

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015



Universidad Miguel Hernández de Elche

Modalidad: Trabajo de carácter profesional

Título: Propuesta de intervención en Prevención de Recaídas en un
caso de Cannabis

Autor: José Antonio Sempere Orts

Tutor: José Luís Carballo Crespo

Elche a 10 de septiembre de 2015

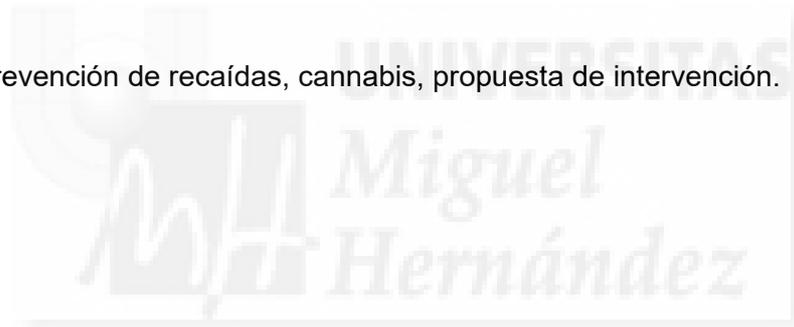
Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Método	6
3.1. Participante	6
3.2. Variables e instrumentos	7
3.3. Procedimiento.....	10
4. Resultados.....	10
5. Propuesta de intervención	15
5.1. Descripción de la propuesta de intervención	15
5.2. Desarrollo de la propuesta de intervención	16
6. Discusión	19
7. Referencias	21
Anexo 1	24

1. Resumen

El objetivo del estudio es diseñar una propuesta de intervención en Prevención de recaídas en un sujeto abstinentes al cannabis y para ello se lleva a cabo un análisis de un diseño de caso único. Son numerosos los casos de recaídas durante los primeros meses de abstinencia en consumidores de cannabis, este fenómeno se puede paliar mediante la aplicación de un programa de Prevención de Recaídas. El participante del presente estudio es un varón de 22 años que se encuentra en una situación de abstinencia al consumo de cannabis tras haber sido consumidor dependiente de esta sustancia. Para la elaboración de la propuesta de intervención se ha realizado una evaluación y valoración de las siguientes variables implicadas en el mantenimiento de la abstinencia: motivación, situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, ansiedad y depresión. Tras la evaluación se ha diseñado una propuesta de intervención individualizada para prevenir posibles recaídas que consta de cuatro sesiones donde se tratará de potenciar los factores influyentes en el mantenimiento de la abstinencia en el sujeto por medio de técnicas como la entrevista motivacional, el entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, solución de problemas y toma de decisiones.

Palabras clave: prevención de recaídas, cannabis, propuesta de intervención.



2. Introducción

En la actualidad existe una grave problemática social, principalmente en la población joven, respecto al consumo de cannabis y su adicción. Según los datos del último Plan Nacional sobre Drogas (2015) la prevalencia del consumo de cannabis en España es del 2'2% de la población total, siendo la edad media de inicio en su consumo de 18,6 años. Mientras que otro dato a destacar es el poder adictivo y destructivo que posee el cannabis, pues el 25% de las personas que lo han consumido en el último año son actualmente consumidores de riesgo. Por ello, tan importante como el tratamiento de la adicción es el seguimiento y la Prevención de Recaídas (PR). Son numerosos los casos de recaída que se dan en los tres primeros meses tras el abandono del consumo del consumo (Echeburúa, de Corral y Amor, 2004), para evitarlo se debe llevar a cabo un programa individualizado de Prevención de Recaídas que evite o disminuya notoriamente la probabilidad de abandonar la abstinencia. El programa de tratamiento de PR debe realizar una evaluación inicial de los procesos implicados en las recaídas y abordar una intervención específica de los aspectos deficitarios del sujeto (Secades, 1997).

El consumo de cannabis puede reportar graves consecuencias, de carácter nocivo, sobre la salud del consumidor. Algunas de las consecuencias negativas más relevantes que se pueden producir, derivadas del consumo de cannabis, son (Merino, 2000) : la dependencia y/o adicción, el cáncer, principalmente de pulmón, garganta y lengua debido a la vía de administración pulmonar, así como graves enfermedades y afecciones en el aparato respiratorio. Por otro lado, el consumo de esta sustancia puede actuar como factor desencadenante de ciertos tipos de enfermedades mentales cuando previamente existe un factor biológico de predisposición a dicha enfermedad. También cabe mencionar los efectos nocivos en el feto si se consume cannabis durante el período de gestación e incluso durante la lactancia.

En consecuencia, para el tratamiento de las conductas adictivas es recomendable el empleo de programas multimodales donde se combinen distintos tipos de tratamientos, psicológicos y/o farmacológicos, así como el empleo de distintas técnicas de intervención. Así pues, Mother y Weitz (1986) definen este proceso, de abandonar el consumo de drogas, en distintas etapas. En primer lugar se debe admitir el problema que tienen uno mismo con las drogas y tomar la decisión de abandonarlas. A continuación deberá dejar de consumir drogas totalmente, es decir, superar la abstinencia física y deshabituarse psicológicamente. De forma paralela el sujeto que desee abandonar en consumo de cannabis deberá producir ciertos cambios en el estilo de vida que permitan la adaptación al ámbito familiar, social, laboral y comunitario. Esta etapa crucial para alcanzar el éxito en el propósito de abandonar el consumo, en ella se deben adquirir nuevas habilidades y recursos. Finalmente, se deberán afrontar problemas de la vida diaria, así como contemplar la posibilidad de que existan futuras crisis y recaídas. En esta última fase se deberán consolidar los logros terapéuticos para mantener su proyecto personal de cambio.

Llegados a este punto, un concepto que cabe tener en cuenta es el de recaída. Según Marlatt y Gordon (1985), los episodios de recaída en los trastornos adictivos suelen aparecer asociados a tres tipos de situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, etc.), conflictos interpersonales (discusiones de pareja, problemas laborales, etc.) y presión social (invitaciones a consumir, mantener el mismo círculo de amigos, etc.)

Así mismo, entendiendo la recaída como cualquier retorno al comportamiento o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y cambio del estilo de vida, que como mínimo ha de ser de uno a tres meses. De esta manera, se pueden distinguir distintos tipos de recaída (Litman et al., 1983): (1) Evento discreto que se inicia con el retorno al consumo de drogas, (2) proceso que, de forma insidiosa, conduce de nuevo al consumo, (3) retorno al consumo de drogas con la misma intensidad, (4) consumo diario durante un número específico de días y, por último, (5) como una consecuencia del consumo de sustancias.

Para la realización de un programa de tratamiento eficaz contra la adicción al cannabis, según Solé (2000), éste debe constar de una primera fase de desintoxicación donde se abandone el consumo y sus efectos en el organismo, seguido de una segunda fase de deshabitación en la que se produzca un cambio comportamental que desemboque en un cambio del estilo de vida. Para que se produzca dicho cambio el tratamiento de intervención más efectivo es el cognitivo-conductual a nivel individual, que en función de las características personales del sujeto se podrá reforzar con tratamiento grupal e intervención familiar. Las técnicas de intervención empleadas para el tratamiento de adicción al cannabis pertenecientes al enfoque cognitivo-conductual son: counseling, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas, refuerzo de conductas alternativas.

Tras la superación de las fases de desintoxicación y deshabitación encontramos diversos factores que propician el mantenimiento de la abstinencia, son los llamados factores de mantenimiento. Entre ellos podemos destacar por su caudal importancia: la evitación de situaciones de tentación, los cambios en el estilo de vida y el desarrollo de nuevos intereses más allá del consumo (Ellingstad, Sobell, Sobell, Eickleberry y Golden, 2006).

En función del origen interno de estos factores de mantenimiento se puede describir otro fenómeno: la recuperación natural o autocambio. Se entiende la recuperación natural como la mejoría que se da en determinados trastornos psicopatológicos a pesar de la ausencia de tratamiento formal (Carballo, 2007). Aunque existen escasos estudios de prevalencia de recuperación natural en casos de cannabis, en uno de los estudios más relevantes al respecto cifra en un 16% el número de consumidores de marihuana, abstinentes durante el último año, que habían solicitado algún tipo de tratamiento (Cunningham, 1999). Estos datos arrojan un alto índice de autocambiadores en el abandono del consumo de cannabis.

En la presente estudio, algunos de los modelos de intervención que deben ser destacados son: la Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (1999) y la Prevención de Recaídas de Marlatt (1993). Uno de los más importantes modelos de tratamiento en la prevención de recaídas es el modelo motivacional de Miller y Rollnick (1999), la Entrevista Motivacional. Este modelo asume que el paciente es responsable de cambiar su conducta adictiva por medio de la ambivalencia utilizando técnicas como: la escucha activa, valoración de pros y contras, apoyo a la autoeficacia, retroalimentación y la formulación de frases automotivacionales. Se puede definir como un estilo de conversación colaborativo cuyo propósito es reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio. En definitiva, el terapeuta enfatizará en la importancia de la elección personal del paciente en lo que respecta al cambio de conducta, evitando discutir o confrontarse con el paciente, buscando que la confrontación aparezca intensamente en el paciente como consecuencia de la percepción de discrepancias internas (Martín, 2002).

Para Marlatt (1993), la prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaídas en el cambio de conductas adictivas. En este sentido el trabajo de prevención de recaídas en general está relacionado con el aumento de la capacidad individual para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo. Para ello, la prevención de recaídas combina los procedimientos conductuales de entrenamiento de habilidades, la terapia cognitiva y el re-equilibrio del estilo de vida.

El objetivo principal del presente estudio es el análisis de las posibles variables que pueden influir en el mantenimiento de la abstinencia al consumo de cannabis en una muestra de caso único de un sujeto abstinentes, así como la elaboración de una propuesta de intervención individualizada con el fin de lograr mantener dicha abstinencia y prevenir posibles recaídas.

3. Metodo

El presente trabajo se ha realizado mediante el método de estudio de caso. Se trata de una propuesta de intervención cuya finalidad es prevenir posibles recaídas en el consumo de cannabis en un sujeto abstinentes. A continuación se describirá la muestra objeto de estudio, las variables observadas e instrumentos empleados.

3.1. Participante

El sujeto seleccionado para la realización del siguiente estudio de caso se trata de un varón de 22 años de edad, estudiante universitario de último curso de la titulación de Grado en Historia, que

reside en el hogar familiar en la provincia de Alicante y tiene un nivel socio-económico medio. El sujeto, según la entrevista autobiográfica, cuenta con un historial de consumo que da comienzo a los 16 años de edad y con una duración de 8 años, encontrándose ahora mismo abstinentes desde hace más de tres años. Considerándose al participante apto para la realización de este estudio y posterior propuesta de intervención ya que cumple con los criterios de inclusión y no ha sido descartado en base a los criterios de exclusión, que se citarán a continuación.

Para la elección del sujeto protagonista de este estudio de caso se han atendido a los siguientes criterios:

Los criterios de inclusión empleados en este estudio considerados como necesarios (pero no suficientes) para incluir al sujeto dentro de la muestra a analizar son:

-En primer lugar, mantenerse abstinentes del consumo de cannabis durante al menos un año. Durante este periodo de abstinencia el número de recaídas, en forma de consumo ocasional, no superará la cantidad de dos recaídas.

-Haber cumplido, durante el periodo de consumidor, los criterios diagnósticos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 1994) de dependencia al cannabis. Estos criterios hacen referencia, al menos durante los últimos 12 meses, a la presencia de tolerancia, abstinencia, frecuencia, necesidad y repercusión negativa en actividades sociales, laborales o recreativas.

Por otro lado, los criterios de exclusión que se han empleado para descartar a sujetos de la muestra de estudio han sido los siguientes:

-Presentar patología dual (trastorno de la personalidad, trastorno de ansiedad, trastorno mental, trastorno del estado de ánimo, trastorno adaptativo, etc).

-Presentar poliadicción, es decir, adicción a varias sustancias simultáneamente.

3.2. Variables e instrumentos

Las variables evaluadas en este estudio han sido: motivación, situación de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, factores de mantenimiento, ansiedad, y depresión.

En primer lugar, la adecuación a los criterios de inclusión y los criterios de exclusión ha sido evaluada mediante la realización de una entrevista biográfica (Anexo 1), sin la cual no se hubiese considerado un sujeto válido para la realización del presente estudio.

La motivación es el proceso adaptativo que energiza y dirige el comportamiento hacia un objetivo o meta de una actividad, a la que instiga y mantiene. En concreto se ha evaluado bajo el término motivación la inclinación, disposición y constancia del sujeto en sus pensamientos y acciones

encaminadas al abandono y mantenimiento de la abstinencia del consumo de cannabis. Esta variable ha sido evaluada mediante la versión número 8 del Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES V8) (Miller y Tonigan, 1996). Se trata de un cuestionario de 19 ítems para valorar la motivación para el cambio del sujeto y el deseo de ir a un tratamiento. Está compuesto por tres factores: reconocimiento, ambivalencia y primeros pasos. La corrección del cuestionario indica en qué momento se encuentra el sujeto en cada uno de los tres factores. Su versión número 8 es una reducción del original (40 ítems) y se ha desarrollado utilizando los enunciados que de forma más significativa, marcan cada uno de los tres factores descritos.

Las situaciones de riesgo es otra variable a tener en cuenta pues representa momentos y circunstancias en las que previamente el sujeto a consumido cannabis, es decir son las situaciones desencadenantes del consumo.

El Inventory Drug-Taking Situation (IDTS) de Annis (1982), ha sido el instrumento seleccionado para medir la variable situación de riesgo. se compone de 50 ítems. El objetivo de la prueba es que el paciente identifique las situaciones en las que consumía drogas durante el año anterior. Para ello, el paciente utiliza una escala con cuatro alternativas en cada una de las 50 situaciones siendo 1=nunca y 4=casi siempre. Las situaciones se enmarcan dentro de determinantes interpersonales e intrapersonales. En esta ocasión ha sido empleada la versión reducida de 8 ítems, en las que se agrupan las principales situaciones desencadenantes de consumo.

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas internas y externas evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

El instrumento empleado para la evaluación de esta variable fue el Coping Behaviour Inventory (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg; 1983). El Inventario de Habilidades de Afrontamiento es autoadministrado, consta de 36 ítems desarrollados para identificar la frecuencia con que los sujetos utilizan ciertas habilidades de afrontamiento para mantenerse abstinentes en situaciones de riesgo de recaída. Las categorías de respuesta de este inventario se gradúan como “normalmente”, “a menudo”, “alguna vez” y “nunca”. La puntuación del CBI oscila entre 0 y 108. En este trabajo se ha utilizado una traducción al castellano del instrumento realizada por García (1993).

La autoeficacia hace referencia a las creencias propias acerca de las capacidades sobre aprender o rendir efectivamente en determinada situación, actividad o tarea (Zimmerman, Kitsantas y Campilla, 2005). Esta variable hace alusión a la percepción de autoeficacia que el sujeto posee sobre su capacidad para mantenerse en estado de abstinencia de consumo de cannabis.

Esta variable ha sido cuantificada mediante el cuestionario de Sklar y Turner (1999) Confidence Questionary (DTCQ), es un autoinforme sobre la capacidad percibida para afrontar adecuadamente una serie de situaciones de alto riesgo y resistirse al consumo. Se puntúan entre 0 (nula confianza para resistirse al consumo) y 100 (certeza de resistirse al consumo), de modo que altas puntuaciones indican una atribución de elevada capacidad de controlar la conducta ante situaciones de riesgo de consumo. En esta ocasión se ha utilizado una versión reducida a 8 de los 50 ítems del DTCQ que dan cuenta del 95% de la varianza y correlacionan 0.97 con el cuestionario completo (Sklar y Turner, 1999).

Los factores de mantenimiento son las circunstancias tanto externas como internas que promueven en el sujeto el interés por mantenerse abstinentes, es decir son los factores de mantenimiento de la abstinencia.

Para la evaluación de esta variable se ha empleado la check-list de factores de mantenimiento (Carballo, 2007). En este instrumento aparece una batería de 21 ítems como propuestas de factores de mantenimiento que el sujeto marcará, del 1 al 5 en una escala Likert, en qué medida a observado cambios en los diferentes aspectos de los ítems.

La ansiedad es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberg, Pollans y Worden, 1984). Tiene una naturaleza anticipatoria y prepara al organismo ante una situación de posible peligro mediante un incremento de la activación fisiológica. Esta activación deja de ser adaptativa cuando el peligro que se anticipa es irreal o desproporcionado.

El instrumento de evaluación de la ansiedad más extendido es el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberg, Gorssuch, Lushene, Vagg y Jacobs (1983). Está compuesto por 40 ítems divididos en dos subgrupos de 20 ítems cada uno que hacen referencia a cada una de las escalas evaluables en este instrumento: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. Cada ítem evaluado se constituye por una escala Likert de cuatro puntos.

La depresión es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio o falta de concentración.

Por último, el instrumento comúnmente utilizado para evaluar la presencia y severidad de la depresión es el Inventario para la Depresión de Beck (BDI) (Beck y Steer, 1993). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 21 ítems de respuesta múltiple sobre el estado anímico actual en el que se encuentra el sujeto.

Cuadro 1

Variables	Instrumento de evaluación
Motivación	SOCRATES V8 (Miller y Tonigan, 1996)
Situación de riesgo	Inventory Drug-Taking Situation (IDTS-8) (Annis, 1985)
Estrategias de afrontamiento	Coping Behaviour Inventory (CBI) (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg; 1983)
Autoeficacia	Drug-Taking Confidence Questionary for Drugs (DTCQ-8D) (Sklar y Turner, 1999)
Factores de mantenimiento	Check-list de Factores de Mantenimiento (Carballo, 2007)
Ansiedad	State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberg, Gorssuch, Lushene, Vagg y Jacobs; 1983)
Depresión	Beck Depression Inventiory (BDI) (Beck y Steer, 1993)

3.3. Procedimiento

Para la selección del sujeto participante en este trabajo el investigador empleó la técnica de bola de nieve para conseguir una serie de candidatos potenciales. Tras citarse de forma individualizada con tres sujetos y aplicarles la entrevista bibliográfica se evaluaron los datos obtenidos, obteniendo así el candidato óptimo. Tras la exposición y aceptación del consentimiento informado el autor de este trabajo se citó nuevamente con el participante para administrar en una única ocasión los instrumentos de evaluación descritos anteriormente. Se le explicaron individualmente todos los instrumentos a los que se sometería y durante su realización el investigador permaneció presente para resolver posibles dudas que le pudieran surgir.

4. Resultados

Tras la aplicación de los instrumentos, anteriormente mencionados, con el fin de cuantificar las distintas variables objetivo de este trabajo, se han encontrado los siguientes resultados:

En primer lugar, en base a los resultados arrojados por el instrumento de evaluación SOCRATES V8 para medir la variable motivación del sujeto se puede apreciar que el sujeto a obtenido puntuaciones próximas a la mayor puntuación posible en las tres escalas que pretende medir, es decir, tanto en reconocimiento, ambivalencia y emprendimiento de cambios, como se puede

apreciar en el cuadro 2. Por lo que se puede decir se cuenta con un sujeto altamente motivado a continuar con la abstinencia de consumo de cannabis, de hecho desde que abandonó el consumo habitual hace más de tres años sólo padeció una recaída según se aprecia en el cuestionario biográfico.

Cuadro 2

Escalas	Rango	Puntuación directa
Reconocimiento	7-35	33
Ambivalencia	4-20	16
Emprendimiento de cambios	8-40	37
TOTAL	19-95	86

Por otro lado, la evaluación de la variable situaciones de riesgo, mediante el empleo del IDTS-8, refleja que el sujeto consumía con mayor probabilidad en momentos agradables con otros y cuando era sometido a presión social, así como consecuencia de la mediación de impulsos y tentaciones que, según él, se producía con mayor frecuencia estando acompañado de consumidores (Gráfico 2). Es un factor a destacar que una de las principales situaciones de riesgo sean los impulsos y tentaciones debido a su carácter irracional e incontrolado posee un factor de peligrosidad muy alto. Estos datos coinciden con los resultados observados en la evaluación de la autoeficacia, evaluada mediante el DTCQ-8, la cual es percibida por el sujeto de forma moderadamente alta, con una puntuación directa de 580 entre un máximo de 800 y mínimo de 0. Pero a pesar de registrar puntuaciones tan altas en autoeficacia, el sujeto ha señalado como situaciones en las que se encuentra con menor grado de confianza para mantenerse abstinentes implican un factor social, pues es estando con amigos consumidores cuando cree tener menor confianza (Véase Gráfico 3)

Gráfico 2

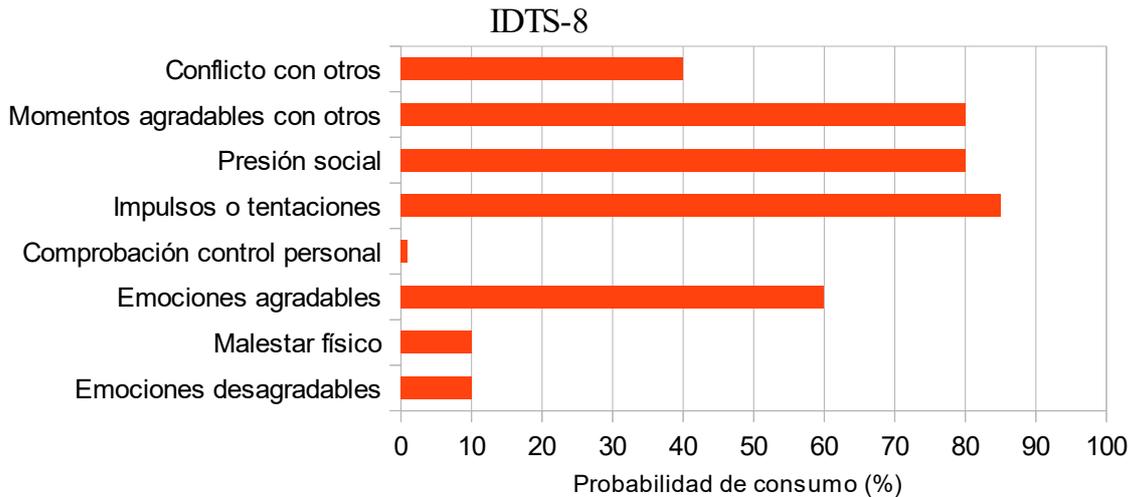
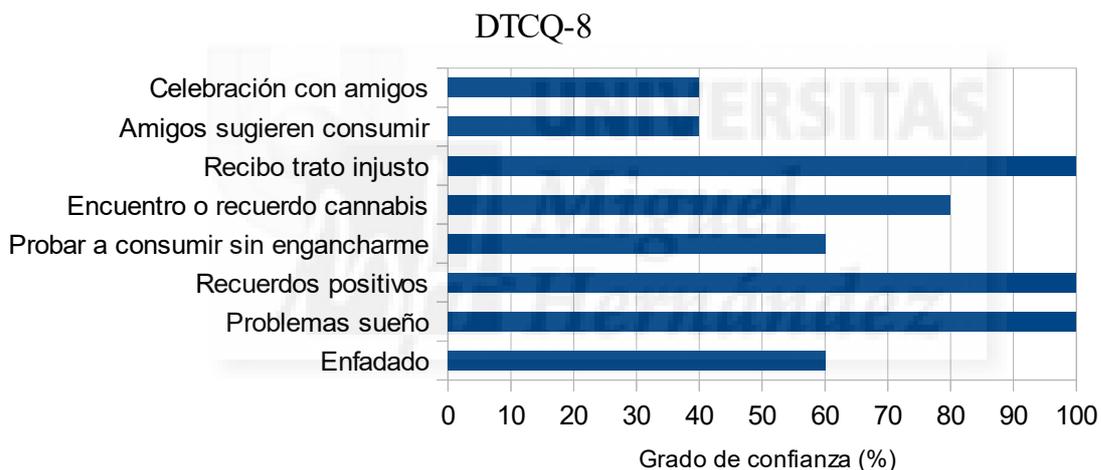


Gráfico 3



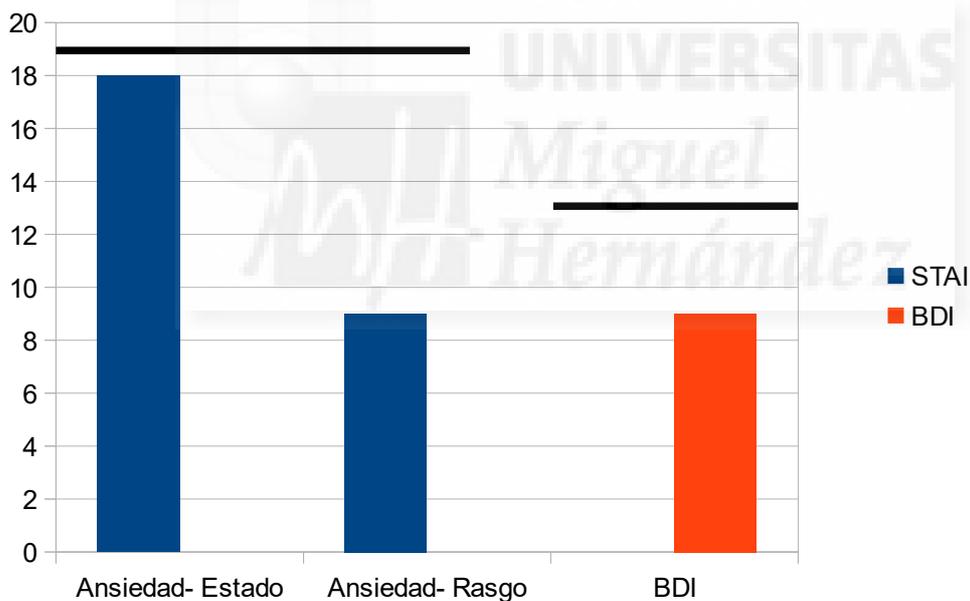
En cuanto a las estrategias de afrontamiento, evaluadas mediante el CBI, se aprecia que el sujeto ha obtenido una puntuación ligeramente inferior a la mediana (puntuación directa: 49) que presupone este instrumento por lo que cabe esperar que el sujeto presenta cierto déficit de estrategias de afrontamiento (Cuadro 3). Junto con los resultados obtenidos en la evaluación de la variable factores de mantenimiento se puede apreciar que los factores que le han ayudado a mantenerse abstinente son tanto circunstancias externas como internas. Por un lado, los factores que valora más positivamente son el apoyo familiar y de su pareja, así como el sentimiento de orgullo y de lucha que siente al mantenerse abstinente. Sin embargo se puede observar que el apoyo de los amigos no ha supuesto tanta importancia para él como el apoyo familiar, este dato correlaciona con los resultados obtenidos en la evaluación de las demás variables.

Cuadro 3

Factores CBI	Puntuación directa
Factor 1: Pensamiento positivo	18
Factor 2: Pensamiento negativo	9
Factor 3: Distracción	15
Factor 4: Evitación	7
TOTAL	49

Por último, tras la evaluación de las variables ansiedad y depresión, el sujeto se encuentra dentro de los valores de normalidad comprendidos, tanto en el STAI como en el BDI (Gráfico 4), sin mostrar una alteración significativa ni de tipo patológico.

Gráfico 4



Tras el análisis de los resultados obtenidos en la evaluación de las variables objetivo de este estudio de caso (motivación, autoeficacia, situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento, factores de mantenimiento, ansiedad y depresión) y mediante la síntesis de éstos se pueden obtener las siguientes conclusiones:

- El sujeto se encuentra altamente motivado para continuar abstinentemente al consumo de cannabis.
- Se considera a sí mismo como autoeficaz en el mantenimiento de la abstinencia pero es capaz de reconocer como principales situaciones de riesgo compartir eventos sociales con personas consumidoras y sufrir la presión social de éstos, junto con impulsos y tentaciones.
- El sujeto presenta un número limitado de estrategias de afrontamiento.
- Obtiene refuerzo de su situación de abstinencia mediante el apoyo familiar y con el propio sentimiento de orgullo que siento al conseguir mantenerse en esa situación, es decir presenta cierta motivación intrínseca.
- No presenta rasgos patológicos de ansiedad o depresión.



5. Propuesta de intervención

5.1. Descripción de la propuesta de intervención

El objetivo general de esta propuesta de intervención es la prevención de recaídas y el mantenimiento de la abstinencia al consumo de cannabis. Para ello se propone la realización de un programa de intervención que constará de cuatro sesiones, realizadas semanalmente, con una duración aproximada de 60 minutos cada sesión, a excepción de la última que tendrá una duración de 90 minutos.

Las principales técnicas de intervención empleadas en esta propuesta interventiva son:

- La Entrevista Motivacional (Miller y Rolnick, 1999) para el desarrollo y fomento de la motivación y de la autoeficacia percibida por el sujeto.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales, concretamente en asertividad para dotar de autonomía suficiente para enfrentarse a las situaciones de riesgo.
- Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento con el fin de controlar situaciones de alto riesgo mediante el control de emociones, pensamientos y sentimientos.
- Solución de Problemas (D'Zurilla y Nezu, 1999) y Toma de Decisiones que junto al resto de técnicas habiliten al sujeto con las herramientas necesarias para afrontar situaciones de riesgo de manera exitosa.

Cuadro 2

Sesión (nº)	Duración (minutos)	Áreas de intervención	Técnica de intervención	Objetivos específicos
1	60	Motivación	Entrevista motivacional	-Lograr la aceptación de la situación y de la existencia de resistencia al cambio. -Permitir el desarrollo de discrepancias y evocarlas para impulsar el cambio.
2	60	Situaciones de riesgo	Entrenamiento en Habilidades Sociales: Asertividad	-Diferenciación por parte del sujeto de sus respuestas conductuales ante situaciones de riesgo. -Aprendizaje y práctica de la asertividad como una habilidad indispensable para el manejo de la ansiedad, la solución de problemas y el mantenimiento de la abstinencia.
3	60	Habilidades de afrontamiento	Entrenamiento en Habilidades de	-Ejercitar estrategias de control y evitación ante situaciones de alto riesgo que involucran pensamientos, deseos,

			Afrontamiento	sentimientos y conductas.
4	90	Factores de mantenimiento y autoeficacia	Solución de Problemas y Toma de Decisiones	-Habilitar al sujeto en la resolución de problemas y toma de decisiones. -Aprender a controlar respuestas cognitivas y conductuales que alteren la solución de problemas y tomar decisiones asertivas. -Analizar la importancia de autoeficacia percibida y su papel en el proceso de Prevención de Recaídas. -Revisión de logros alcanzados y resumen.

5.2. Desarrollo de la propuesta de intervención

- Sesión 1: Motivación

Técnica de intervención	Objetivos específicos	Tareas
Entrevista Motivacional	- Lograr la aceptación de la situación y de la existencia de resistencia al cambio. - Permitir el desarrollo de discrepancias y evocarlas para impulsar el cambio.	- Preguntas abiertas y afirmaciones terapéuticas. - Provocar discrepancias - Fortalecer compromiso al cambio.

En esta primera sesión se pretende que el participante sea capaz de reconocer la situación en la que se encuentra y que quiere cambiar, así como habilitarle para que pueda percibir la existencia de una resistencia interna al cambio.

Para ello la entrevista se comenzará desarrollando con una serie de preguntas abiertas para que el sujeto narre su situación, sus respuestas serán encauzadas por parte del terapeuta por medio del reflejo de corrección con el objetivo de provocarle alguna de estas reacciones: enfado, impotencia, incomodidad o estado defensivo. De esta manera se evocarán las discrepancias en el sujeto.

No serán tan importantes las respuestas dadas por el sujeto como las reacciones internas que éstas provocarán en él. Así, en contraposición con las discrepancias generadas anteriormente, se evocarán sensaciones de implicación, potencia, apertura y entendimiento.

Finalmente, con la intención de fortalecer el cambio, el terapeuta realizará un resumen de las

percepciones del problema por parte del sujeto, la ambivalencia de éste, así como el análisis de las indicaciones que ha hecho el sujeto para planificar su cambio, aportando si es necesario cualquier evidencia objetiva relevante en su cambio. Tras ello, el participante diseñará, su plan de cambio. Para ello fijará metas y objetivos, dónde el fin último sea el mantenimiento de la abstinencia al consumo de cannabis, así como ciertas metas intermedias. También establecerá los pasos a seguir y aportará planes alternativas en caso de que algún paso no funcione correctamente o en caso de que se produzca una posible recaída.

-Sesión 2: Situaciones de riesgo

Técnica de intervención	Objetivos específicos	Tareas
Entrenamiento en Habilidades Sociales: Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciación por parte del sujeto de sus respuestas conductuales ante situaciones de riesgo. - Aprendizaje y práctica de la asertividad como una habilidad indispensable para el manejo de la ansiedad, la solución de problemas y el mantenimiento de la abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferenciar conducta pasiva, asertiva y agresiva. - Derechos legítimos vs. creencias tradicionales. - Técnicas asertivas.

La segunda sesión consistirá en un entrenamiento en habilidades sociales, concretamente en asertividad, con el fin de que el sujeto sea capaz de identificar cómo es su respuesta conductual ante situaciones de riesgo (bien puede ser agresiva, asertiva o pasiva), así como la adquisición de técnicas asertivas que le sirvan de instrumento para enfrentarse de una manera exitosa a situaciones de riesgo. Todo ello le permitirá manejar su ansiedad y ser capaz de enfrentarse a problemas que presenten un riesgo potencial en el mantenimiento de su estado de abstinencia.

La primera actividad será de carácter didáctico y consistirá en la descripción, a lo largo de un continuo, de las tres formas de respuesta conductual: agresiva, asertiva y pasiva. Así como una serie de ejemplos que se identifiquen con cada una.

A continuación, se le expondrán al sujeto los derechos legítimos que posee desde una perspectiva asertiva, algunos son: derecho a decir “no”, a cambiar de idea, a cometer errores, a no

responsabilizarse de los problemas de los demás, a sentir y expresar dolor o malestar, a ser independiente, a ser escuchado, etc.

Por último se le instruirá en las distintas técnicas asertivas para ser capaz de defender sus derechos legítimos. Las técnicas le serán explicadas y puestas en práctica con el fin de que sea capaz de interiorizarlas y saber aplicarlas en un futuro con autonomía. Estas técnicas asertivas son: disco rayado, acuerdo asertivo, pregunta asertiva, claudicación simulada, ignorar, aplazamiento asertivo e ironía asertiva, entre otras. También se le preparará para prevenir o combatir, en caso de que aparezcan, distintas técnicas de bloqueo como reirse, culpar, atacar, retrasar, amenazar, negar o interrogar.

-Sesión 3: Habilidades de afrontamiento

Técnica de intervención	Objetivos específicos	Tareas
Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento	-Ejercitar estrategias de control y evitación ante situaciones de alto riesgo que involucran pensamientos, deseos, sentimientos y conductas.	- Autorregistros - Reestructuración cognitiva - Control de estímulos

En la tercera sesión de esta propuesta de intervención se realizará un entrenamiento en habilidades de afrontamiento con el fin de dotar de estrategias de control y/o evitación ante situaciones de riesgo al sujeto.

En un principio se le pedirá que realice un autorregistro recordando situaciones pasadas, es decir mediante exposición en imaginación, en las que haya consumido o haya sentido la necesidad de hacerlo. En dicho autorregistro anotará qué estaba haciendo en ese momento, qué sentía, qué pensaba y, finalmente, qué acabó sucediendo. De esta manera el sujeto será capaz de percibir en qué situaciones consumía y bajo qué circunstancias lo hacía.

Seguidamente, se le invitará a que realice las consideraciones oportunas respecto a su autorregistro, es decir, que saque sus propias conclusiones sobre las causas y consecuencias de su consumo. A continuación, mediante la técnica de reestructuración cognitiva se harán las relaciones causales oportunas y se desmentirán las creencias erróneas que ha manifestado el sujeto.

Finalmente se le ilustrarán las distintas técnicas existentes de control de estímulos como puede ser evitar lugares, compañías o circunstancias que le inciten al consumo de cannabis.

-Sesión 4: Factores de mantenimiento y autoeficacia

Técnica de intervención	Objetivos específicos	Tareas
Solución de Problemas y Toma de Decisiones	<ul style="list-style-type: none">-Habilitar al sujeto en la resolución de problemas y toma de decisiones.-Aprender a controlar respuestas cognitivas y conductuales que alteren la solución de problemas y tomar decisiones asertivas.-Analizar la importancia de autoeficacia percibida y su papel en el proceso de Prevención de Recaídas.-Revisión de logros alcanzados y resumen.	<ul style="list-style-type: none">- Orientación positiva hacia el problema- Definición del problema- Generación de soluciones alternativas- Puesta en práctica y evaluación de la alternativa elegida- Proporcionar feedback de los logros alcanzados

Esta cuarta, y última sesión, se centrará en la Solución de Problemas y toma de decisiones, así como una revisión final mediante feedback de los logros y avances obtenidos a lo largo de toda la intervención.

Para aplicar la terapia en Solución de Problemas y Toma de Decisiones se potenciarán 5 habilidades: la orientación hacia el problema, la definición del problema, la generación de soluciones alternativas y, por último, la puesta en práctica y evaluación de la alternativa elegida.

Además, se realizará conjuntamente con el participante una revisión de los logros alcanzados durante la intervención, haciendo especial énfasis en los cambios observados en sí mismo y reforzando las nuevas conductas y creencias adoptadas.

Finalmente, se concertará una cita de seguimiento con el participante a los seis meses para observar la eficacia de la intervención, así como la posibilidad de realizar algún ajuste en caso de abandono de la abstinencia. De la misma forma sería conveniente otra sesión de seguimiento un año después de la aplicación de la presente propuesta de intervención.

6. Discusión

En la presente propuesta de intervención en Prevención de Recaídas para un sujeto abstinentes se ha abordado de manera individualizada en consecuencia de los resultados arrojados en la evaluación del sujeto. Para ello se han evaluado las variables: motivación, situación de riesgo, estrategias de afrontamiento, autoeficacia, factores de mantenimiento, ansiedad y depresión. En base a estos resultados y tratando de fomentar y potenciar los factores en los que se encontró una mayor carencia, se ha propuesto un programa de intervención basado en la potenciación de la motivación, las situaciones de riesgo, las habilidades de afrontamiento, los factores de mantenimiento y la autoeficacia.

Los objetivos propuestos inicialmente se han llevado a cabo, siendo éstos el análisis de los factores que pueden influir en el mantenimiento de la abstinencia del sujeto y proponiendo un plan de Prevención de Recaídas en base a dicho análisis. Por ello, se predice que tras la aplicación de la presente propuesta de intervención el participante vea fortalecidas sus habilidades para continuar haciendo frente a la abstinencia del consumo de cannabis y que, de hecho, pueda ser capaz de evitar y sobreponerse a situaciones de peligro potencial de recaída. Siendo escasa la literatura científica existente respecto a la prevención de recaídas exclusivamente en casos de consumo de cannabis, podemos comparar en base a distintos estudios que abogan por un ratio de éxito de la abstinencia, tras recibir tratamiento específico en Prevención de Recaídas, superior al 80% en casos de alcoholismo y tabaquismo (Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt, 2011). Así como otros metaanálisis que arrojan altos porcentajes de éxito en Prevención de Recaídas en la comparación de grupos control con los grupos tratados (Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999). Con todo esto se puede predecir altas posibilidades de éxito tras la aplicación de la presente propuesta de intervención. Dotar al participante de las herramientas para identificar una situación de riesgo, así como las habilidades sociales y de afrontamiento suficientes para luchar contra los factores que le facilitaban o predisponían al consumo es un primer gran paso para reforzar la solidez de su abstinencia. Con una gran probabilidad de ocurrencia, la práctica y el entrenamiento de las nuevas habilidades a la hora de afrontar con éxito una situación de riesgo aumentará en él la percepción de autoeficacia y la motivación, actuando como reforzador de la conducta. Estas predicciones podrán contrastarse en las sesiones de seguimiento concertadas con el participante de manera que con una evaluación en seguimiento podrá potenciarse, mejorar, o modificar la presente propuesta de intervención.

Las limitaciones que alberga el presente estudio son las propias que puede presentar un trabajo similar en su naturaleza, una propuesta de intervención basada en un estudio de caso único puede presentar una varianza intrasujeto que no se puede controlar o contrabalancear. Amén de otros errores insalvables en el análisis de datos recogidos en un único sujeto. Por otro lado, la naturaleza de caso único presenta inconvenientes y, a la vez, ciertas ventajas como son la individualización del programa de intervención adaptado a la evaluación exclusiva del sujeto.

Por último, cabe mencionar que la eficacia de la presente propuesta de intervención en Prevención de Recaídas en un sujeto abstinentes sólo podrá evaluarse en las sesiones de seguimiento a los seis meses y al año de aplicarlas. Siendo éste un sistema de feedback lento que podría demorar los resultados de la aplicación del programa así como su posterior corrección para una nueva mejora y aplicación del mismo. Aunque el resultado de la aplicación se predice fructífero, la no consecución del mantenimiento de la abstinencia podría abrir nuevas vías de estudio sobre las variables implicadas en las recaídas de nuestro sujeto así como en la aplicación de la propuesta de intervención individualizada.

7. Referencias

- Annis, H. M. (1995). *Inventory of Drug-Taking Situation*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). Washington, DC.
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Carballo Crespo, J. L. (2007). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y otras drogas*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviours*, 24, 267-270.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A. M. (1999). *Problem Solving Therapy*. New York: Springer Publishing Company
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Prevención de Recaídas en las ludopatías. *Salud y drogas*, 2, 97-116.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickleberry, L. y Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviours*, 3, 519-530.
- García, R. (1993). *La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención*. Colección tesis microfichas Nº de ISBN: 84-7477-405-5 Universidad Autónoma de Madrid.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H. y Marlatt, A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 1-17.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., y Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. y Peleg, N. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention and treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276.
- Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (comps.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford Press.
- Martín, L. J. (2002) Tratamientos psicológicos. *Adicciones*, 14, 409-420.
- Merino, P. P. (2000). Vieja historia del cannabis y recientes prácticas preventivas en Europa. *Adicciones*, 12, 275-280.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós
- Miller, W. R. y Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Mother, I. y Weitz, A. (1986) *Cómo abandonar las drogas*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Plan Nacional sobre Drogas (2015). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en Prevención de Recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 2, 259-270.
- Solé Puig, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones*, 2, 301-314.
- Sklar, S. M. y Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94, 723-729
- Spielberg, C. D., Pollands, C. H. y Worden, T. J. (1984). Anxiety disorders. En S. M. Turner y M.

Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: Wiley

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, P. R. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

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

Zimmerman, B., Kitsantas, A., y Campillo, M. (2005). Evaluación de la autoeficacia regulatoria: una perspectiva social cognitiva. *Evaluar*, 5, 1 - 21.



ANEXO 1

A continuación se le van a realizar una serie de preguntas biográficas específicas acerca del consumo de cannabis. No existen respuestas correctas, sólo se pretende conocer su historial como consumidor de cannabis. Utilice la extensión que desee para responder a las preguntas, toda información que aporte será beneficiosa, pero por favor conteste a lo que se pregunta.

¿Cuándo probó por primera vez el cannabis?

¿Cuándo empezó a consumir cannabis de forma habitual?

¿Durante cuánto tiempo consumió cannabis?

¿Con qué frecuencia consumía y qué cantidad?

¿Cuánto tiempo hace que no consume cannabis de forma habitual?

¿Ha recaído en alguna ocasión? *Sí / No*

¿Cómo consiguió dejar de consumir cannabis?

¿Considera que cada vez necesitaba consumir una mayor cantidad para alcanzar el efecto deseado o que el efecto de la misma cantidad consumida disminuía? *Sí / No*

¿Se sentía ansioso cuando permanecía sin consumir? *Sí / No*

De ser así, **¿tras consumir se sentía mejor o más aliviado? *Sí / No***

¿En un principio, se estableció límites en cuanto a cantidad de consumo o tiempo consumiendo? *Sí / No* ¿Superó dichos límites? *Sí / No*

¿Deseaba abandonar dicho consumo? *Sí / No* ¿Lo conseguía? *Sí / No*

¿Considera que gastaba mucho tiempo en la obtención del cannabis, su consumo y la recuperación a sus efectos? *Sí / No*

¿Dejó de lado o redujo actividades importantes en su vida (sociales, laborales, de ocio) por el consumo de cannabis? *Sí / No*

¿Conocía los efectos perjudiciales, tanto físicos como psicológicos, que aparecen o se magnifican debido al consumo de cannabis? *Sí / No* ¿A pesar de ello, seguía consumiendo? *Sí / No*

¿Padece o a padecido alguna alteración que requiera de tratamiento psiquiátrico? Sí / No

¿Qué sustancias has consumido a lo largo de tu vida? ¿ha sido de forma regular? Sí / No
¿Coincidieron con cannabis? Sí / No

