

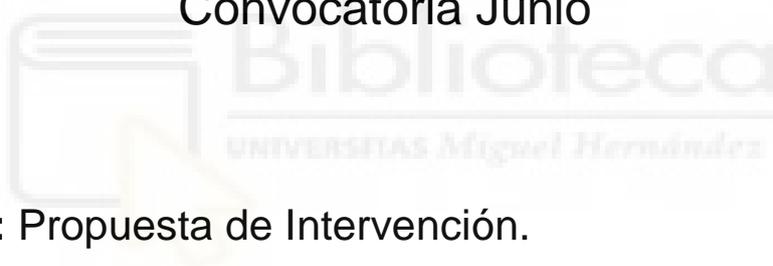


Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de Intervención.

Título: Prevención de Recaídas en el Consumo de Cannabis

Autor: Pablo Guilabert Lozano

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche, a 2 de junio de 2017

ÍNDICE

| | | |
|------|---------------------------------|----|
| 1. | Resumen | 2 |
| 2. | Introducción | 3 |
| 3. | Método | 5 |
| 3.1. | <i>Sujeto.</i> | 5 |
| 3.2. | <i>Variables e instrumentos</i> | 6 |
| 3.3. | <i>Procedimiento</i> | 9 |
| 4. | Resultados | 9 |
| 5. | Propuesta de intervención | 12 |
| 6. | Discusión | 17 |
| 7. | Referencias bibliográficas | 18 |



1. Resumen

En la actualidad, el cannabis se ha convertido en una de las sustancias ilegales más consumidas. Esto, unido a su alto índice de recaídas, deriva en una gran problemática de salud, en especial en la población adolescente. Por ello, el objetivo principal de este trabajo es la elaboración y diseño de una propuesta de intervención, con el fin de lograr la consecución de una prevención de recaídas en consumo de cannabis. Dicha propuesta de intervención ha sido realizada con un único participante, un sujeto varón de 19 años en situación de abstinencia, por lo que se trata de un estudio de caso único. Para ultimar dicha propuesta de intervención, ha sido necesaria una previa evaluación de 8 variables diferentes relacionadas con el consumo: ansiedad, depresión, historia de consumo, motivación, situaciones de riesgo, autoeficacia, factores de mantenimiento y habilidades de afrontamiento. Una vez finalizada la medición de las variables a través de los determinados instrumentos empleados, y analizados los resultados obtenidos a partir de estos, se ha procedido, en base a las necesidades referidas por el participante del estudio, al diseño y elaboración de la propuesta de intervención. Se desarrolla en 4 sesiones, actuando las mismas como una guía para la prevención de recaídas en consumo de cannabis.

Palabras clave: Consumo, Cannabis, Intervención, Recaídas, Prevención.



2. Introducción

En la actualidad, el consumo de sustancias está considerado uno de los mayores problemas de salud pública en todo el mundo. En concreto en España, este consumo se ha incrementado en la población adolescente con el paso de los años. Entre estas sustancias consumidas se puede encontrar el cannabis, considerada hoy en día como la droga ilegal más consumida a nivel internacional. Según la OMS, (Organización Mundial de la Salud) el cannabis es hoy en día, la droga más consumida, cultivada y que presenta un mayor tráfico ilegal. Por otra parte, según indica el Plan Nacional Sobre Drogas (2015), y los datos establecidos en el programa ESTUDES (Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Educación Secundaria), esta sustancia presenta la edad de inicio de consumo más temprana, en concreto, en España es la droga ilegal más consumida entre la población de 14-18 años. En 2014 los datos de prevalencia del consumo afirmaron que la edad media de inicio de consumo de esta sustancia son los 14,8 años de edad.

Por otro lado, en cuanto al consumo problemático de cannabis, este aumenta con la edad: a los 14 años el consumo problemático es de 7,9%, mientras que a los 18 años se incrementa hasta el 18,2%.

En base a la demanda de tratamiento, en el Plan Nacional Sobre Drogas (2015) se indica que en la última década se ha logrado una concienciación sobre las consecuencias y repercusiones que el consumo a largo plazo de esta droga tiene en la salud de la persona que lo consume. Este hecho ha aumentado a su vez la demanda de tratamiento respecto a los problemas de adicción relacionados con el cannabis.

Según el National Institute on Drug Abuse (2015), en cuanto a las repercusiones y consecuencias que el consumo de cannabis tiene para la salud de la población que consume, se pueden encontrar: comorbilidad con otras drogas, daños tanto orgánicos como psicológicos derivados del consumo de cannabis a largo plazo, afectación del cerebro debido a la exposición prolongada a dicha sustancia durante el desarrollo del mismo, disminuyendo así el CI de manera irreversible. También, se produce una repercusión en el rendimiento escolar, laboral y social ya que produce disminución de la memoria, atención y aprendizaje, incluso días después de la finalización de sus efectos. Por otro lado, según el Plan Nacional Sobre Drogas (2015), otras consecuencias de este consumo son: riesgo a sufrir enfermedades de tipo respiratorio como bronquitis crónica o distintos tipos de cáncer, como el cáncer de pulmón; un deterioro a nivel cardio-circulatorio, agravando trastornos como la hipertensión o insuficiencia cardíaca, y un aumento de la probabilidad de aparición de trastornos mentales, depresión y ansiedad.

Hay muchos factores que pueden aumentar la probabilidad de que una persona realice un abuso de drogas, son conocidos como factores de riesgo. A pesar de ello, no todas las personas que presentan un riesgo para el abuso de las drogas comienzan a consumir, y aquello que constituye un factor de riesgo para un individuo, puede no serlo para otro (National Institut on Drug Abuse). Entre estos factores de riesgo se pueden encontrar una conducta agresiva, la falta de supervisión paterna, acceso a dichas sustancias y pobreza.

Debido a la problemática derivada de este consumo y la importancia de mantener la abstinencia en sujetos que han sido consumidores, es importante la intervención desde la perspectiva de la prevención de recaídas. En cuanto a este tipo de programas, según Secades (1997), es importante atender a las áreas deficitarias presentes en el sujeto y a la evaluación individual de los factores que llevan a estas recaídas, tales como: las situaciones de riesgo, las habilidades para reconocerlas y las estrategias para su afrontamiento.

En cuanto al tratamiento de adicciones al consumo de Cannabis, se recurre con frecuencia a las terapias cognitivo-conductuales por su gran efectividad. Entre estas terapias se pueden encontrar el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, la terapia cognitiva, el manejo de contingencias y la prevención de recaídas. En esta última, estará basada la propuesta de intervención de este trabajo.

A la hora de planificar una intervención hay diferentes modelos con experiencia en el campo de la prevención de recaídas en consumo de sustancias. Tres de ellos son: la recuperación natural, el refuerzo cognitivo y la prevención de recaídas.

En cuanto a la recuperación natural, esta se entiende como la recuperación y mejoría en determinados trastornos en ausencia de cualquier tipo de tratamiento (Carballo, 2007). Según Cunningham (1991) la recuperación natural es el camino que sigue la mayoría de las personas que tienen problemas con las drogas. Existen diferentes estudios en los que se compara los sujetos que asisten a tratamiento con aquellos que se recuperan sin este, y muestran una diferencia notable: en un estudio acerca de la adicción al alcohol (Sobell et al., 1996) se mostró que, en el caso de los participantes abstinentes de dicho estudio, solo un 39,15% acudió a tratamiento frente a un 60,85% que no asistió. En otro estudio acerca del consumo de drogas y alcohol (Cunningham, 1999) resultó que, en cuanto a los consumidores de marihuana, solo un 16% había solicitado algún tipo de tratamiento. Las principales características de este modelo son: no hay recuperación en ausencia de tratamiento; no es correcto aplicar el término curación, puesto que siempre hay vulnerabilidad ante posibles recaídas; es imposible un consumo controlado en personas que han sido dependientes, un contacto auto-controlado

permanente con la droga no es posible (Fernández Hermida, Carballo Crespo, Secades Villa y García Rodríguez, 2007).

En base al National Institute on Drug Abuse, el refuerzo cognitivo o terapia cognitiva, está basada en la creencia de que los procesos de aprendizaje tienen un importante papel en el desarrollo de diversas conductas, en este caso la adicción. Su estrategia se basa en la identificación y posterior corrección de las conductas problemáticas relacionadas con el consumo. Puede constar de recursos para mejorar el autocontrol como el análisis de las consecuencias positivas y negativas del consumo y la elaboración de estrategias para evitar los factores o situaciones de riesgo. Este método ayuda a anticipar posibles problemas y a desarrollar habilidades de afrontamiento.

Por último, basándonos en el Modelo Teórico de Prevención de Recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1980, 1985), la recaída se produce cuando el sujeto se expone a una situación de riesgo, en ausencia de las estrategias de afrontamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Es decir, si ante una situación de riesgo se puede emitir una respuesta adecuada de afrontamiento, se reduciría la probabilidad de recaída, ya que el éxito al afrontarla, es percibido como una sensación de control, asociado a una expectativa de éxito ante un nuevo acontecimiento en el futuro. Esta percepción de control aumentará a medida que continúe la abstinencia. De esta manera, también se incrementa la percepción de autoeficacia. Si por el contrario, el sujeto no puede emitir una respuesta adecuada, la probabilidad de recaída aumentará, puesto que su percepción de autoeficacia se verá disminuida y anticipará la expectativa positiva del consumo.

El objetivo a perseguir en el presente estudio de caso único, es el diseño de una propuesta de intervención breve, a través de la evaluación de distintas variables del sujeto relacionadas con la recaída en el consumo de cannabis, con la meta de conseguir prevenir futuras recaídas y mantener así la abstinencia en el consumo de dicha sustancia.

3. Método

3.1. Sujeto.

Para la realización de este plan de prevención, se ha contado con la participación de un único sujeto. Antes de comenzar el estudio, se disponía de cuatro candidatos dispuestos a participar en el estudio, al tratarse de un estudio de caso único, se escogió de entre los tres a un único participante, el que mejor se adaptaba a las condiciones y criterios de inclusión y exclusión.

Las condiciones para la elección fueron las siguientes: disponer de la mayoría de edad, tener un máximo de 20 años de edad, llevar un mínimo de 1 mes en la situación de abstinencia y haber realizado un consumo prolongado de cannabis en el pasado antes de la presente situación de abstinencia. El sujeto escogido, es un varón universitario de 19 años nacido en Elche, ciudad en la cual reside con su familia con la que comparte un nivel socio-económico alto.

En cuanto a la historia de consumo del sujeto obtenida tanto mediante la entrevista como a través de los instrumentos empleados para tal fin, se refleja un inicio del consumo de cannabis desde los 15 años hasta los 18, dejando de consumir dicha sustancia hace 5 meses. En su pasado, se encuentra un intento fallido de abandonar el consumo del alcohol y el cannabis a la edad de 17 años, por lo que el consumo prosiguió. Por otro lado, en cuanto a la comorbilidad con otras sustancias, el sujeto ha realizado consumo de alcohol, desde los 14 años hasta la actualidad, durante un total de 5 años, y en el último año ha realizado un uso experimental de las siguientes sustancias: cocaína y speed por vía esnifada y oral respectivamente. El sujeto también ha realizado un consumo de nicotina de manera frecuente desde los 16 años hasta la actualidad. En cuanto a las sustancias consumidas en el periodo de los últimos 5 meses, el sujeto, no ha realizado consumo de ningún tipo de sustancia a excepción de alcohol y tabaco.

3.2. Variables e instrumentos

Haciendo referencia a las variables empleadas para su evaluación, y a los instrumentos utilizados para evaluarlas, a continuación se presentará en profundidad cada una de ellas seguidas de su correspondiente instrumento o método utilizado, así como las razones que han llevado a su uso en el presente trabajo:

Situaciones de riesgo y autoeficacia

En cuanto a las situaciones de riesgo, hacen referencia a los momentos y situaciones en las que el sujeto realizó en el pasado un consumo de determinadas sustancias. Por otro lado, la autoeficacia en el mundo de las adicciones está definida como la expectativa del sujeto para resistirse al consumo de drogas en una situación estresante (Sklar, Annis y Turner, 1997). Ambas variables han sido evaluadas mediante el autoinforme denominado Brief Situational Confidence Questionnaire (Sobell, 1996). Como el propio nombre indica, este cuestionario es una versión reducida del Situational Confidence Questionnaire (Annis, 1986). El BSCQ está formado por 8 ítems, basados en el modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985). Cada uno de estos ítems representa una situación diferente mediante diez alternativas de respuesta, dependiendo del nivel de confianza del sujeto en cada una de las

situaciones reflejadas. De este modo se pueden conocer las situaciones que más peso han tenido para el sujeto en el pasado en cuanto a consumo de cannabis se refiere. Puesto que con dicho cuestionario se señala la confianza del sujeto frente a una serie de determinadas situaciones, este cuestionario es eficaz, a su vez, para medir la autoeficacia del sujeto en las mismas.

Motivación

La motivación es una variable importante a evaluar en dicho estudio, puesto que está directamente relacionada de dos maneras diferentes con el proceso de recaídas: por una parte, la motivación hacia un cambio de comportamiento positivo y por otro lado la motivación hacia una participación en el comportamiento problemático (Miller y Rollnick, 2002). Es relevante debido a que marca la implicación del sujeto en el posterior plan de intervención una vez se produzca su aplicación. Esta variable se ha medido con una escala del 0-10 siendo 0 “nada motivado” y 10 “totalmente motivado”.

Historia de consumo

Se entiende como historia de consumo al conjunto de todas las sustancias consumidas por el sujeto a lo largo de toda su vida; es por ello que su evaluación es necesaria para conocer cuál es el consumo realizado por el sujeto en el pasado. Su evaluación se ha realizado a través del Drug History Questionnaire (Sobell, 1995). A través de este instrumento se puede conocer no solo qué sustancias fueron consumidas en el pasado, si no también otras variables importantes como la frecuencia con la que fue realizado el consumo de cada una de las sustancias señaladas.

Factores de Mantenimiento

Los factores de mantenimiento, como el propio nombre indica, son aquellos factores relacionados con el mantenimiento de la conducta de abstinencia. Esta variable ha sido medida para averiguar qué estrategias eran empleadas por el sujeto a la hora de producir cambios en la conducta de consumo, o para mantener la conducta de abstinencia existente. Ha sido medida a través de un autoinforme conocido como Inventario de Estrategias para el Cambio y el Mantenimiento (Carballo, 2007).

Habilidades de Afrontamiento

En cuanto a la variable habilidades de afrontamiento, es muy importante su evaluación en dicho estudio puesto que hace referencia a las habilidades de las que el sujeto dispone para no consumir, en una situación de craving o deseo de consumo. Según Marlatt y Gordon (1980)

tras un período de abstinencia el sujeto puede volver al consumo cuando ha de enfrentarse a situaciones de riesgo en ausencia de las habilidades de afrontamiento adecuadas para superar con éxito dicha situación. Esta variable ha sido medida mediante el inventario Coping Behaviours Inventory (Litman, 1983). Este instrumento consta de un total de 36 ítems pertenecientes a 4 factores diferentes: Pensamiento Positivo, Pensamiento negativo, Evitación y Distracción. Estos ítems están desarrollados para averiguar con qué frecuencia el sujeto, en situaciones de riesgo, emplea las diferentes habilidades de afrontamiento reflejadas en dicho instrumento para prolongar así la situación de abstinencia.

Ansiedad

En lo que respecta a esta variable, según Spielberger (1972) se trata de un estado emocional displacentero, en el que predominan sentimientos subjetivos de tensión y preocupación y una activación del sistema nervioso autónomo. La ansiedad, ha sido evaluada mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, Lushene). Dicho inventario consta de 20 ítems para la variable Ansiedad-Estado (definida como una emoción temporal) y otros 20 para la variable Ansiedad-Rasgo (estilo o tendencia del sujeto permanente a responder de manera ansiosa a los estímulos, sean estresantes o no). Respecto a los baremos del STAI, son los siguientes:

0-19 = Normal (N). 20-28 = Leve (L). 29- 39 = Alta (A). >40 = Severa (S)

Depresión

En cuanto a la depresión, según el National Institute of Mental Health, esta se define como una enfermedad común pero grave, que interfiere en la vida diaria y en el desempeño normal de quién la padece causándole dolor. Por otra parte, la OMS, define la depresión como un trastorno mental, caracterizado por sentimiento de tristeza, desinterés, baja autoestima, trastornos del apetito y sueño y un agotamiento excesivo. Estas características se pueden prolongar en el tiempo y hacer de este un trastorno crónico.

Para su medición ha sido utilizado el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer y Brown, 1996), que consta de 21 ítems que sirven como medida para averiguar la presencia o no de depresión. En cuanto a los baremos del BDI, son los siguientes:

- Una calificación de 0-13: sin depresión.
- Una calificación de 14-19: depresión leve.
- Una calificación de 20-28: depresión moderada.
- Una calificación de 29-63: depresión severa.

3.3. Procedimiento

Tras una primera toma de contacto con los participantes y una vez escogido aquel que iba a ser el sujeto de estudio de entre todas las opciones que se barajaban, se planificó una posterior reunión con dicho sujeto. Esta reunión se estableció con el objetivo de recabar todos los datos necesarios del mismo mediante la administración de los cuestionarios y test arriba mencionados, necesarios para la obtención y posterior evaluación de resultados. Al finalizar la administración de dichas pruebas, se procedió a su evaluación y análisis de los resultados obtenidos para más tarde utilizarlos como guía en la elaboración de la propuesta de intervención.

4. Resultados

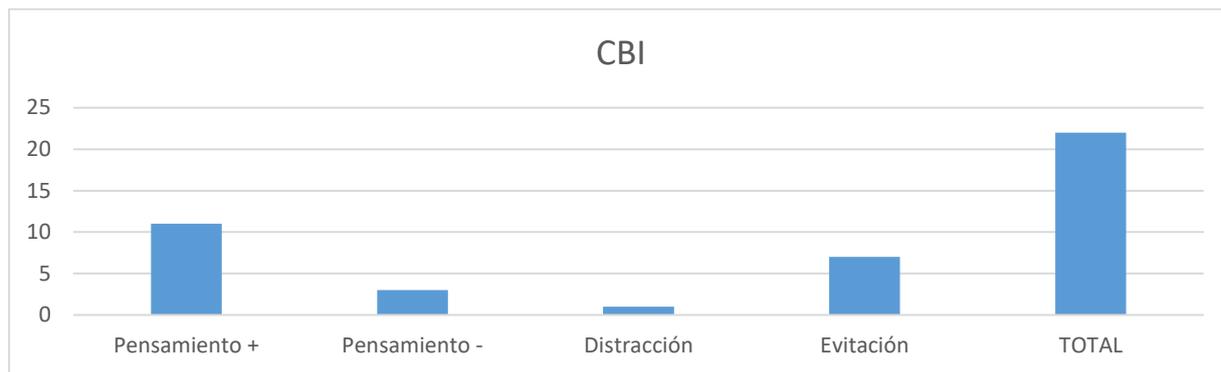
En base a los instrumentos ya citados, los resultados obtenidos para cada una de las variables evaluadas fueron los siguientes:

Habilidades de afrontamiento

A la hora de evaluar las habilidades de afrontamiento, como se ha indicado anteriormente, ha sido usado el CBI (Coping Behaviours Inventory).

La prueba consta de 4 factores diferentes en los cuales las puntuaciones del sujeto se presentan en el cuadro de abajo, así como su puntuación total. Estas puntuaciones indican un déficit en las habilidades de afrontamiento del sujeto, siendo las estrategias más usadas las pertenecientes al Factor 1, "Pensamiento Positivo", lo que indica que el participante acostumbra a pensar en las consecuencias positivas que produce el no consumo de cannabis. Por otro lado, en cuanto al segundo factor, "Pensamiento Negativo" se indica que el sujeto no tiende a pensar en las consecuencias o situaciones negativas en los distintos ámbitos de su vida, que produce el consumo de dicha sustancia. Haciendo referencia al tercer factor, "Distracción", que incluye diversas habilidades de distracción, como dormir o llamar a un amigo, estas no son empleadas por el sujeto. Por último, en el factor 4, denominado "Evitación" la puntuación del sujeto es un poco más alta con respecto a "Distracción" a pesar de seguir siendo una puntuación baja. Este último factor indica que el sujeto en alguna ocasión recurre a habilidades de afrontamiento relacionadas con la evitación de lugares donde en el pasado hubo consumo.

Gráfico 1

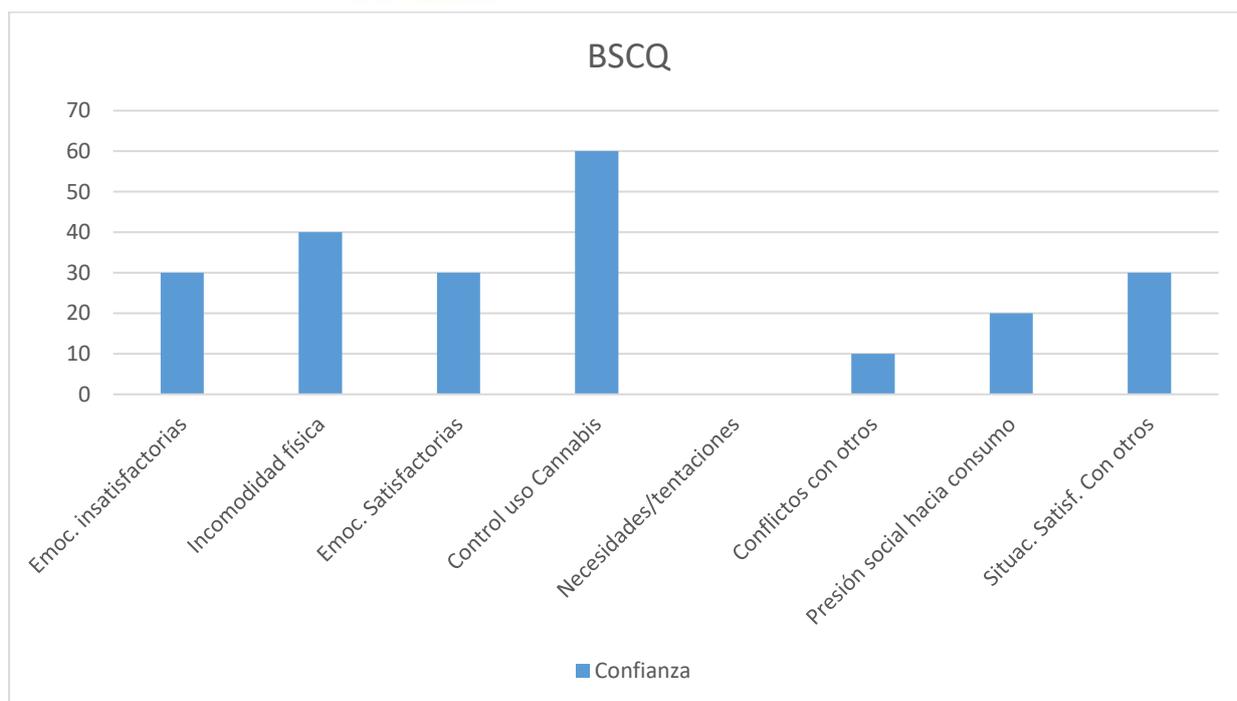


Situaciones de riesgo/autoeficacia

A la hora de evaluar el papel de las situaciones de riesgo y la autoeficacia del sujeto para afrontar dichas situaciones, se ha empleado el instrumento BSCQ (Brief Situational Confidence Questionnaire). En dicho instrumento el sujeto presenta una puntuación de 220, de una puntuación máxima posible de 800.

Las respuestas a esta determinada prueba incluyen poca confianza en algunas situaciones, como en aquellas que representan conflictos con otros o presión social de otras personas para el uso de sustancias como el cannabis. Por otro lado, otras situaciones muestran una confianza más elevada para no tomar drogas.

Gráfico 2



Motivación

Por otro lado, en cuanto a la motivación que presenta el sujeto hacia el tratamiento, la puntuación obtenida mediante una escala de 0-10, fue de 4, por lo que se puede decir que la motivación del sujeto es inferior a la necesaria, lo que muestra una baja implicación en el estudio por parte del participante.

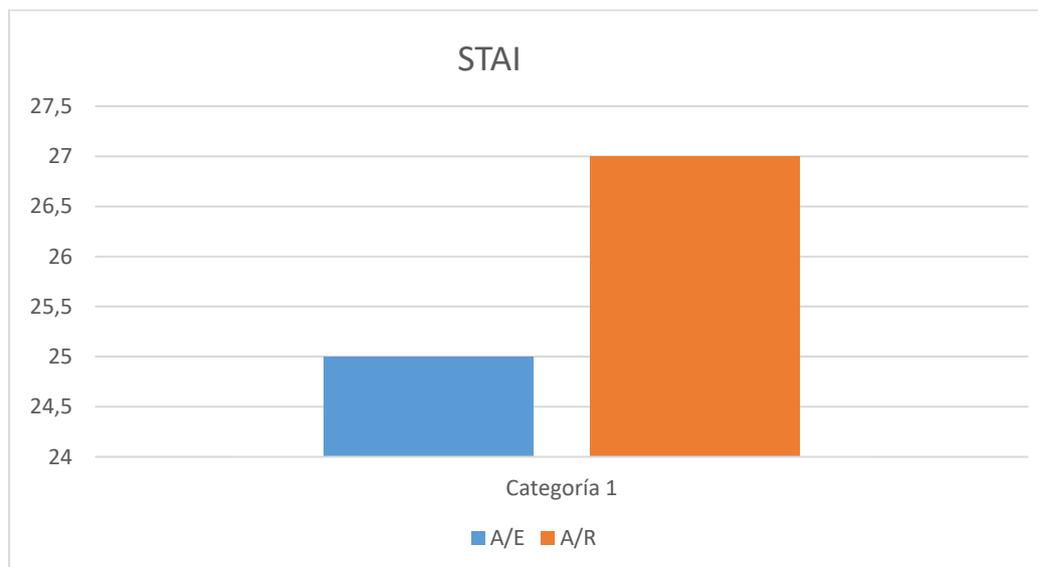
Estrategias de mantenimiento

Por último, refiriéndonos a las estrategias de cambio y mantenimiento, el sujeto emplea con asiduidad estrategias eficaces como la de telefonar a un amigo, recurrir a familiares y a amigos que no consumen, o pensar en cuando está mejor sin consumir, entre otras. Por ello, se puede concluir que el sujeto no necesita una intervención por lo que a estrategias de afrontamiento se refiere.

Ansiedad

Basándonos en los resultados del primer instrumento administrado (el STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo), el sujeto presenta una puntuación de 25 y 27, en ansiedad estado y ansiedad rasgo respectivamente. Al comparar dicha puntuación con los baremos para analizarla, se comprueba que indica que el participante presenta una ansiedad leve en ambas variables del instrumento.

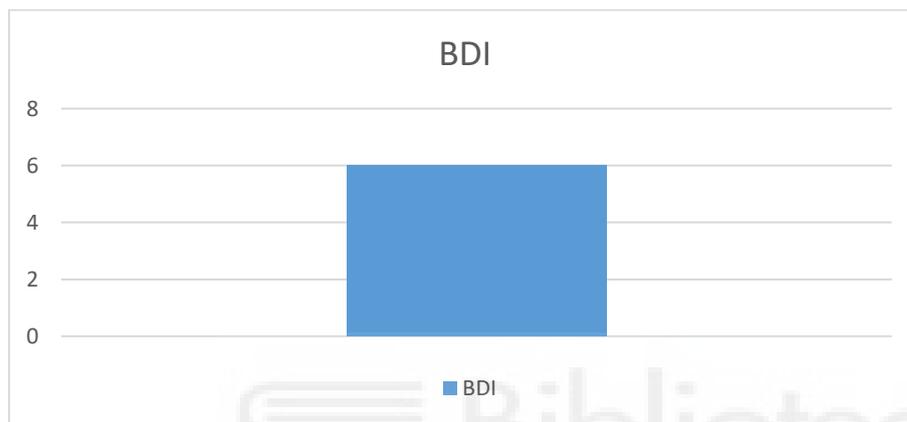
Gráfico 3



Depresión

Otro de los instrumentos utilizados, en este caso para evaluar la depresión, es el BDI (Inventario de Depresión de Beck). La puntuación obtenida por el participante en este instrumento es de 6, la cual, al compararla con los baremos, no muestra ninguna alteración, esto es, refleja ausencia de depresión.

Gráfico 4



5. Propuesta de intervención

En cuanto a la propuesta de intervención, el propósito de la misma será el éxito en la prevención de recaídas en el consumo de cannabis, es decir, el mantenimiento de la abstinencia del sujeto. Para ello, se ha elaborado una propuesta de intervención breve, en base a las necesidades del sujeto, que constará de un total de 4 sesiones, en las cuales se emplearán algunas estrategias cognitivo-conductuales y de entrevista motivacional, repartidas a lo largo de 4 semanas. Cada una de las sesiones, tendrá una duración máxima de hora y media.

En cada una de las sesiones se actuará sobre un área de intervención en concreto, de cada una de aquellas áreas en las que el sujeto refleja algún tipo de carencia o déficit. Se espera que tras la aplicación de dicha propuesta se cumpla con el objetivo primordial de la misma: la abstinencia.

1ª Sesión:

Tabla 1

| Área de intervención | Técnica | Tareas |
|----------------------|--|---|
| Motivación | Entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991) | <ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento de un ambiente de colaboración y empatía por medio de escucha reflexiva. - Empleo de preguntas abiertas. - Desarrollo de discrepancias. |

Objetivos

- Aumento de la motivación del sujeto ante el cambio.
- Aumento de la conciencia acerca de la propia situación y su resistencia al cambio.
- Evidenciar las discrepancias en el sujeto para favorecer el cambio.

Descripción



Esta primera sesión se centrará en el aumento de la motivación del sujeto, por medio de la técnica de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1991).

Desde un primer momento, es importante establecer un buen ambiente de colaboración con el sujeto, para que este se sienta aceptado y se muestre dispuesto a participar en el proceso. Para ello, es importante emplear una técnica de escucha reflexiva puesto que es una manera muy eficaz de transmitir la empatía necesaria al participante, para que así se vuelva más cooperativo a lo largo de las sesiones.

Para ayudar a que el paciente comprenda su situación actual, se empleará una serie de preguntas abiertas, aquellas que no pueden ser contestadas de manera breve, es decir, el sujeto deberá desarrollar sus respuestas; de esta manera, aumentará su propia percepción del problema. A medida que el evaluado, emplea su discurso, se debe, mediante la escucha reflexiva, averiguar qué es aquello que quiere transmitir el mismo, para devolvérselo mediante el empleo de afirmaciones. Durante el desarrollo de estas habilidades, pueden surgir en el sujeto unos sentimientos de malestar al comparar y crear un contraste entre lo que se desea en un futuro y la problemática derivada del consumo. Estas discrepancias se emplean para marcar el camino para el cambio, ya que darse cuenta de ellas aumenta la propia motivación hacia el cambio.

A continuación, se realiza un proceso de planificación, en el que el participante con la ayuda del terapeuta establece diferentes planes de acción, orientados hacia ese futuro cambio deseado.

2ª Sesión:

Tabla 2

| Área de intervención | Técnica | Tareas |
|----------------------|---|---|
| Ansiedad. | Técnica de relajación progresiva de Jacobson. | <ul style="list-style-type: none"> - Fase educativa acerca del estrés y su papel en la Prevención de Recaídas. - Entrenamiento en relajación. |

Objetivos

- Aumento de la conciencia de la propia situación de estrés.
- Disminución de la ansiedad.

Descripción

La segunda sesión estará centrada en el estado emocional negativo del sujeto. La técnica empleada en este caso será la técnica de relajación progresiva de Jacobson.

En primer lugar, la primera fase de esta segunda sesión ha de tener una función educacional acerca de cómo la existencia de ansiedad en el participante, puede suponer un problema de cara al mantenimiento de la abstinencia, puesto que las emociones negativas pueden estar relacionadas con una futura recaída. De esta manera, el terapeuta debe informar al sujeto del papel negativo que su estado emocional puede ejercer en la prevención de recaídas, aumentando así la conciencia del sujeto acerca de su propia situación.

Para disminuir el estado de ansiedad del sujeto, se emplearán distintas técnicas de relajación por medio de la relajación progresiva de Jacobson. Este tipo de relajación está basado en una tensión y su posterior relajación de diferentes grupos musculares que, acompañados de una respiración lenta y profunda, aliviará la tensión y ansiedad presentes.

Una vez aprendido el funcionamiento de esta técnica de relajación, es indispensable que el participante realice una puesta en práctica de la misma cada día en su casa hasta la fecha de la siguiente sesión.

3ª Sesión:

Tabla 3

| Área de intervención | Técnica | Tareas |
|------------------------------------|--|---|
| Situaciones de riesgo/Autoeficacia | Entrenamiento en habilidades sociales. | <ul style="list-style-type: none"> - Fase educacional: tipos de respuesta. - Entrenamiento en técnicas asertivas. |

Objetivos

- Comprensión de la importancia de las habilidades sociales en la abstinencia.
- Aumento de la autoeficacia.
- Aprendizaje de técnicas asertivas para situaciones de riesgo futuras.

Descripción

La tercera sesión estará centrada en el aprendizaje de técnicas asertivas para hacer frente a las futuras situaciones de riesgo.

Por medio del aprendizaje de este tipo de habilidades sociales, se implantará, en el repertorio de conductas del sujeto, una manera adecuada de actuar en las futuras situaciones que supongan un riesgo para el participante, y así, promover el mantenimiento de la abstinencia. En primer lugar, se deberá educar al sujeto en los diferentes estilos de respuesta posibles ante las situaciones de riesgo: respuesta pasiva, hostil y asertiva. La evitación de los dos primeros tipos de respuesta, conllevará en el sujeto un aumento de su propia imagen, de su control y eliminará los sentimientos de culpa y frustración. De esta manera, aumentará a su vez su autoeficacia.

A continuación, se procederá al aprendizaje de las técnicas asertivas para hacer frente en el futuro a las situaciones de riesgo. Entre algunas de estas técnicas se encontrarán: "banco de

niebla”, consistente en saber cuándo y en qué aspectos dar la razón al otro, todo ello sin perder nuestra postura; “disco rayado” basado en repetir la misma idea, haciendo énfasis en nuestro objetivo; “ironía asertiva”, realizar una respuesta positiva ante un ataque o crítica, etc. Otra habilidad importante es el empleo de la negociación como herramienta asertiva, por medio de la cual el sujeto puede aprender a decir “no” y de este modo llegar a su objetivo principal, la evitación del consumo.

4ª Sesión:

Tabla 4

| Área de intervención | Técnica | Tareas |
|------------------------------|--|---|
| Habilidades de afrontamiento | Entrenamiento en solución de problemas | <ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento y formulación del problema. - Búsqueda de soluciones. - Toma de decisiones. - Practica y evaluación de su utilidad. |

Objetivos

- Control de la conducta voluntaria del sujeto.
- Adquisición de diversas estrategias de afrontamiento para el mantenimiento de la abstinencia.

Descripción

En la técnica de entrenamiento en solución de problemas, el sujeto, que será guiado a través de diversas fases, deberá centrarse en su problema para reconocer el mismo (en este caso, la conducta de consumo de cannabis) y posteriormente buscar las soluciones para resolver dicho problema. El procedimiento constará de 5 fases, cada una de las cuales deberá ser superada y realizada correctamente para poder acceder a la siguiente:

- Orientación general hacia el problema.
- Formulación y definición del problema.
- Generación de soluciones alternativas.

- Toma de decisiones.
- Puesta en práctica y verificación de la solución.

En primer lugar, la primera fase se basará en una orientación general hacia el problema de consumo del sujeto, seguida de una segunda fase de definición del problema. Para finalizar esta fase y poder pasar a la siguiente, es necesario obtener la información pertinente para ejercer una buena valoración y comprensión del problema.

Posteriormente, se generarán una serie de soluciones alternativas, de las que posteriormente en la toma de decisiones, se escogerá la más adecuada para afrontar y resolver el problema, anticipando las posibles soluciones de cada una de las soluciones alternativas. Una vez se ha tomado la decisión acerca de la mejor solución, se procederá a la realización de una última fase basada en la puesta en práctica de la solución escogida y la evaluación de su utilidad.

5ª Sesión

Por último, tras haber finalizado las 4 primeras sesiones, se realizará una última sesión de seguimiento, a los 6 meses y al año de la aplicación de dicha propuesta de intervención. Los objetivos de la misma serán comprobar la eficacia de la intervención, así como comprobar si se ha mantenido la abstinencia en el consumo de cannabis. Si por el contrario, no se ha mantenido la abstinencia, y se ha producida alguna recaída por parte del sujeto, será necesario evaluar cuál ha sido la causa de dicha recaída, y si es necesario, realizar ajustes en dicha propuesta de intervención, para garantizar la efectividad de la misma.

6. Discusión

Dicha propuesta se ha realizado en base a un único sujeto y a aquellos resultados obtenidos por el mismo, para conseguir así elaborar un programa de recaídas en consumo de cannabis adaptado a él y a sus carencias.

En cuanto a los resultados del sujeto, obtenidos mediante los autoinformes realizados por el mismo, se han señalado qué variables de las evaluadas presentaban un déficit, y posteriormente se han establecido unos objetivos generales directamente relacionados con ellas. Estas variables que guían la propuesta de intervención son: motivación, ansiedad, autoeficacia, situaciones de riesgo y habilidades de afrontamiento. Cada una de estas variables, presentaba una puntuación baja en sus respectivos autoinformes, lo cual era un impedimento a la hora de conseguir el objetivo general, el mantenimiento de abstinencia en el sujeto.

Los objetivos esperados tras la aplicación de la propuesta de intervención, se han establecido con la expectativa de verse cumplidos al realizar las evaluaciones posteriores que marcan las sesiones de seguimiento, a los seis meses y al año de la intervención. Estos objetivos, son el aumento de las carencias indicadas en los autoinformes. Así, los resultados a esperar son la mejora tras la intervención de aquellas variables en las que el sujeto tenía dificultades en relación con la situación de adicción al consumo de cannabis. De este modo se establece la hipótesis de que el sujeto se verá fortalecido en dichas variables, con la expectativa de que, en un futuro, en caso de presentarse una situación de riesgo para el sujeto en base al consumo de esta sustancia, este pueda tener la motivación, herramientas y habilidades necesarias para superarla con éxito. De esta manera, los resultados a esperar después de la aplicación de la propuesta de intervención, en las sesiones dos de seguimiento, tras 6 meses y tras un año de la intervención, están directamente relacionados con el mantenimiento de la abstinencia en el participante.

Haciendo referencia a las limitaciones que pueden aparecer en este trabajo, se pueden encontrar algunas relacionadas con el número de sujetos participantes en el mismo. Puesto que es un estudio con un único participante, esto puede llevar a ciertos problemas como la variabilidad del propio sujeto. Visto que son muchos los factores individuales que influyen en el comportamiento de una persona, un cambio en sus características personales puede generar una variación individual.

Un aspecto importante a considerar, sería la limitación de dicho trabajo a la hora de poder observar los resultados una vez realizada la propuesta de intervención, puesto que dicho trabajo está basado solamente en la elaboración de la misma, no en su aplicación. Por tanto, sería interesante una continuación del trabajo, en el que se realice una aplicación de la propuesta de intervención para observar la efectividad de la misma, o en su defecto, realizar las correcciones pertinentes para lograr los objetivos marcados.

7. Referencias bibliográficas

Aleixandre, N., Perelló, M., y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*. 16(2), 109-133.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Bados, A., y García, E. (2014). *Resolución de problemas*. Barcelona: Universitario de Barcelona.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory Second Edition manual*. San Antonio, The Psychological Corporation.

Becoña, E. (2004). Tratamiento psicológico del tabaquismo. *Adicciones*, 16(2), 237.

Breslin, C., Sobell, L.C., y Sobell, M.B. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*. 38, 1211-1220.

Carballo Crespo, J. L. (2007). *La recuperación natural de la adicción al alcohol y otras drogas*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Carballo Crespo, J. L., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., García Rodríguez, O., Errasti Pérez, J. M., Alhalabí Díaz, S., y Espada, J. P. (2007). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*.

Chávez, E. (2010). Prevención de Recaídas: Centros de Integración Juvenil. Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Disponible en: <http://www.intranet.cij.gob.mx/archivos/pdf/materialdidacticotratamiento/manualprevrecaidas.pdf>

Fernández Hermida, J. R., Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., y García Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2-10.

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6, 17.

Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*. 78, 269-276.

Marlatt, G. A., y George, W. H. (1984). Relapse prevention: introducción and overview of the model. *British Journal of Addiction*. 79, 261-273.

Miller, W. R. (1983). *Motivational interviewing with problem drinkers*. Behavioural Psychotherapy, 11, 147-172.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviours*. New York: Guilford Press.

National Institute on Drug Abuse. Información y consecuencias Cannabis. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/marijuana>

Organización Mundial de la Salud. Definición Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Organización Mundial de la Salud. Información general Cannabis. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en/

Plan Nacional Sobre Drogas (2016). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

Plan Nacional Sobre Drogas. Efectos y consecuencias de consumo de Cannabis. Disponible en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/home.htm>

Ríes, F., Vázquez, C., Mesa, M., y Andrés, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 9-16.

Rollnick, S., y Miller, W.R. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6.

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

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *STAI. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA.

Secades, R. (1997). *Evaluación Conductual en Prevención de Recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas*. *Psicothema*, 2, 259-270.

Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Witkietz, K. & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychologist*, 59(4) 224-235.

