expondrá en el grupo para poder ayudarse entre ellos. Este ejercicio servirá para observar de qué manera se imaginan los usuarios su futuro, si es de una manera positiva o si es de una manera negativa y, a partir de ahí, trabajar con las estrategias que tienen o proponer otras que les sirvan como ayuda para conseguir que al final consigan sus objetivos.

Se finalizará la sesión con un vídeo de Elsa Punset sobre el optimismo, vídeo que luego se comentará entre todos los miembros del grupo durante 15 minutos.

Material: Libreta y bolígrafo, <http://www.rtve.es/alacarta/videos/redes/redes-miradaelsa-20121104-1850/1570381/>

Sesión número 5: Tengamos esperanza.

Objetivo: Mejorar y potenciar la esperanza de los usuarios para salir del alcoholismo.

Contenido:

En esta sesión, se invitará a 5 hombres de un centro de Alicante, encontrándose aproximadamente dentro del rango de edad que se sitúan los jóvenes a los que se les aplicará el programa, que han superado el alcoholismo, contarán su historia y relatan cómo fue el proceso de cada uno de ellos para llegar a la situación en la que están en el presente.

En esta sesión habrá un espacio de 30 minutos para preguntas y/o dudas que tengan los usuarios.

Por último, se les sugerirá que para casa realicen una reflexión y expliquen, qué les han parecido las historias de los invitados y qué aspectos positivos y aspectos negativos (si los tienen) se llevaron de la sesión.

Material: Libreta y bolígrafo.

## Sesión número 6: Disminuir la ansiedad, aumentar la resiliencia.

Objetivo: Proporcionar la información adecuada a los usuarios para que conozcan los conceptos de resiliencia y ansiedad.

Contenido:

En primer lugar, se revisarán y debatirán las reflexiones, que en la sesión anterior se les sugirió realizar. Después, se expondrá el concepto de ansiedad, los efectos y se les proporcionarán estrategias para poder gestionarla adecuadamente como, por ejemplo, técnicas de respiración y relajación y actividades que podrán realizar para distraerse, como caminar, dibujar o escribir reflexiones, entre otras.

Junto al concepto de ansiedad, se explicará el concepto de resiliencia y se pondrán dos vídeos (Vídeo 1 y 2) y, se comentarán en grupo.

En segundo lugar, cada uno de ellos escribirá en un papel uno de sus miedos, es decir, alguna situación en la que ellos no sabrían de qué manera actuar, después meterán todos los papeles en una caja.

Posteriormente, se mezclarán los papeles y cada uno de los usuarios cogerá un papel aleatorio, después, deberán decir estrategias para poder afrontar esa complicada situación, sin decir cada uno qué papel escribió al principio.

Después del ejercicio anterior se realizará una actividad en la que los usuarios deberán escribir contestando a “yo tengo”, refiriéndose al apoyo externo que poseen, “yo soy”, su fuerza interior y “yo puedo”, describiendo las habilidades que posee. Este ejercicio servirá para que los sujetos se den cuenta de las cosas positivas exteriores e interiores que tienen, después compartirán lo que han escrito con el resto de usuarios. Si por algún casual, un usuario no ha puesto nada, los compañeros le ayudarán según las cosas que conoce de él, ayudando así también subirle la autoestima.

Para finalizar, se realizará una “rueda” de salida, donde cada usuario dirá qué se lleva del taller y cómo sale, es decir, con qué estado de ánimo se va a casa.

Material:

1- [https://www.youtube.com/watch?v=E\\_LnRk4wYco](https://www.youtube.com/watch?v=E_LnRk4wYco)

2- <https://www.youtube.com/watch?v=eORMM96cYIQ>

### Sesión número 7: Pensamientos disfuncionales.

Objetivo: Proporcionar conocimientos para que los usuarios sean capaces de desmontar las cogniciones disfuncionales que pueden padecer, para disminuir su malestar.

Contenido:

En esta sesión se les aplicará a los usuarios el inventario de pensamientos automáticos (Ruíz y Luján, 1991), para que vean algunos pensamientos que se les pueda pasar por la cabeza, ya sean irracionales o no, posteriormente se explicarán los tipos de distorsiones cognitivas que pueden tener, poniendo ejemplos de la vida cotidiana de cada persona.

Además, cada usuario individualmente, se les pedirá que desmonte un pensamiento disfuncional, utilizando las hojas de autorregistros de pensamientos.

Finalmente, se realizará una comparación de su estado de ánimo, observando los pensamientos y sentimientos que tenían antes de desmontar el pensamiento y después de haber desmontado dicho pensamiento, para comprobar que se encuentran mejor que antes.

Materiales: Inventario de pensamientos automáticos.

### Sesión número 8: Prevención de recaídas.

Objetivo: Concienciar a los usuarios de la existencia de la escalera de recaídas para que ellos sean capaces de ver dónde se sitúan y sepan manejar la situación, es decir, sepan ir bajando de escalones y realizar post- test.

Contenido:

En esta última sesión, se les ofrecerá la escalera de recaídas que poseen las adicciones para que aprendan en qué punto se van encontrando a lo largo de su vida, entendiendo que la adicción les va a acompañar siempre y que pueden encontrarse en la recaída en algún momento.

En esta sesión, además, se le pedirá a cada sujeto que imagine una situación de recaída y que desarrollen qué harían en dicha situación y cómo la podrían haber evitado. De esta manera, podrán tener herramientas a la hora de una posible recaída.

Para finalizar, se realizarán los cuestionarios que se realizaron en la primera de las sesiones del programa.

Material: Escalera de recaídas, una libreta para poder apuntar anotaciones, el cuestionario de esperanza- desesperanza revidado de Pereyra (TED-R), el test de optimismo LOT, Life Orientation Test, el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) y el cuestionario de CDRISC Connor- Davidson Escala de Resiliencia.

## CONCLUSIONES

Dados los estudios que se han encontrado sobre el aumento de alcohol en jóvenes y de que cada vez es más precoz la edad de inicio en esta sustancia, además de los estudios encontrados sobre la influencia de las variables optimismo, esperanza y resiliencia para afrontar ciertas situaciones y tener mejores resultados de salud, se realizará el programa de intervención.

Se espera que, tras realizar la propuesta de intervención descrita anteriormente, los jóvenes seleccionados para realizarla mejoren el optimismo, la esperanza y la resiliencia y tengan menor ansiedad.

Esta propuesta de intervención tiene ciertas limitaciones, por un lado, puede haber una muerte experimental, ya que pasa cierto tiempo desde una sesión a otra y los jóvenes pueden cansarse y abandonar, además, se trata de una muestra pequeña para poder generalizar dicha propuesta de intervención a otras muestras y, de esta forma, demostrar su eficacia.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcalá, J., y González, R. (2006). Consumo de alcohol y salud pública. *Revista Facultad de medicina*, 49 (6).
- Alonso, M., y García, R. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14 (4), 455-463.
- Anderson, P., Cual, A. y Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Avia, M.D., y Vázquez, C. (2001). Optimismo inteligente. *Psicothema*, 11 (2), 449-450.



- Bartolomé, R., García, J., Martínez, V., Notario, B., Serrano, M.D., y Solera, M. (2011). Reliability and validity of the Spanish versión of the 10- ítem Connor- Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in Young adults. *Health and quality of life outcomes*.
- Becoña, E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas. *Adicciones*, 19 (1), 89-101.
- Becoña, E., López, A., Lorenzo, M.C., Míguez, M.C., y Vázquez, M.L. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol. *Salud y Drogas*, 6, 91-113.
- Benavides, F., Delclós, J., Domingo, P.M., y Ruiz, N. (2013). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 27 (3), 248-253.
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1981). Attention and self-regulation: A control therapy approach to human behavior. *New York: Springer Press*.
- Cassaretto, M., Herth, K., y Martínez P. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Esperanza de Herth en español, 1 (33), 127-145.
- Castañeda, B., Castelblanco, P., Quiceno, J.M., Medina, A., y Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Acta Colombiana de Psicología*, 17 (1), 61-70.
- Castellano- Tejedor, C. (2015). Optimismo, afrontamiento y cáncer pediátrico: un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 12 (1), 19-38.
- Chico, E., Ferrando, P.J., y Tous, J.M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Crespo, L., y Fernández, V. (2015). Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 31(1), 19-27.
- De la Villa, M., Ovejero, A., Rodríguez, J., y Sirvent, C. (2009). Cambios actitudinales y reducción del consumo de alcohol en adolescentes a partir de un programa de intervención psicosocial. *Adicciones*, 21(3), 207-220.
- Fernández, P., Hernández, P., y Louro, I. (1997). Elaboración de una estrategia de intervención educativa para la familia del alcohólico. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13 (4).
- Font, A., y Pastells, S. (2014). Optimismo disposicional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11(1), 19-29.

- García- Maroto, S., Latorre, J.M., y López, M.L. (2015). Ansiedad, resiliencia e inteligencia emocional percibida en un grupo de mujeres con cáncer de mama. *Ansiedad y Estrés*, 21 (2-3), 115-125.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Horton, T. V. y Wallander, J. L. (2001). Hope and Social Support as Resilience Factors Against Psychological Distress of Mothers Who Care for Children With Chronic Physical Conditions. *Rehabilitation Psychology*, 46(4), 382-399.
- Irving, L.M., Snyder, C. R., Cheavens, J., Gravel, L., Hanke, J. Hillberg, P., et al. (2004). The relationship between hope and outcomes at the pretreatment, beginning and later phases of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14 (4), 419-443.
- Lugli, Z., Rondón, J.E. (2013). Efectos del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18 (3), 193-207.
- Naciones Unidas. (2012). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
- Organización Mundial sobre la Salud (OMS). (2008).
- Pérez del Río, F. (2011). Estudio sobre adicciones: perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en proyecto hombre Burgos. España, Burgos: Asociación Proyecto Hombre.
- Puchol, M. (2012). El sufrimiento en las psicosis y el lugar de la esperanza desde el psicoanálisis. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 12(1), 67-84.
- Quiceno, J.M., y Vinaccia, S. (2013). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Psicología desde el Caribe*, 30(3), 590-619.
- Seligman, M. (1991). *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.

Ruíz, J.J., y Luján, J.E. (1991). *Inventario de pensamientos automáticos*.



ANEXO

Tabla 1: Escalera de recaídas.

10. Retorno al consumo habitual y abandono del propósito de abstinencia.
9. Siguiendo consumos.
8. EVA (Efecto de Violación de Abstinencia) Efectos positivos de la sustancia, disminución de la autoestima, de la autoeficacia...
7. Afrontamiento inadecuado de la SAR (Situaciones de Alto Riesgo).
6. (SAR) Situaciones de Alto Riesgo.
5. Decisiones aparentemente irrelevantes.
4. Permisos y justificaciones que autorizan el consumo y la aparición del estilo de vida anterior.
3. Expectativas positivas sobre los efectos del consumo.
2. Deseo de gratificación inmediata.
1. Desequilibrio en el nuevo estilo de vida.

Tabla 2: Autorregistro de pensamientos:

Qué ocurrió	Qué pensé	Qué sentí	Qué hice	Qué pasó después
	➔	➔	➔	➔
	Preguntas clave			
	↓			
	Qué pienso	Qué siento (pensando así)	Qué haría	Qué pasaría después
	➔	➔	➔	➔

Tabla 3:

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

Se ha de valorar la frecuencia con la que piensa las siguientes situaciones.

0 = Nunca

1 = Algunas veces

2 = Bastantes veces

3 = Con mucha frecuencia

- 1- No puedo soportar ciertas cosas que me pasan.
- 2- Solamente me pasan cosas malas.
- 3- Todo lo que hago me sale mal.
- 4- Sé que piensan mal de mí.
- 5- ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?
- 6- Soy inferior en la gente en casi todo.
- 7- Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor.
- 8- No hay derecho a que me traten así.
- 9- Si me siento triste es porque tengo una enfermedad mental.
- 10- Mis problemas dependen de los que me rodean
- 11- Soy un desastre como persona.
- 12- Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa.
- 13- Debería de estar bien y no tener estos problemas.
- 14- Sé que tengo la razón y no me entienden.
- 15- Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa.
- 16- Es horrible que me pase esto.
- 17- Mi vida es un continuo fracase.
- 18- Siempre tendré este problema.
- 19- Sé que me están mintiendo y engañando.
- 20- ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?
- 21- Soy superior a la gente en casi todo.
- 22- Soy el responsable del sufrimiento de la gente que me rodea.
- 23- Si me quisieran de verdad no me tratarían así.
- 24- Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo.
- 25- Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas.
- 26- Alguien que conozco es un imbécil.
- 27- Otros tienen la culpa de lo que me pasa.

- 28- No debería cometer estos errores.
- 29- No quieren reconocer que estoy en lo cierto.
- 30- Ya vendrán mejores tiempos.
- 31- Es insoportable, no puedo aguantar más.
- 32- Soy incompetente e inútil.
- 33- Nunca podré salir de esta situación.
- 34- Quieren hacerme daño.
- 35- ¿Y si les pasa algo malo a la gente que quiero?
- 36- La gente hace las cosas mejor que yo.
- 37- Soy una víctima de mis circunstancias.
- 38- No me tratan como deberían hacerlo y me merezco.
- 39- Si tengo estos síntomas es porque estoy enfermo.
- 40- Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas.
- 41- Soy un neurótico.
- 42- Lo que me pasa es un castigo que me merezco.
- 43- Debería recibir más atención y cariño de otros.
- 44- Tengo razón, y voy a hacer lo que me dé la gana.
- 45- Tarde o temprano me irán las cosas mejor.

Claves de corrección:

Tipo de distorsión----- preguntas----- puntuación total

Filtraje 1-16-31

Pensamiento polarizado 2-17-32

Sobregeneralización 3-18-33

Interpretación del pensamiento 4-19-34

Visión catastrófica 5-20-35

Personalización 6-21-36

Falacia de control 7-22-37

Falacia de justicia 8-23-38

Razonamiento emocional 9-24-39

Falacia de cambio 10-25-40

Etiquetas globales 11-26-41

Culpabilidad 12-27-42

Los debería 13-28-43

Falacia de razón 14-29-44

Falacia de recompensa divina 15-30-45