

Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 25 No. 2

Junio de 2022

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN JÓVENES CON PROBLEMAS POR ABUSO DE DROGAS

Rodolfo Rentería Cazares¹, Laura Celina Pérez Silva², Fernando Lapuente García³,
Alexis Amelio Fernández Flores⁴ e Irene Carrillo Saucedo⁵
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez
Chihuahua, México

RESUMEN

El consumo de drogas es uno de los mayores problemas de salud pública en numerosos países desarrollados y subdesarrollados. La rehabilitación y recuperación de los usuarios que atraviesan por esta enfermedad es un proceso difícil por la pérdida de sentido y satisfacción con la vida que presentan. Sin embargo, pese a ser una problemática compleja que no puede ser abordada desde un solo modelo de tratamiento, los procesos terapéuticos cognitivo-comportamentales resultan oportunos recursos de rehabilitación y/o recuperación para un efectivo mantenimiento de la abstinencia. A tenor de lo antes expuesto, el presente estudio se ha trazado como objetivo: implementar y evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual en usuarios drogodependientes haciendo énfasis en el fortalecimiento de sus sentidos y proyectos devida. Es una investigación cuantitativa de corte transversal, diseño preexperimental con un grupo de intervención al que se le realizó una preprueba-posprueba como evidencia científica. Los instrumentos de medición empleados fueron: Cuestionario para el consumo de drogas, Escala de satisfacción con la vida y Escala de sentido de vida. Los resultados indicaron un descenso en el consumo de sustancias y por ende

¹ Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Correo electrónico: al199201@alumnos.uacj.mx

² Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Correo electrónico: al199201@alumnos.uacj.mx

³ Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Correo electrónico: al199201@alumnos.uacj.mx

⁴ Doctorado en Psicología. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Correo electrónico: al199201@alumnos.uacj.mx

⁵ Profesora a Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Correo electrónico: al199201@alumnos.uacj.mx

de las consecuencias que trae implícitas tal tipo de conducta adictiva ($W = -.677^b$, $p = .498$). La satisfacción con la vida ascendió luego de la intervención, aunque no fue estadísticamente significativo ($W = -1.1198^b$, $p = .231$). De igual modo, el sentido de vida de los usuarios reportó un ascenso luego de la intervención ($W = -1.186^b$, $p = .236$). El programa resultó efectivo alcanzando resultados satisfactorios, a pesar de que estos no llegaron a ser estadísticamente significativos. Al parecer, la modalidad virtual utilizada para implementar la intervención fue un elemento que entorpeció alcanzar una modificación relevante en las conductas que se estaban buscando transformar. Se recomienda para mayor impacto en próximos programas de intervención para la modificación de las problemáticas de conductas adictivas, asumir un formato de intervención presencial para garantizar mayor aprovechamiento de los entrenamientos de recursos terapéuticos ofrecidos. Al tiempo, que se sugiere con vehemencia trabajar intencionada e intensivamente el componente motivacional para agenciar un mayor compromiso y participación activa por parte de los participantes durante las intervenciones cognitivo-conductuales.

Palabras claves: consumo de drogas, tratamientos cognitivo-conductuales, sentido y satisfacción con la vida, compromiso motivacional.

COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION PROGRAM IN YOUNG PEOPLE WITH DRUG ABUSE PROBLEMS

ABSTRACT

Drug use is one of the major public health problems in many developed and underdeveloped countries. The rehabilitation and recovery of users who go through this disease is a difficult process due to the loss of meaning and satisfaction with the life they present. However, despite being a complex problem that cannot be addressed from a single treatment model, cognitive-behavioral therapeutic processes are appropriate rehabilitation and / or recovery resources for effective maintenance of abstinence. In view of the above, the present study has been set as an objective: to implement and evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention program in drug-dependent users, emphasizing the strengthening of their senses and life projects. It is a quantitative cross-sectional investigation, pre-experimental design with an intervention group that underwent a pre-test-post-test as scientific evidence. The measurement instruments used were: Questionnaire for drug use, Life satisfaction scale and Life meaning scale. The results indicated a decrease in the consumption of substances and therefore of the consequences that such addictive behavior brings ($W = -.677^b$, $p = .498$). Satisfaction with life increased after the intervention, although it was not statistically significant ($W = -1.1198^b$, $p = .231$). Similarly, the users' sense of life reported an increase after the intervention ($W = -1.186^b$, $p = .236$). The program was effective, achieving satisfactory results, despite the fact that these were not statistically significant. Apparently, the virtual modality used to implement the intervention was an element that hindered achieving a relevant modification in the behaviors that were being sought to transform. It is recommended for greater impact in future intervention programs in the modification of addictive behavior problems, to assume a face-to-face intervention format to guarantee

greater use of the training of therapeutic resources offered. At the same time, it is strongly suggested to work intentionally and intensively on the motivational component to ensure greater commitment and active participation on the part of the participants during the cognitive-behavioral interventions.

Keywords: drug use, cognitive-behavioral treatments, meaning and satisfaction with life, motivational commitment.

En la actualidad, se estima que de cada 100 consumidores dependientes solo 20 acude a recibir un tratamiento y únicamente 5 finalizan el proceso íntegramente, de los cuales solo uno mantiene la abstinencia durante el primer año (United Nations Office on Drugs and Crime UNODC, 2018). Estas experiencias, conducen tanto a familiares como a drogodependientes a sentimientos de desesperanza al considerar que es prácticamente imposible superar las conductas adictivas (Álvarez-López, 2020). Sin embargo, es válido aclarar que si es posible mantener una vida de abstinencia y sobriedad como demuestran numerosos estudios aleatorizados, controlados y longitudinales basados en evidencia empírica (Bencoña et al., 2004).

Investigaciones de seguimiento reconocen que hasta cerca de un 40% de pacientes libres de drogas pueden mantenerse abstemios al cabo de los 10 años de haber iniciado tratamiento (Bobes et al., 2007). Un lapso o caída no ocasiona automáticamente el reinicio de la drogodependencia y la absoluta invalidación de la conducta abstemia que el usuario había venido alcanzando (Centro de Integración Juvenil CIJ, 2010). Los episodios de consumo, si son breves y esporádicos, no deben ser interpretados como un fracaso del tratamiento instaurado, sino que deben ser concebidos como una fase más del proceso terapéutico (Bobes et al., 2007).

Entre los elementos que más potencian el mantenimiento de la abstinencia destacan de manera privilegiada la motivación del paciente por llevar a cabo el cambio conductual a partir del uso de contingencias (refuerzos-recompensas) asociadas al consumo de drogas, la calidad y duración del tratamiento (90 días mínimo), el uso de farmacología antagonista compensatoria para proceso de desintoxicación, la variabilidad de ofertas psicológicas como tratamientos para diferentes tipos de drogodependientes, el seguimiento ofrecido en posttratamiento, las relaciones contextuales de apoyo social y, finalmente la prevención de recaídas (Bencoña et al., 2004).

De igual modo, se ha reconocido que las modalidades terapéuticas más eficaces para el

tratamiento de las drogodependencias son las terapias cognitivo- comportamentales, dado que alcanzan los resultados más satisfactorios a corto, mediano y largo plazo, resultando a partir de su implementación la reducción en la frecuencia y cantidad de consumo, la retención en tratamiento, la disminución de sintomatología asociada al consumo y el descenso de conductas desadaptativas como la comisión de actos delictivos (Carroll y Onken, 2005; Finney et al., 2007). A su vez, las técnicas de mayor eficiencia son las de habilidades de afrontamiento. Se ha identificado que obtienen mejores resultados que el entrenamiento en relajación-meditación en la reducción de las tasas de abandono y del consumo de alcohol y cocaína a los tres y doce meses de seguimiento (Rosenow, Monti, Martin, Michalec y Abrams, 2000).

Además de las herramientas de afrontamiento, también se reconocen por su eficacia las terapias de prevención de recaídas y el manejo de contingencias, dado que los efectos de ambas terapias son duraderos, reducen el consumo y no se limitan al tiempo de tratamiento (Irvin et al, 1999). Adicionalmente, se ha detectado que los mejores resultados se alcanzan en el tratamiento residenciales al ofrecer 3 veces menor probabilidad de recaída en los primeros 6 meses de duración (Guydish y Bein, 2001).

Ahora bien, aunque es cierto que en el tratamiento de las drogodependencias se han realizados indudables avances como los descritos en párrafos previos. En reiteradas ocasiones a pesar de alcanzar el mantenimiento de la abstinencia se hace imprescindible un trabajo terapéutico más profundo con los usuarios recuperados para que la vida de estos adquiera sentido y satisfacción, y no sea una constante lucha de tensión y displacer con vistas a evitar la reincidencia. Es imprescindible que se potencie como pieza clave en los tratamientos, el poder favorecer el desarrollo de personas más plenas, capaces y motivadas por su existencia, libres de la esclavitud del consumo y, con nuevas metas orientadas a la satisfacción general en las distintas esferas de su vida.

Sentido de vida y satisfacción con la vida en usuarios drogodependientes.

Según Víctor Frank el “vacío existencial” o falta de sentido de la vida, aunque no es patógeno en sí mismo constituye el caldo de cultivo apropiado para que se desarrolle un tipo específico de neurosis. Contrariamente, la presencia de un sentido de vida estructurado representa a personas más funcionales, reguladas y felices. En esencia, el

sentido de vida da significado y ayuda a encontrar soporte interno a la existencia, prácticamente es la primera fuerza motivadora para afrontar adversidades sin dejarse vencer por ella (Campos, 2016). El sentido de vida se operativiza en la evidencia de una estructuración clara de proyecto de vida, construcción psicológica de elevada jerarquía motivacional que propicia tanto una mayor satisfacción con la vida como un considerable factor de protección ante diversas conductas de riesgo (Zambrano, 2016).

El proyecto de vida, integra de manera estructurada un conjunto de motivos que poseen una elevada connotación emocional y sentido personal para el individuo, son elaborados hacia una perspectiva temporal futura a mediano o largo plazo para las cuales se planifican estrategias correspondientes para su logro (Domínguez, 2007). Es decir, tiene un carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades principales y el comportamiento del individuo, que contribuye a delinear los rasgos de su estilo de vida personal y los modos de existencia característicos de su vida cotidiana en la sociedad (Organización de las Naciones Unidas ONU, 2003). Un mayor sentido de vida se expresa en un proyecto concreto y delimitado que conlleva a una mejor satisfacción con la existencia de la propia persona, al promover el incremento de sentimientos personales de bienestar o felicidad (Pérez-Escoda, 2013).

En el caso de los usuarios dependientes de sustancias, el sentido y la satisfacción con la vida se encuentran seriamente afectados a falta de la elaboración de un proyecto de vida bien estructurado (Masferrer, Font-Moyolas Y Gras, 2012). De hecho, el único proyecto que orienta sus conductas es movilizarse viciosamente en función del abuso de drogas, viven para consumir y consumen para vivir (United States Department of Health and Human Services HHS, 2020). Sin embargo, ni aun el consumo excesivo logra propiciarles satisfacción con la vida transcurrido un tiempo debido a la tolerancia generada ante el abuso frecuente. Se comienza a observar en ellos también un deterioro alarmante y rápido en casi todas las demás áreas de su vida (Cliffors, Edmundson, Kochy Dodd, 1991; Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann y Drane, 2001).

Es decir, a partir de los elementos expuestos anteriormente, bien puede proponerse que existe gran necesidad de trabajar en el tratamiento de las drogodependencias, la satisfacción y el sentido de vida. Sobre todo, si se toma en consideración lo que reflejan investigadores como Parra, Santos y Serrano (2013) que destacan que el proyecto de

vida es determinante para evitar las recaídas. Argumentan, que bajo un modelo humanista existencial se puede disminuir las probabilidades de las recaídas, además, de fungir como una prevención a partir de la resignificación del estilode vida y proyecto personal con el fin de proporcionar al sujeto herramientas para su funcionamiento cotidiano. Incluso, el Manual de Conductas Saludables de Nueva Vida desarrollado por la Comisión Nacional para la Prevención de Adicciones, ilustra que, el proyecto de vida ayuda no solo a la rehabilitación de sustancias, sino a un mantenimiento para disminuir las probabilidades de recaídas, ya que aporta al sentido de mantenerse en abstinencia al enfocarse en proyectos positivos y productivos.

En resumen, prestar especial atención dentro de los intervenciones cognitivo-conductuales a la estructuración de un sentido de vida, operativizado en un proyecto concreto puede resultar un elemento distintivo para lograr una recuperación más duradera. Por supuesto, esto significa menoscabar la atención a otras áreas que han demostrado ser imprescindible cubrir durante los tratamientos de rehabilitación basados en modelos cognitivo-conductuales, porque de hecho, la percepción de satisfacción y sentido de vida dependen en buena medida del desarrollo y equilibrio logrado en otras áreas que es de vital importancia abordar. Sin embargo, si es pertinente destacar de manera reforzada que el fortalecimiento de un estructurado sentido de vida en la implementación de programas de rehabilitación puede constituir un elemento protector de peso para mantener un compromiso motivacional estable, una vez que se reincorporen a la sociedad al concluir un tratamiento. Por consiguiente, a tenor de lo antes expuesto, la intervención en curso se propuso como objetivo evaluar la efectividad de un programa de intervención cognitivo-conductual en usuarios drogodependientes en proceso de rehabilitación, haciendo énfasis en el fortalecimiento de su sentido y satisfacción con la vida.

Método

Participantes

Estudio cuantitativo de alcance descriptivo, corte transversal, diseño de experimentación con grupo de intervención y medición de preprueba-posprueba como evidencia científica. Los participantes se eligieron mediante un muestreo no probabilístico por selección

intencional. Fueron seleccionados once jóvenes dependientes por abuso de sustancias en recuperación de un centro de rehabilitación de San Luis de Potosí. La edad comprendida osciló entre 19-25 años (11 hombres -100%). A los participantes se les informó mediante un consentimiento informado las cuestiones éticas que se seguirían en la intervención, destacándose su voluntariedad para participar en el proceso, la confidencialidad y anonimato en cuanto a los resultados recogidos. Como criterios de inclusión se tomaron en cuenta las siguientes pautas: resultados de los inventarios de sentido de vida, satisfacción con la vida y cuestionario por abuso de sustancia (CAD). En tanto, como criterios de exclusión se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: estar fuera del rango de edad de 19-25 años, no desear participar voluntariamente, haber faltado a más de 2 sesiones seguidas.

Instrumentos

Como instrumentos de medición se utilizaron las siguientes escalas psicométricas descritas a continuación:

Cuestionario por abuso de sustancias: Instrumento autoadministrado compuesto por 20 preguntas con respuesta dicotómica que ofrece información asociada a problemas de consumo y niveles de consumo según el índice de rango alcanzado: no reportó, nivel bajo, nivel moderado, nivel sustancial y nivel severo. Posee una confiabilidad que oscila entre .86 y .95 (Barragán et al., 2014).

Escala de satisfacción con la vida: La escala mide la evaluación global que realiza una persona sobre su vida con base en sus propios criterios y, su medición se realiza con 5 ítems en positivo que poseen cinco alternativas de respuestas en un formato de tipo Likert que varían desde “Totalmente en desacuerdo” (1), hasta “Totalmente de acuerdo” (5). Mayores niveles de puntuación corresponden a mayor satisfacción con la vida al tratarse de una escala tipo Likert (sumativa). La confiabilidad según el valor de alfa de Cronbach es de 0,842.

Escala de sentido de vida: Instrumento compuesto por 20 reactivos diseñado por Crumbaugh y Maholick y validado en la población española por Noblezas. La escala mide el sentido de la vida versus el vacío existencial desde planteamientos logoterapéuticos. Un mayor valor sugiere un mayor nivel de sentido de vida. Su consistencia interna oscila

entre .84 y .88 según valores alcanzados en mediciones de alfa de Cronbach.

Procedimiento

Se llevó a cabo una intervención vía online con un grupo de jóvenes con problemas por abuso de drogas internados en centro de rehabilitación. La intervención estuvo compuesta por nueve sesiones que se agruparon en tres etapas: diagnóstica, desarrollo y evaluación. En la etapa diagnóstica se llevó a cabo en un primer momento la *detección de necesidades* de la población con la cual se trabajaría mediante la revisión de la literatura, entrevista a informantes claves y administración de instrumentos psicométricos, con vistas a realizar una evaluación inicial que serviría de línea base sobre la cual comparar los resultados de la posprueba cuando se aplicasen al finalizar el proceso de intervención. Durante esta etapa también se ejecutó el respectivo diseño, planificación y evaluación del programa de intervención que se implementaría con base en las necesidades detectadas mediante la revisión de la literatura, resultados de la entrevista a informante clave y datos recabados de los instrumentos.

Una vez evaluado la calidad del programa y realizados los ajustes pertinentes, se tomó la decisión de llevar a cabo su *implementación y monitorización* en el campo. Desde la primera sesión concerniente a esta etapa se destacó la importancia de las cuestiones éticas mediante el consentimiento informado, resaltándose la voluntariedad para participar en el proceso, la confidencialidad y anonimato de la información que se recopilaría. A su vez, esta etapa del desarrollo estuvo compuesta por siete sesiones donde se trabajó la concientización de la enfermedad y percepción de riesgo para promover compromiso motivacional (sesión 1), restructuración cognitiva de pensamientos y distorsiones cognitivas (sesión 2), estrategias de afrontamiento basadas en entrenamiento de habilidades sociales para identificar redes de apoyo social y evitación de relaciones interpersonales con consumidores (sesión 3), prevención de recaídas basadas en estrategias de afrontamiento ante las caídas y el efecto de la violación de abstinencia, identificación de situaciones de riesgo y empleo de estrategias de afrontamiento anticipatorias, inmediatas y posteriores a la caída, en caso de producirse (sesión 4), reinserción social basándose en planificación de metas a futuro, búsqueda de empleo y manejo del tiempo libre (sesión 5), estructuración de proyecto y sentido de vida (sesión 6), abordaje de la patología dual, comorbilidad y problemas por abuso de

sustancias (sesión 7).

Vale destacar que en cada una de estas sesiones se trabajó el componente motivacional para establecer un adecuado rapport y clima de empatía y confianza al comenzar cada encuentro, así como monitoreo y rememoración del contenido abordado desde la sesión anterior. Como estrategias de control del aprendizaje al finalizar cada sesión se recibió la retroalimentación del grupo y se propuso el llenado breve de una encuesta tipo Likert autoadministradas de 3 preguntas para sistematizar lo aprendido y tener una valoración estandarizada de la calidad de la sesión impartida. Las técnicas utilizadas en cada sesión fueron diversas según el tema y objetivo a tratar en el encuentro: mindfulness con respiración, psicoeducación, identificación de situaciones y modelado e imaginería como técnicas de exposición, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, planificación de actividades de tiempo libre y ocio, metas y estrategias de búsqueda de empleo, técnicas de afrontamiento y técnicas de la terapia narrativa.

Además, de orientarse tareas o actividades de seguimiento al finalizar cada encuentro con vistas a consolidar lo aprendido. También se compartió material bibliográfico de autoayuda en un grupo social online que se creó de manera particular como complemento para el desarrollo de la intervención y el establecimiento de relaciones y contacto más cercano con los usuarios.

Finalmente, en la etapa de evaluación se aplicó en la posprueba los instrumentos que se habían administrado en la etapa inicial, con vistas a comparar los resultados con la línea base y determinar los cambios producidos. Además, se pidió retroalimentación a los usuarios atendidos sobre cómo percibieron la intervención al llegar su conclusión. De esta manera, se pudo desarrollar tanto una evaluación cuantitativa de preprueba-posprueba, como la reflexión cualitativa del proceso, de modo que permitiese valorar la efectividad de la intervención implementada.

Análisis estadísticos

Para analizar los principales hallazgos obtenidos se utilizó el programa IBM SPSS, versión 22. De la estadística descriptiva, se emplearon los procedimientos de distribución de frecuencias para estimar los datos porcentuales y Wilcoxon para comparar la posprueba-preprueba, por tratarse de una muestra no paramétrica de distribución no normal inferior

a 50 participantes.

Resultados

Niveles de consumo de drogas pre-intervención

Respecto a los niveles de consumo de drogas se observó mediante estadística descriptiva en una tabla de frecuencias el predominio de problemas de abuso severo y sustanciales en la mayoría de los usuarios. Dentro de los niveles de consumo “severos” y “sustanciales” se identificaron usuarios con un abuso preocupante de las sustancias psicoactivas, caracterizados por una dependencia elevada a la sustancia y con serias afectaciones en distintas áreas de la vida de los sujetos como: manifestación de poli consumo, dependencia, alteraciones psicológicas, afectaciones familiares y de pareja, consecuencias y problemas legales, escolares, laborales y búsqueda de tratamientos. Los consumidores que presentaron índices de puntaje de 11 a 20 puntos fueron los que entraron dentro de este grado de consumo y afectación, demandando la necesidad de ser canalizados a un centro o institución especializada en el tratamiento de adicciones. (Centros de atención primaria a las adicciones, centros de integración juvenil) para que se trazasen como meta sugerida la abstinencia (figura 1)

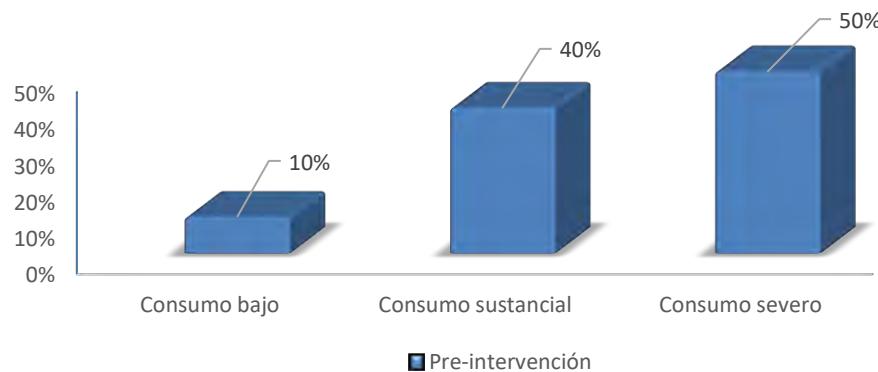


Figura 1: Niveles de consumo antes de la intervención

Las áreas más afectadas fueron las vinculadas a alteraciones psicológicas, físicas, sentimientos de culpabilidad, problemas en las relaciones interpersonales con familiares, pareja y amigos, consecuencias del consumo asociadas a la escuela, trabajo y aspectos delictivos. Sin embargo, también denotaron conciencia de su enfermedad y necesidad

de ayuda como una de las áreas que casi todos destacaron con altos puntajes (figura 2).

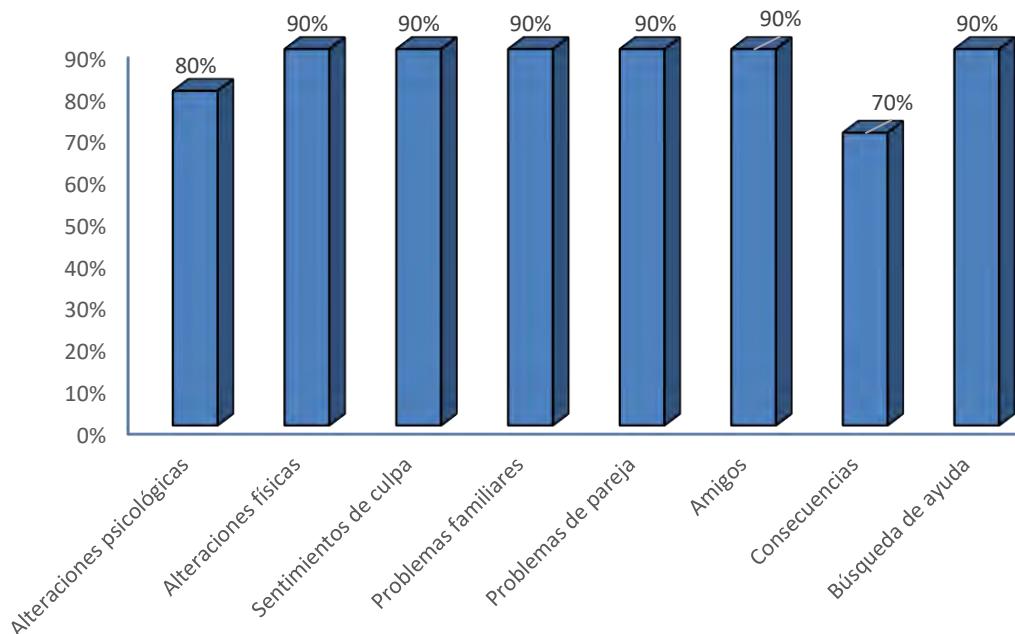


Figura 2: Consecuencias del consumo de drogas

Satisfacción con la vida y sentido con la vida en pre-tratamiento

Respecto a la satisfacción con la vida se encontró que el 63.7% presenta una satisfacción con la vida moderada mientras que el 36.3% manifiesta una satisfacción con la vida alta. Las áreas donde se expresan mayor satisfacción son las preguntas 3 y 4 que aluden a áreas de consecución de planes importantes en sus vidas y satisfacción con la vida actual de manera general. Por su parte, el ítem 5 fue en el que se reportó menos satisfacción. El mismo alude a posibles cambios que pudieran realizar si se les diera la oportunidad (tabla 1).

Niveles de satisfacción	Ítem 1: En la mayoría de las formas de mi vida se acercan a mi ideal.	Ítem 2: Las condiciones de mi vida son excelente	Ítems 3: Estoy satisfecho con mi vida.	Ítems 4: Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en la vida	Ítems 5: Si pudieravivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.
Muy bajo	0.0	0.0	0.0	0.0	27.3
Bajo	0.0	0.0	0.0	00	27.3
Moderado	18.2	18.2	9.0	9.1	18.2

Alto	63.7	27.3	45.5	63.7	18.2
Muy alto	18.2	54.5	45.5	27.3	9.1

Tabla 1: Grados de satisfacción con la vida antes de la intervención

En cuanto al sentido de vida se observó que la mayoría posee un sentido de vida bastante estructurado. Las áreas que denotan mayor fortaleza son las asociadas a las respuestas ofrecidas en los ítems 3, 4, 8, 11, 18 y 19 donde el 100% de los usuarios manifiesta altos niveles de planificación de metas y sentidos de vida satisfactorios, consecución de logros, motivación y esperanzas por seguir adelante, un buen locus de control interno y adecuadas estrategias de afrontamiento a actividades cotidianas. Por su parte, las áreas más afectadas son la de los ítems 12, 13, y 15 que hacen referencia a confusión ante el mundo, limitaciones en la responsabilidad y falta de preparación ante la muerte (tabla 2).

Presencia/ausencia de sentido de vida	Ítem 12: Tal y cómo lo veo el mundo me confunde/ se adapta a mí	Ítem 13: Me considero responsable/ irresponsable	Ítem 15: Con respecto a la muerte estoy: falta de preparación/preparad o y sin temor
Presencia de sentido	0.0	27.3	54.5
Ausencia de sentido	100.0	72.7	45.5

Tabla 2: Sentido de vida antes de la intervención

Comparación de niveles de consumo de drogas: pretratamiento - postratamiento

Al comparar los índices de consumo de drogas antes y después de la intervención mediante análisis de frecuencias se obtuvo que las medias de frecuencia descendieron en los porcentajes de abuso sustancial y severo, además de reportarse un descenso hasta los índices de consumo bajos. Este último tipo de consumo solo necesita una breve recomendación para recordar a la persona los riesgos y consecuencias por el consumo de drogas (tabla 3).

Niveles de consumo	Comparación de medias pre-	Porcentaje pretratamiento	Porcentajes postratamiento
-----------------------	-------------------------------	------------------------------	-------------------------------

postratamiento			
Abuso bajo		0.00%	16.7%
Abuso sustancial	16.50 > 15.66	33.3%	16.7%
Abuso severo		66.3%	66.7%

Tabla 3: Niveles de consumo de drogas después de la intervención

Una vez analizadas estas diferencias mediante la estadística descriptiva, se procedió a aplicar una prueba de Wilcoxon para comparar los rangos medios y determinar si se establecía la existencia de diferencias entre la preprueba y posprueba intra-grupalmente. Se encontró que la intervención tuvo un impacto positivo en la modificación de las conductas y consecuencias del consumo de drogas, aunque, los resultados no llegaron a ser estadísticamente significativos (tabla 4)

Variables	Comparación de medias Pre-postratamiento	Grupo experimental	Grupo experimental	Z	P
Niveles de consumo de drogas pre-pos	16.50 > 15.66	Antes	Después		
		Suma de rangos	Suma de rangos		
		Negativo (1 ^a)	Positivo (4 ^b)		
		5.00	2.50	-.677 ^b	.498

Tabla 4: Comparación de suma de rangos en consumo de drogas pre-postratamiento

Satisfacción con la vida y sentido de vida pretratamiento-postratamiento

La comparación de la satisfacción con la vida entre el pretratamiento y postratamiento reportó un ascenso en los grados de “moderados” a “altos” al analizar los índices del puntaje general de la escala de satisfacción con la vida antes y después de la intervención (figura 3)

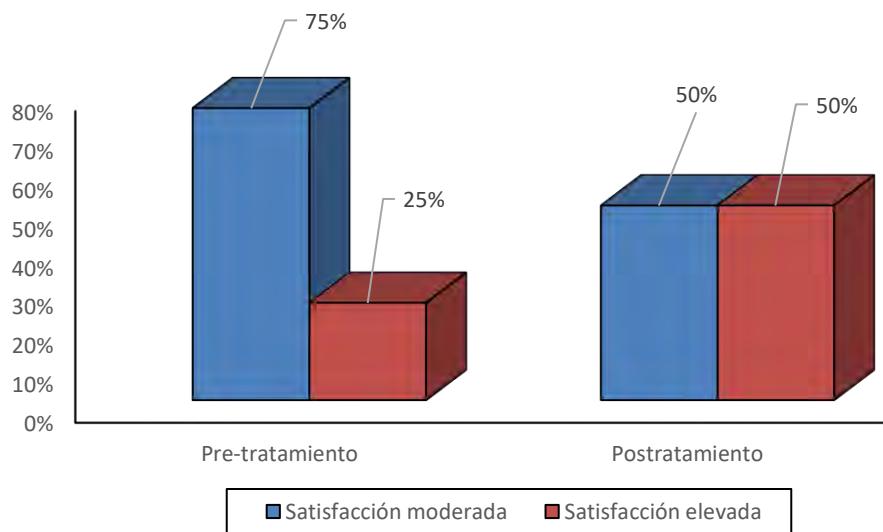


Figura 3: Comparación de porcentajes de satisfacción con la vida pre-postratamiento

Luego de analizar las diferencias frecuenciales se procedió a aplicar una prueba de Wilcoxon para comparar los rangos medios y determinar si se establecía la existencia de diferencias entre la preprueba y posprueba intra-grupalmente. Se encontró que la intervención tuvo un impacto positivo en el aumento de la satisfacción de vida, aunque, los resultados no llegaron a ser estadísticamente significativos (tabla 5)

Variables	Comparación	Grupo	Grupo	Z	P
	demedias Pre- postratamiento	experimental Antes	experimental		
		Suma de rangos	Después		
		Negativo (3 ^a)	Suma de rangos		
			Positivo (5 ^b)		
<hr/>					
Satisfacción					
con la vida	19.00 < 20.63	3.17	5.30	-1.1198 ^b	.231

Tabla 5: Comparación de suma de rangos en satisfacción con la vida pre-postratamiento

Respecto al sentido de vida, se encontró que los puntajes aumentaron en favor del tratamiento, aunque no de manera estadísticamente significativa como puede observarse en la tabla 6, donde se presenta la comparación de resultados preprueba-posprueba mediante procedimientos no paramétricos para muestras relacionadas en la prueba de rangos de Wilcoxon (tabla 6).

Variables	Comparación de medias Pre- postratamiento	Grupo experimental Antes Suma derangos Negativo(2 ^a)	Grupo experimental Después Suma de rangos Positivo (4 ^b)	Z	P
Sentido devida	15.33 < 17.17	2.50	4.00	-1.186 ^b	.236

Tabla 6: Comparación de suma de rangos en sentido de vida pre-postratamiento

Discusión

Según la literatura científica en el campo de las drogodependencias no existe un solo tratamiento que pueda ser considerado único para la recuperación de todas las personas consumidoras. La combinación de múltiples elementos es donde subyace el éxito terapéutico de tratar eficazmente esta problemática. No obstante, existen principios bien delimitados que dictaminan las pautas por las que se han de regir los programas de rehabilitación para alcanzar resultados eficaces en la recuperación de los usuarios (NIDA, 2021).

Entre los aspectos más significativos se reconocen que un tiempo de permanencia pertinente, la motivación por el tratamiento, la calidad ofrecida en el mismo, la participación y seguimientos a sesiones luego de la rehabilitación, así como el apoyo social recibido durante el proceso de tratamiento contribuyen a mejores índices de cese del consumo a largo plazo y recuperación progresiva y funcional en las diferentes áreas de la vida. De los tipos de tratamientos existentes se reconocen como los más efectivos los basados en farmacología, modelos de 12 pasos, comunidades terapéuticas y terapias cognitivo-conductuales (Bencoña et al, 2004).

De manera puntual la terapia cognitivo conductual ayuda a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces permitiéndole anticipar posibles problemas asociados a las recaídas en el consumo de drogas. Además, las destrezas aprendidas persisten después de terminar el tratamiento. Varios estudios reportan que la mayoría de las personas que reciben un enfoque de conducta cognitiva conservan los logros que han obtenido en el tratamiento durante el año siguiente (NIDA, 2021). La prevención

de recaída para el manejo del alcohol, el manejo de contingencias combinado con tratamiento farmacológico, la terapia conductual familiar y de pareja, los programas conductuales multicomponentes y, los de refuerzo comunitario son el grupo de intervenciones en trastornos adictivos que mayor evidencia reportan dentro de este modelo (Secades-Villa y Fernández Hermida, 2003).

En el caso de la intervención llevada a cabo se desarrollaron las sesiones partiendo de las propuestas contenidas dentro del modelo cognitivo conductual por presentar mayor consistencia empírica en los resultados reportados, además de abordarse repetidamente el compromiso motivacional por parte de los usuarios con sus estadios de cambio desde el modelo de Proshaska y Diclemente (Becoña et al., 2008). En los encuentros iniciales se trabajó desde la terapia de Beck con estrategias cognitivas basadas en imaginería, reestructuración cognitiva y autoinstrucciones. Unido a estrategias comportamentales como relajación y mindfulness al inicio de cada sesión. Cabe destacar que, los ejercicios comportamentales antes mencionados constituyeron una herramienta valiosa al comenzar cada encuentro para disminuir las tensiones de los participantes, centrar su atención en las actividades que tendrían lugar luego y, para crear un clima grupal favorable que potenció la posterior ejecución de los intercambios llevados a cabo en cada sesión (Caballo, 1998).

De la prevención de recaídas se abordó intencional e intensivamente la identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, el manejo de autorregistros y los análisis funcionales de los usos de drogas. Así mismo, se propuso la práctica de entrenamientos en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo mediante la imaginería. El objetivo de estas técnicas fue que los participantes adquirieran un cúmulo de conocimientos y destrezas anticipatorias que les sirviesen para tener claridad de cómo evitar situaciones de riesgo, sobre todo en las semanas iniciales donde se expondrían a determinados estímulos que pudieran suponer un riesgo de reincidencia. Conjuntamente, se brindó psicoeducación sobre las medidas que podrían llevar a cabo en caso de producirse la violación de la abstinencia y, cómo retrasar el deseo de consumo o recordar a dónde lo habían llevado caídas y recaídas anteriores.

También, se enfatizó sobre estrategia para afrontar el craving explicando la relación entre las situaciones de riesgos como eventos activantes, los pensamientos asociados y sus

relaciones con los afectos y conductas de reincidencia en el consumo. Finalmente, como herramientas de relaciones interpersonales se potenció la importancia de contar con un plan de afrontamiento general que consistió en identificar con anticipación las redes sociales de apoyo que pudieran servir como mecanismos de compensación ante situaciones futuras de alto riesgo: teléfono de ayuda, listado de amigos y familiares de apoyo cercanos, participación frecuente en grupos de autoayuda luego de finalizar el programa, etc.

Otros elementos significativos dentro de este programa de intervención fueron que conjuntamente a las sesiones ofrecidas, también se presentó abundante material bibliográfico sustentado en evidencia científica. Entre los recursos terapéuticos basados en la bibliografía de autoayuda, se presentó la explicación de técnicas narrativas puntuales que sirvieron como herramientas terapéuticas adyuvantes para la adquisición de habilidades para manejar y reestructurar pensamientos negativos mediante autorregistros, detención de pensamientos, ejercicios para la disminución de sintomatología ansiosa, mejora de la estima personal y otras actividades genéricas propuestas desde la narrativa. Las actividades más recomendadas fueron: “mis cualidades más importantes”, “La carta de despedida”, “La carta desde el futuro”, “Consejo de experto”, “La caja de los recursos”, “Post it para uno mismo”, “5,4,3,2,1 con aceptación”, “Adiós, Hola”, “La carta para los días malos” (Beyebach y de Vega, 2010; Roselló y Bernal, 2007).

Por otra parte, como libros de autoayuda se sugirió al grupo la lectura de: “Reinventa tu vida”, “La culpa es de la vaca”, “200 tareas de terapia breve”, “Estrategias de Autoayuda para reducir o eliminar el consumo de sustancias”, “Manual de Tratamiento para la terapia cognitivo-conductual de la depresión”, etc (Beyebach y de Vega, 2010; Klosko y Young, 2011; OMS, 2010). La bibliografía enviada a dicho grupo y el contacto frecuente, sirvió como un continuo refuerzo durante la semana para mantener la cercanía, agenciar la motivación y recordar la importancia de la implicación en el proceso y participación activa en la ejecución de las tareas orientadas durante cada sesión para agenciar y consolidar un cambio más permanente.

Se concluyó el programa de manera presencial, se abordó durante dos sesiones consecutivas la planificación de metas a corto, mediano y largo plazo para que supieran

qué hacer para conseguir lo que deseaban y mirar más allá del aquí-ahora, así como la adecuada utilización del tiempo libre, manejo del ocio y búsqueda de empleo, con vistas a promover mayor claridad sobre la estructuración de un proyecto de vida sólido que diera sentido y satisfacción a sus vidas. Se dedicaron dos encuentros a desarrollar estas herramientas personales en los participantes, porque es bien conocido que en el tratamiento de las drogodependencias establecer actividades determinadas y ver las formas de llevarlas a cabo permite dar un sentido al tiempo de la persona, lo cual, en muchas ocasiones es clave para resolver problemas psicopatológicos y psicológicos en general (Labrador et al., 2015). En el caso de los usuarios drogodependientes, resulta aún más apremiante dado que la adecuada planificación de actividades de ocio es un objetivo terapéutico prioritario, implica cambiar las relaciones interpersonales con consumidores de droga conocidos, dado que, si este cambio no se agencia, la recaída y el abandono del tratamiento sólo será cuestión de tiempo.

Finalmente, cabe señalar que durante cada encuentro se abordó el componente motivacional y la necesidad de promover el compromiso en los participantes con la intervención, en pos de consolidar los cambios que se estaban intentando promover a través del aprendizaje de todos los recursos presentados. Se enfatizó que, aunque las técnicas enseñadas tenían un amplio sustento empírico, era necesario por parte de los miembros su ejecución diaria para lograr automatizarla como un hábito o habilidad personalizada que contribuyeran a un mayor mantenimiento de su abstinencia.

En resumen, el programa resultó efectivo alcanzando resultados satisfactorios a pesar de que estos no llegaron a ser estadísticamente significativos. Al parecer, la modalidad virtual utilizada para implementar la intervención fue un elemento que entorpeció alcanzar una modificación relevante en las conductas que se estaban buscando transformar. Se recomienda para mayor impacto en próximos programas de intervención en la modificación de las problemáticas de conductas adictivas, asumir un formato de intervención presencial para garantizar mayor aprovechamiento de los entrenamientos de recursos terapéuticos ofrecidos. Al tiempo, que se sugiere con vehemencia trabajar intencionada e intensivamente el componente motivacional para agenciar un mayor compromiso y participación activa por parte de los participantes durante las intervenciones cognitivo-conductuales.

Referencias Bibliográficas

- Álvarez-López, Á. M., Carmona-Valencia, N. J., Pérez-Rendón, Á. L., y Jaramillo-Roa.(2020). **Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes** de Pereira, Colombia. Universidad Y Salud, 22(3), 213–222
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Ramírez García, A.N. y Ramírez Mendoza, C. (2014). **Manual del programa de prevención de recaídas**. Secretaría de salud.
- Becoña, E., y Míguez, M. C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. **Adicciones**, 16(2), 91.
- Becoña, E., Cortes, MT., Pedrero- Pérez, E., y Fernández Hermida, JR., (2008). **Guía clínica de intervención psicológica en adicciones**. 1-156. Barcelona: Socidrogalcohol
- Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2010). **200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja**. 1-424. Heder editorial
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. Ma., Flórez, G., ... Sáiz, P. A. (2007). **Valoración de la Gravedad de la Adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos**. Socidrogalcohol. Valencia: Socidrogalcohol.
- Caballo, V. (1998). **Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos volumen 2**. Cuadernos de trabajo social.
- Carranza, D. y Pedrão, J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas en el ambiente familiar durante la fase de tratamiento en un instituto de salud mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13(spe), 836–844.
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral Therapies for Drug Abuse. **American Journal of Psychiatry**, 162, 1-9.
- Campos, H. (2016). **Sentido de vida en un grupo de jóvenes de un centro de rehabilitación en adicciones de Lima Metropolitana**. (Tesis de Licenciatura). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima.
- Centro de Integración Juvenil CIJ (2010). **Prevención de recaídas. Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Manual de aplicación**.

- Clifford, P. R., Edmundson, E. W., Koch, W. R., y Dodd, B. G. (1991). Drug use and life satisfaction among college students. *International Journal of the Addictions*, 26(1), 45–53.
- Domínguez, L. (2007). Proyecto de vida y valores: condiciones de la persona madura y saludable. *Notas: Boletín: Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*. 3 (1), 44-58.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L. y Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. En P. E. Nathan y J. M. Gorman (Eds.), **A guide to treatments that work** (3^a ed., pp. 179-202). Nueva York: Oxford University Press.
- Guydish, J., Y Bein, E. (2001). Relapse outcomes in a randomized trial of residential and day drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 15–23.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 563-570.
- Labrador, F. J., Estupiñá, F. J., Bernaldo-de-Quirós, M., Fernández-Arias, I., Alonso, P., Ballesteros, F., Blanco, C., y Gómez, L. (2015). Treatment of anxiety disorders in a psychology clinic. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, E83.
- Martínez, E. (2016). **Sentido de la vivencia de abstención al consumo de sustancias psicoactiva en un adolescente.**
- Masferrer, L., Font-Mayolas, S., Y Gras, E. (2012). Satisfacción con la vida y consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. *Cuadernos de Medicina Psicosomática Y Psiquiatría de Enlace*, 102, 6.
- Myers, M. G., Martin, R. A., Rohsenow, D. J., y Monti, P. M. (1996). The relapse situation appraisal questionnaire: Initial psychometric characteristics and validation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(4), 237–247.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A. y Abrams, D.B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance abuse outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.
- National Institute on Drug Abuse NIDA (2021). **Enfoques de tratamiento para la drogadicción. DrugFacts.**
- Organización de las Naciones Unidas. (2003). **Guía práctica de planificación y aplicación.**
- Organización Mundial de la Salud OMS (2010). **Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia.**

- Parra, Á., Santos, J., y Serrano, C. (2013). **Re significación del estilo y proyecto de vida en la prevención de recaídas posterior al Proceso de rehabilitación por consumo de alcohol.** Facultad de Psicología. Universidad de La Sábana.
- Parra, Pérez Escoda, N. (2013). **Competencias para la vida y el bienestar.** En Álvarez, M. y R. Bisquerra, (Coords.). Manual de orientación y tutoría (versión electrónica). Barcelona: Praxis.
- Pereira Espinoza, M. (2017). **Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes cartageneros atendidos por ingreso y recaídas hospitalarias en la clínica de La Misericordia (2016-2021).** Universidad de Cartagena: Colombia
- Roselló, J., y Bernal, G. (2007). **Manual de tratamiento para la terapia cognitiva conductual. Adaptación para adolescentes puertorriqueños.** Universidad de Puerto Rico
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). **Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína.** Madrid: Pirámide
- Tavera, S. y Martínez, M. (2013). **Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el promotor de NuevaVida**
- U.S. Department of Health and Human Services (2020). **Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción Imagen de un cerebro cedido por el estudio ABCD.** https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime UNODC .(2018). **Resumen, Conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Informe mundial sobre las drogas 2018**
- Young, J. y Klosko, J. (2011). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol D.S. Bender (Eds), **Tratado de los trastornos de la personalidad** (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson.
- Zambrano, J. (2016). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. **J Child Psychol Psychiatry; 50** (4):386-395.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E. y Drane, W. J. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescent substance abuse. **Journal of Adolescent Health, 29,** 279-288.