



UNIVERSITAS

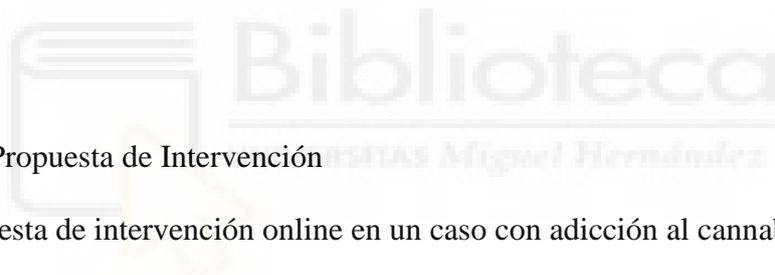
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2020/2021

Convocatoria: junio



Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Propuesta de intervención online en un caso con adicción al cannabis

Autor: Ignacio Carrasco Zamora

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche a 15 de junio de 2021

Índice

Resumen.....	3
1. Introducción.....	4
2. Método.....	7
2.1 Participante.....	7
2.2 Variables e Instrumentos.....	8
2.3 Procedimiento.....	12
3. Resultados.....	12
4. Propuesta de Intervención.....	17
5. Discusión.....	23
6. Referencias Bibliográficas.....	25



Resumen

En España el consumo de cannabis se ha visto incrementado en los últimos años y se ha visto acelerado por la situación del Covid 19, en promedio, un 33% de la población española ha consumido alguna vez esta sustancia. Ante esta problemática, se ha de investigar en variables relacionadas con el consumo, consumo problemático, dependencia, necesidad del tratamiento, autoeficacia y situaciones de riesgo, así como, ansiedad y depresión, ya que según la literatura actual son variables que presentan relación con la adicción al cannabis. En cuanto a los posibles tratamientos, se compara ACRA, TFMD y TCC-EM no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos. Es por ello, que el objetivo de esta investigación es elaborar una propuesta de intervención breve (IB) basada en el Programa de Autocambio Dirigido, en un caso que presenta un consumo de abuso de cannabis. Se implementa en una modalidad online durante 4 sesiones de tratamiento que refieren una frecuencia semanal y una sesión de seguimiento al mes de finalizar la intervención. Finalmente, mencionar que se esperan alcanzar resultados óptimos puesto que el tratamiento aplicado muestra evidencia por la APA.

Palabras clave: cannabis, Covid 19, intervención breve, modelo de autocambio dirigido.

1. Introducción

El cannabis es la sustancia psicoactiva ilegal de mayor uso en el mundo (United Nations Office on drugs and Crime, 2015). En España en torno a un 33% de la población ha probado el cannabis y, además, un 2% de los españoles lo consume diariamente (Observatorio Español de la Droga y las toxicomanías, 2017). Según la Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) el inicio de consumo de esta sustancia tiene lugar en torno a los 15 años y mantiene una predisposición al alza en cuanto a su ingesta. Asimismo, se ha de destacar que la población más joven, que comprende un intervalo de edad de 14-18 años, ha incrementado su ingesta en comparación a últimos estudios, siendo la prevalencia actual del 19,3%. En relación con el National Institute on Drug Abuse (2019) el consumo de cannabis provoca alteraciones físicas y mentales. Algunas consecuencias físicas producidas son el incremento de la frecuencia cardiaca, elevando la probabilidad de infarto, al igual que en las personas que consumen tabaco, se producen complicaciones respiratorias debido a la disfuncionalidad pulmonar. Además, se ha de destacar que los individuos que consumen a diario durante un periodo de tiempo extenso pueden desarrollar hiperémesis cannabinoide, que provoca vómitos continuos que pueden causar deshidratación. Asimismo, existen problemas durante el desarrollo del feto (Wang et al., 2015) puesto que existe mayor vulnerabilidad de desarrollar mayores niveles de inmunoglobina en comparación con aquellos embriones que no han estado vinculados con el cannabis, teniendo mayor predisposición a desarrollar problemas respiratorios.

En relación a las consecuencias psicológicas, se ha de comentar que la ingesta de cannabis puede desarrollar trastornos psicóticos y acentuar síntomas relacionados con la esquizofrenia. De hecho, una investigación realizada por Marconi, Di Forti, Lewis,

Murray y Vassos (2016) señala la relación existente entre el número de veces que se ingiere la sustancia y el incremento de probabilidades de padecer trastornos psicóticos. Del mismo modo, el uso del cannabis afecta al individuo provocando cambios en su conducta, deteriorando el área cognitiva e incrementando el fracaso escolar así como la criminalidad (Hall, 2014).

Por otra parte, en relación con los factores de riesgo más significativos que pueden ocasionar un consumo problemático del cannabis, puesto que varias han sido las investigaciones (Observatorio Español de la Droga y las toxicomanías 2016) se muestra, en primer lugar, las discrepancias entre hombres y mujeres, ya que los primeros presentan una ingesta superior, principalmente si se trata de individuos de corta edad (Rial et al., 2019). Además, es interesante mencionar que la percepción de riesgo del individuo es un factor que exhibe una correlación elevada hacia un consumo problemático (Salloum, Krauss, Agrawal, Bierut y Gruzca, 2018). Asimismo, los agentes ambientales como la accesibilidad al cannabis o estar expuesto en lugares donde se consuma, incrementarán la probabilidad de un consumo problemático (Smith y Conner, 2018). Del mismo modo, la desocupación y un rango de formación escolar bajo, repercuten negativamente en el consumo (Teixidó-Compañó et al., 2018).

En esta misma línea, se ha encontrado que las personas que se inician en el consumo de cannabis en edades tempranas, tienen mayor posibilidad de manifestar policonsumo de sustancias, concretamente de tabaco y alcohol (Hernández, et al., 2009).

Por otro lado, la epidemia del coronavirus que se inició en 2020 y que dura hasta el momento de la fecha de publicación de esta investigación, es una crisis sanitaria global que podría relacionarse con el incremento de actividades relacionadas con el consumo de sustancias como son el alcohol, el tabaco y el cannabis debido al aumento de síntomas relacionados con ansiedad y depresión (García-Álvarez et al., 2020).

Asimismo, se ha de mencionar que el desarrollo del COVID 19 en nuestra sociedad ha acentuado el riesgo de padecer enfermedades respiratorias tras la ingesta de cannabis o tabaco, debido a las consecuencias negativas del virus en los pulmones (Dunlop et al.,2020), por lo que la retirada de estas sustancias repercute en una mayor probabilidad de hacer frente al mismo, ya que disponer de una afección en las vías respiratorias cuenta con un ratio de mortalidad del 6,3% mientras que la población sin infecciones respiratorias presenta un 2,3% (Wu y McGoogan, 2020).

Ante toda esta problemática existen programas de tratamiento, sin embargo, son pocos los individuos que asisten en comparación a los casos que presentan adicción (PNSD, 2016), ya que según el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías en el año 2017, el número total de personas que asistió a un tratamiento fue únicamente de 12.932. Una posible razón, sería la escasa variedad de programas eficaces que se implementan y la sensación del paciente de que el cannabis es una droga que no desencadena riesgos (PNSD, 2019). Principalmente, implementan tratamientos de corte cognitivo-conductual junto a una entrevista motivacional y recompensas cuando el sujeto está privado de la sustancia (Carney,Myers,Louw y Okwundu, 2016). Otra posible intervención, sería la terapia familiar multidimensional donde se prioriza el entorno en el que está envuelto el individuo, por lo que se involucra también a la familia para reducir los factores de riesgo que se puedan ocasionar. Asimismo, existen investigaciones que señalan la TFMD más eficaz que la TCC por si sola (Liddle et al., 2001).

Además, se ha de enfatizar en el “programa de aproximación comunitaria de reforzamiento para adolescentes consumidores de cannabis” (ACRA) (Godley, Meyers, et al., 2001), donde se implementan 10 sesiones dirigidas al adolescente y 4 sesiones a los cuidadores/padres durante un periodo de 12-14 semanas. Asimismo, el programa

ACRA es situado por muchos profesionales como un modelo de tratamiento favorable (Institute of Medicine, 1998) puesto que se fundamenta en investigaciones efectivas asociadas a las prácticas de crianza (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999).

En un estudio realizado por el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), se pretendía observar si existían diferencias tras la aplicación de los tratamientos ACRA, TFMD y TCC-entrevista motivacional, en cuanto a los días totales de abstinencia durante 12 meses, presentando un $\delta=0,06$ y, el porcentaje de recuperación a los 12 meses que cuenta con un $\delta= 0,16$. Tras la investigación, el programa ACRA presentaba los valores más elevados, siendo 265 los días totales de abstinencia y un 34% la recuperación mostrada en el último año. Sin embargo, se ha de resaltar que, a pesar de disponer unas puntuaciones más prominentes, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas entre tratamientos.

Por tanto, teniendo en cuenta la literatura y recomendaciones aportadas por numerosas investigaciones (Palfai et al.,2014; Cooper et al.,2015; Budney et al.,2015;) el objetivo de este estudio es elaborar una propuesta de intervención online. Para ello, se aplica un Programa de Intervención Breve (IB), basado en la TCC+ entrevista motivacional en un caso con adicción al cannabis.

2. Método

2.1 Participante

Se trata de un varón de 25 años de edad que vive en la ciudad de Alicante con sus dos padres y su hermano, presentan un nivel socioeconómico medio y no han tenido problemas laborales durante la COVID 19. En relación al ámbito familiar, en ocasiones suele tener conflictos debido a su consumo, ya que les disgusta que llegue a casa con síntomas de haber fumado cannabis, principalmente cuando tiene los ojos rojos. Con tal de evitar estas situaciones, desde hace 3 años utiliza colirios para disimular la

sintomatología y pasar desapercibido. Respecto a su formación académica se ha de mencionar que a día de hoy, se encuentra estudiando el último curso del grado de enfermería por lo que tiene un alto nivel de estudios. No obstante, se ha de mencionar que los puestos de trabajo que ha desempeñado no requerían formación cualificada como son repartidor, mozo de almacén, y reponedor.

Por otro lado, en relación al uso de drogas el sujeto refiere que habitualmente suele consumir cannabis, tabaco y alcohol. Además, se ha de resaltar que la primera ingesta de las sustancias comentadas tuvo lugar a la edad de 15 años, sin embargo, comenzó a consumir de forma más reiterada a los 17 en el caso del tabaco, en relación con el alcohol a los 19, y a los 21 incrementó su consumo de cannabis. Únicamente hay un intento sin éxito de abandonar el cannabis. En consecuencia, es necesario mencionar otras drogas con las que el participante ha experimentado pero no ha mantenido un uso prolongado en el tiempo, como son los alucinógenos, la cocaína, las anfetaminas y el óxido nitroso durante el periodo de los 23 y 24 años. Por último, mencionar que la persona no presenta problemas de salud física.

2.2 Variables e Instrumentos

En primer lugar, se realizó una evaluación de determinadas variables mediante la aplicación de instrumentos que se ajustaban considerablemente a cada una de ellas. Es por ello, que a continuación se exponen las diferentes variables evaluadas, además de, las características de cada prueba.

-Variables relacionadas con el consumo: se evaluó el inicio del consumo (edad en la que comenzó a consumir), situaciones en las que consumía (¿dónde estaba?, ¿con quién estaba?), cantidad de porros (¿cuánto consumía actualmente?), porros de cannabis o hachís, y frecuencia (número de días que consumía). Para la evaluación del sujeto, se construyó un autorregistro con el objetivo de recoger información de distintas

situaciones necesarias para una adecuada valoración, lo cual es interesante puesto que permitió observar de forma rápida la conducta problema del sujeto.

-Consumo problemático: la gravedad del problema es una variable que se puede definir como aquellas consecuencias negativas y efectos perjudiciales que tiene la sustancia en la salud y en el ámbito social del individuo. Con el objetivo de evaluar dicha variable se implementó el Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Beck y Legleye, 2007), el cual permite valorar la gravedad del problema durante el último año. De esta manera, se considera que no hay riesgo en puntuaciones con valor de 0, un riesgo bajo en aquellas puntuaciones que oscilan entre 1 y 2, riesgo moderado una valoración de 3 y riesgo alto se consideraría una puntuación ≥ 4 . Se formaliza mediante la codificación de 6 ítems a través de una escala de respuesta tipo Likert del 0 al 5 en todos los ítems, donde 0=nunca, 1=rara vez, 2=de vez en cuando, 3=bastante a menudo, 4=muy a menudo. Por último, se ha de destacar que presenta propiedades psicométricas adecuadas tanto para población adulta como adolescente, ya que presenta un $\alpha=0,81$.

-Dependencia: se pretendía medir la presencia y grado de dependencia de un individuo en relación a las sustancias que ingería, así como de las acciones que realizaba para obtenerla. Se puede definir como un estado de privación físico o mental, como consecuencia del consumo persistente de sustancias que alteran el sistema nervioso central (DSM-IV-TR). En cuanto al instrumento de evaluación se administró el Severity Dependence Scale (SDS; Ferri et al., 2000), se trata de un cuestionario de breve duración ya que se formaliza mediante 5 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert dividida en categorías de valoración del 0 al cuarto ítem, donde 0=nunca/casi nunca, 1=algunas veces, 2=a menudo, 3=siempre/casi siempre. Por otro lado, el ítem 5 presenta los rangos: 0=nada difícil, 1=bastante difícil,

2=muy difícil y 3=imposible, dando como resultado una puntuación que oscila entre 0 y 15 puntos, siendo una mayor calificación un déficit del control del sujeto superior. En último lugar, se ha de mencionar que presenta propiedades psicométricas óptimas tanto para población adulta como población adolescente, ya que muestra un $\alpha=0,83$.

-Necesidad de tratamiento: se evaluó la necesidad del tratamiento en la vida del participante, por lo que resultó fundamental indagar en la gravedad del problema para conocerlo y, de esta manera, se apreció si era necesario llevar a cabo una nueva intervención o iniciar un tratamiento si fuera preciso. En cuanto al instrumento, se implementó el índice europeo de gravedad de la adicción (*EuropASI*; McLleland, 1990), el cual permitió obtener un conocimiento amplio de distintas áreas relacionadas con la gravedad del problema del sujeto. Se trata de una entrevista semiestructurada que cuenta con 192 ítems, los cuales están divididos en diferentes ámbitos: justicia, núcleo familiar, relaciones sociales, situación laboral y económica, estado de salud, consumo de alcohol, y salud psicológica. Asimismo, se ha de mencionar que presenta un guión similar en todas las áreas, en primer lugar, los ítems objetivos/críticos cuya finalidad es conocer las dificultades existentes del individuo en un área determinada. Seguidamente, se realiza una escala de autoevaluación con dos ítems y una modalidad de respuesta tipo Likert donde la puntuación 0=nada/ninguna, 1=leve, 2=moderada, 3=considerable y 4=extrema. Se continúa con una valoración de la gravedad por parte del investigador, donde se consideran las respuestas obtenidas en las anteriores escalas, y una posterior calificación para cada una de las áreas, siendo 0-1= no hay problema real, 2-3=problema leve, 4-5=problema moderado, 6-7=problema considerable y 8-9=problema extremo. En cuanto a las propiedades psicométricas, mencionar que presenta un alfa de Cronbach (α) adecuado puesto que presenta una consistencia interna con valores entre 0,69 y 0,92.

-Autoeficacia y Situaciones de Riesgo: se evaluó la autoeficacia, la cual se puede definir como la percepción de un individuo para alcanzar una meta, se trata de una variable primordial puesto que es un indicador objetivo del control que puede presentar un individuo en situaciones de riesgo. Es por ello que, una baja autoeficacia incrementa las probabilidades de implicarse en este tipo de situaciones que dan lugar al consumo (Palacios Delgado, 2015). De esta manera, se administró el cuestionario Brief Situational Confidence Questionnaire (*BSCQ*; Breslin et al., 2000), el cual está compuesto por 8 ítems que miden: necesidad por consumir, desacuerdo con otros, ensayo del autocontrol, emociones satisfactorias e insatisfactorias, presión social e incomodidad física. La modalidad de respuesta se realiza mediante la exposición a situaciones donde existe una probabilidad alta de consumo, el sujeto ha de comunicar mediante una escala porcentual la capacidad que dispone para resistirse a consumir, siendo 0= totalmente inseguro y 100=totalmente seguro. Por último, se ha de mencionar que presenta propiedades psicométricas adecuadas, ya que presenta un $\alpha=0,84$ en personas mayores de edad y un $\alpha=0,86$ en niños y adolescentes.

-Ansiedad y Depresión: se pretendía medir la ansiedad y la depresión que ha podido causar el consumo de cannabis. En relación a la ansiedad, se puede comentar que se trata de una respuesta a un estímulo que el individuo considera peligroso, dando como resultado alteraciones en los niveles cognitivo, fisiológico y conductual (Miguel-Tobal, 1996). Por otro lado, según la OMS la depresión se distingue por presentar un estado de ánimo triste, desinterés generalizado, agotamiento, sentimiento de culpabilidad y pérdida de concentración y, además, es la primera causa de discapacidad en el mundo. Puesto que son variables que pueden presentar cierta correlación, se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (*EADG*; Goldberg et al., 1988) la cual precisa tanto de una subescala para la ansiedad como para la depresión. Asimismo, cada

una consta de 9 ítems con una modalidad de respuesta dicotómica (Si/No). Además, cuenta con 4 ítems de inicio cuya intención es proporcionar información acerca de la presencia de un trastorno psicológico. Del mismo modo, se continúa con 5 ítems en caso de que las respuestas afirmativas superen los límites establecidos para cada subescala, siendo una puntuación de 4 para la ansiedad y 2 para la depresión. Se ha de mencionar, además, que este instrumento presenta propiedades psicométricas adecuadas tanto para la subescala de ansiedad como la de depresión, ya que presenta un $\alpha=0,86$ y un $\alpha=0,77$ respectivamente.

2.3 Procedimiento

Se quedó con el participante para una primera toma de contacto y explicarle el objetivo de la recogida de información. Seguidamente, se realizó la primera reunión en casa del sujeto y tuvo una duración de 25 minutos. Posteriormente, se llevó a cabo una segunda reunión en el mismo lugar que la anterior con una duración de 30 minutos. Durante las reuniones, se aplicaron los instrumentos de evaluación detallados previamente, para ello, se comentó el funcionamiento de cada prueba antes de su realización y, una vez concluido, se procedió a realizar un análisis de los mismos.

3. Resultados

Variables relacionadas con el consumo

Tras la cumplimentación del autorregistro (véase *Tabla 1*) por parte del participante durante 1 semana, se han obtenido datos de gran relevancia, por lo que es necesario realizar un análisis de los mismos. En primer lugar, comentar que el sujeto consumió su primer porro en la etapa de su adolescencia, concretamente a los 15 años. Asimismo, menciona que estaba junto con amigos que también fumaban cannabis y se reunieron para consumir. Actualmente, reconoce que ha aumentado su consumo

semanal, ya que diariamente está fumando 2 porros de hachís, siendo un total de 14 porros semanales, no obstante, refiere que ese incremento se debe a que ha tenido bastante estrés con los estudios y quiere reducir su consumo a 1 canuto de hachís diario. Además, se puede apreciar que el mantenimiento de la conducta problema parece apoyarse en reforzamientos positivos como son las reuniones con amigos que consumen, sentirse valorado por el grupo social en fiestas, e incluso disponer de tiempo libre para realizar cualquier actividad, ya que se trata de situaciones donde el consumo se ve recompensado. Además, el paciente utiliza reforzamientos negativos para disminuir la ansiedad, que también le son difíciles de controlar puesto que el consumo de la sustancia le ayuda a relajarse. Algunas de estas situaciones son las disputas familiares, el estrés en la época de exámenes y confrontaciones con los amigos.

Tabla 1. Resumen del Autorregistro

<i>Inicio del consumo</i>	<i>Situación (donde estaba/con quién)</i>	<i>Cantidad (cuanto consume semanalmente)</i>	<i>Porros cannabis/hachís (diarios)</i>	<i>Frecuencia (nº de días que consume)</i>
<i>15 años</i>	<i>Estaba en la calle con amigos</i>	<i>14 porros semanales/ 3 gramos</i>	<i>2 porros de hachís diarios</i>	<i>Todos los días</i>

Consumo problemático

A continuación, se han de comentar los resultados obtenidos en el cuestionario CAST. Puesto que el participante ha obtenido una puntuación de 12, es necesario mencionar, que presenta un consumo problemático de cannabis ya que la puntuación máxima es de 24. Además, mencionar que el consumo antes del mediodía y la implicación de su círculo social más cercano para que reduzca la ingesta, han recibido las puntuaciones más elevadas siendo 4 y 3 respectivamente.

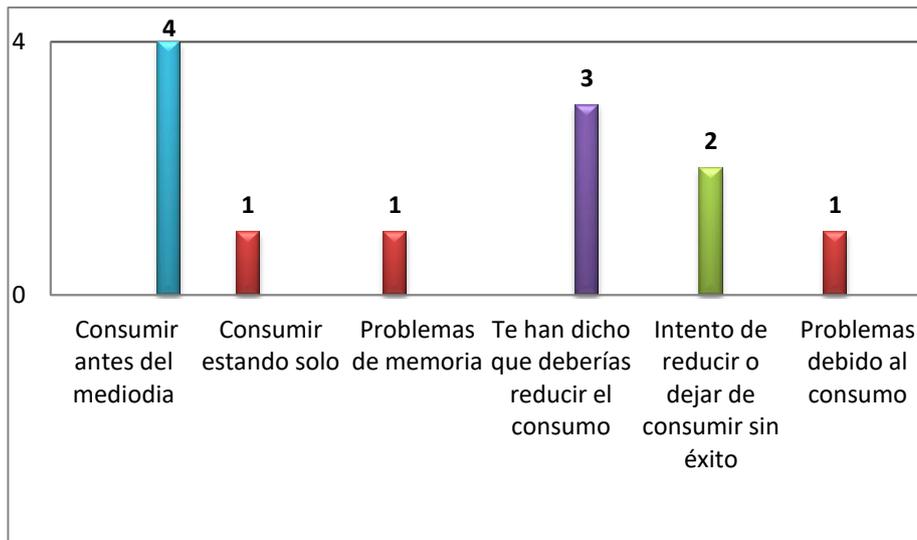


Figura 1. Puntuaciones en consumo problemático

Dependencia

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el SDS, se ha de destacar que la persona ha recibido una valoración de 7, siendo la máxima puntuación 15, por lo que se puede decir que presenta un grado de dependencia moderado, recibiendo mayor interferencia tanto en la preocupación ante la falta de cannabis, como en la dificultad para no consumir en los últimos 12 meses.

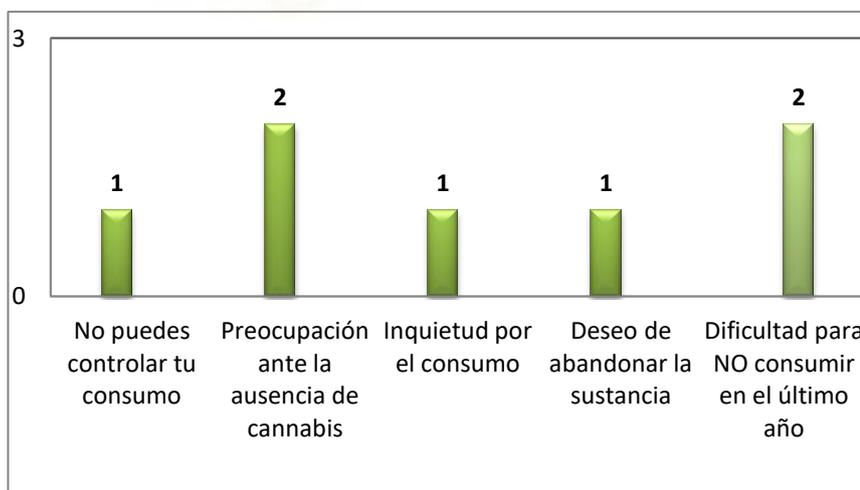
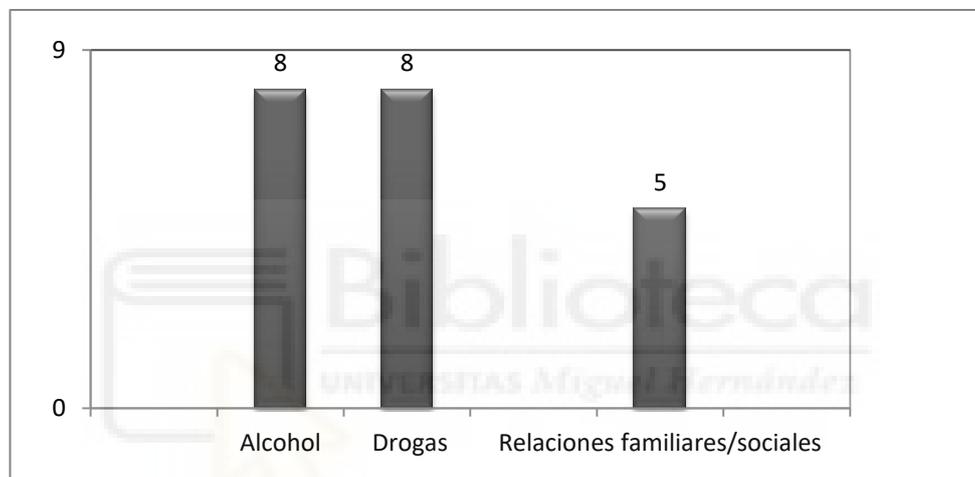


Figura 2. Puntuaciones en dependencia

Necesidad de tratamiento

Respecto a los resultados obtenidos en el EuropASI, se ha de comentar que el sujeto ha recibido una puntuación de 8 en la escala “Alcohol” y en la escala “Drogas”,

por lo que se puede considerar la existencia de un problema grave, siendo la intervención totalmente necesaria. También, mencionar que ha obtenido una puntuación de 5 en la escala “Relaciones familiares/sociales”, lo cual indica un problema moderado donde la presencia de un tratamiento sería adecuado, ya que es probable la existencia de problemas en el entorno familiar, y social, que causan malestar al participante, y la aplicación de una intervención podría disminuirlos. Por último, resaltar que no ha recibido problemas de salud física y mental, así como, tampoco se identifican dificultades en el ámbito laboral y justicia.



*Las escalas salud física, empleo/recursos, situación legal y salud mental obtuvieron una puntuación de 0.

Figura 3. Puntuaciones en necesidad del tratamiento

Autoeficacia y Situaciones de Riesgo

En relación a los resultados del BSCQ, se puede decir que estos expresan que el nivel de confianza del participante para resistirse a situaciones de riesgo de consumo es generalmente inferior al 80%, lo cual indica una confianza baja. De esta manera, se han de analizar los ítems más significativos. De acuerdo con el ítem “emociones desagradables”, el sujeto cuenta con un 40% de confianza, así como, en los ítems “emociones agradables” y “momentos agradables”, ya que ambos indican un 20% de confianza. Además, mencionar que únicamente el ítem “malestar físico” presenta una puntuación óptima.

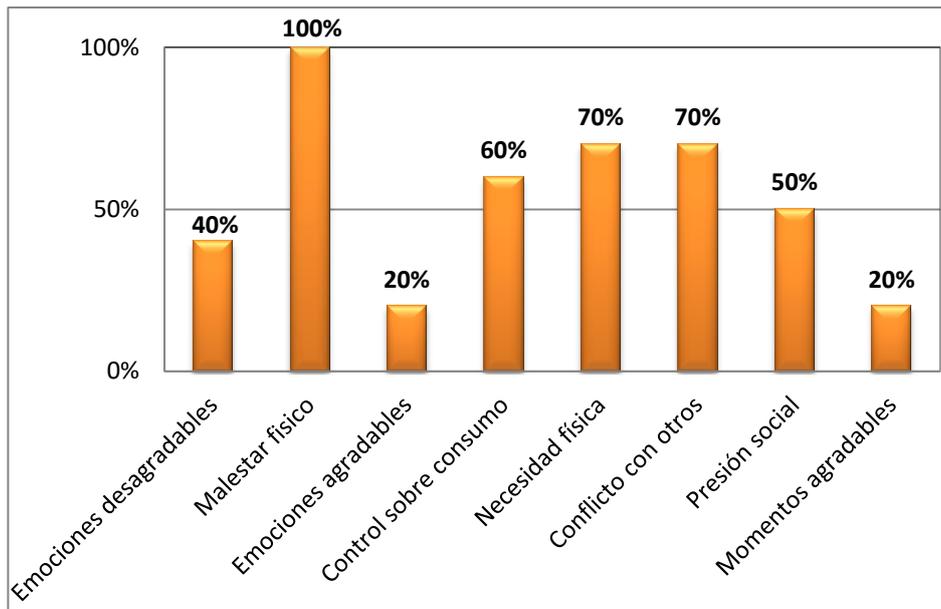


Figura 4. Puntuaciones en autoeficacia

Ansiedad y Depresión

A continuación, se muestran los resultados de la EADG, los cuales revelan una puntuación de 4 en la subescala de ansiedad y una puntuación de 0 en la subescala de depresión. Siendo una puntuación de 9 el valor máximo en ambas escalas, se considera que el sujeto puede manifestar una ansiedad leve, ya que se encuentra en el punto de corte del baremo para considerarla probable. Asimismo, no hay indicios que señalen la manifestación de sintomatología depresiva.

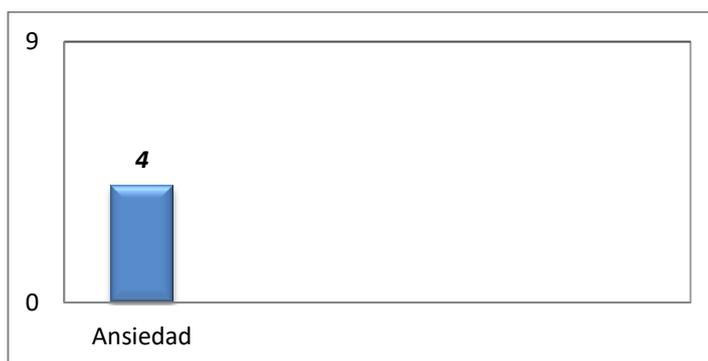


Figura 5. Puntuación en ansiedad y depresión

4. Propuesta de Intervención

Tras conocer la problemática del caso, se ha de elaborar una propuesta de intervención que permita reducir el consumo de abuso de cannabis, así como el consumo de riesgo del alcohol. Para ello, se realiza una intervención breve basada en el Programa de Auto-Cambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2011), ya que se sitúa como un modelo motivacional que permite al paciente tomar conciencia del problema, y de esta manera promover cambios. Destacar que, se trata de un tratamiento apoyado por la APA (American Psychological Association, 2016) para disminuir el consumo. En cuanto a las técnicas utilizadas, mencionar que se fundamenta en la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y un enfoque cognitivo conductual. Se realizarán 4 sesiones de tratamiento en formato individual, que presentarán una duración de 60 minutos, una frecuencia semanal, y una sesión de seguimiento al mes de finalizar la intervención.

Dada la situación actual, el Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana (COPCV), señala la plataforma Psypocket como una web segura para realizar terapia online, ya que cumple con los criterios establecidos por el Consejo General de la Psicología de España, en la Guía para la práctica de la Telepsicología (2017). A pesar de ello, la investigación realizada por Macías y Valero (2018) indica que la terapia presencial, presenta una eficacia superior respecto a la modalidad online. No obstante, los cambios producidos en las tecnologías es un punto a favor para esta última, pero todavía es necesario investigar respecto a qué progresos tecnológicos son necesarios incorporar en la práctica terapéutica.

Sesión 1- Aumentando la motivación.

Objetivos

- Incrementar la motivación del participante para el cambio
- Romper con la ambivalencia

Tareas

- Realizar un autorregistro de consumo
- Realizar psicoeducación
- Realizar un balance decisional

Descripción

Durante la primera sesión se aplica la entrevista motivacional, puesto que se trata de una técnica fundamental para trabajar la ambivalencia respecto al consumo de cannabis y alcohol del paciente, así como, para modificar la motivación del mismo para el cambio.

Para comenzar, se le proporcionará al paciente un autorregistro donde ha de cumplimentar su ingesta de alcohol y cannabis durante la última semana. Una vez realizado, se procede a impartir psicoeducación en base a las anotaciones que refiere el propio sujeto. De esta manera, se analiza con el paciente y se da información de la unidad de bebida estándar en España, y se le comenta el número de consumidores de cannabis en nuestro país, así como, los que presentan un consumo diario para que muestre su opinión.

En base a las apreciaciones respecto al consumo que realiza, se efectúa un balance decisional donde el participante ha de mencionar cosas buenas y cosas no tan buenas de su ingesta, asignándoles un valor del 1 al 5 en base a la importancia que considere. En este caso, el sujeto menciona como aspectos positivos (“pasarlos mejor estando de fiesta”, “sensación de placer tras consumir” y “ayuda a evadirme de malas experiencias”). Por otro lado, como aspectos menos buenos se puede señalar (“discusión con la familia”, “preocupación de personas cercanas” y “complicaciones en salud física y/o mental en el futuro”). Tras apreciar estas disonancias, que en un inicio podrían haber sido barreras para el cambio por la baja percepción de riesgo, se le

preguntará a la persona acerca del objetivo que pretende cumplir con la intervención, en este caso, el participante comenta su intención de reducir el consumo de alcohol y cannabis.

Por último, comentar que las tareas de autorregistro, evaluación de consumo semanal, y la aplicación de la regla motivacional, cuya intención es conocer el nivel de motivación del sujeto respecto al cambio con una escala del 0 al 10, (donde 0=nada convencido del cambio y 10=muy convencido del cambio), son comunes en todas las sesiones.

Sesión 2- Situaciones desencadenantes del consumo.

Objetivos

- Identificar situaciones de riesgo para el participante
- Modificar creencias irracionales

Tareas

- Trabajar con las puntuaciones más significativas del BSCQ
- Aplicar metáfora de la montaña
- Aplicar regla motivacional

Descripción

Para dar inicio a esta segunda sesión, se recogerán las puntuaciones obtenidas durante la evaluación del participante en el cuestionario BSCQ, con la finalidad de identificar aquellas situaciones que ocasionan al sujeto una mayor probabilidad de consumo. Tras realizar un debate, mediante el uso de preguntas abiertas junto con la persona para favorecer la implicación del mismo en la actividad, se aprecian los siguientes acontecimientos donde muestra una inseguridad mayor hacia el consumo de cannabis y alcohol: (“cuando estoy con amigos en una celebración”, “si me siento decaído es más fácil que consuma”, “si apruebo las asignaturas del cuatrimestre me

parece difícil no realizar ninguna ingesta”). Seguidamente, para reforzar las ideas expresadas por el cliente se utiliza la paráfrasis, ya que además, permite apreciar si se ha producido alguna incompreensión durante la explicación de las situaciones. Asimismo, se comentan posibles consecuencias a corto y largo plazo de los eventos manifestados, ya que el paciente muestra interés en ellos.

A continuación, se mencionará la metáfora de la montaña para cambiar aquellas creencias relacionadas con el fracaso, que se pueden producir si el participante recurre al consumo en algunas de las situaciones donde muestra una baja autoeficacia. De esta manera, se le comenta que se ha de escalar una montaña donde la cima representa la reducción del consumo de cannabis y alcohol. Para alcanzarlo, se pueden seguir dos rutas: la ruta A es un camino donde puede haber ciertas complicaciones, aunque estas dificultades sirven para ser conscientes del fallo y poder continuar hacia la meta; por otro lado, la ruta B es un sendero recto hacia la meta donde no hay paradas. Por tanto, la persona ha de comprender la validez de ambos caminos y entender que si hay una caída, puede seguir hacia delante porque ya tiene camino andado.

Para finalizar la sesión, se clarifica una posible situación como una disputa familiar, donde el paciente se siente desanimado y consume un porro para disminuir su ansiedad (fallo). Sin embargo, se da cuenta de aquellas situaciones que propiciaban el consumo y no lo ha realizado, como no tomarse una copa cuando tuviera la necesidad de hacerlo, o disponer de tiempo libre y no consumir (camino andado).

Sesión 3- Planes de acción

Objetivos

- Optimizar planes de acción ante situaciones de riesgo
- Incrementar estrategias, técnicas y recursos de afrontamiento

Tareas

- Diseño de planes específicos para cada situación de riesgo

Descripción

En esta sesión, se pretende que el paciente adquiera estrategias de afrontamiento para afrontar aquellas situaciones que presentan una baja autoeficacia, y que han sido previamente identificadas. Para ello, se le preguntará al paciente que elija una situación donde presenta una alta probabilidad de consumo, por consiguiente, se define la situación (“Estoy en una casa un viernes a las 23:30 de la noche donde hay 6 personas fumando cannabis y únicamente hay una persona que no consume”). Seguidamente, se le mencionará lo que hace la gente ante este tipo de situación y se le pregunta por lo que haría él para no consumir, siendo sus respuestas (“me fumo un cigarro sin echarle cannabis”) y (“poner una excusa para irme de allí). De este modo, se aprecian estrategias basadas en la distracción, y en la evitación respectivamente.

Posteriormente, tras conocer qué estrategias aplica la persona, se propondrán distintas situaciones en las que presenta dificultades para no consumir, con el fin de que establezca planes de acción óptimos y se reduzca el consumo.

A continuación, en base al interés del paciente se indaga en algunos conceptos de las habilidades sociales relacionados con la asertividad, donde a partir de la situación definida previamente, se propone la expresión de: sentimientos negativos (“me siento mal cuando me insistes en que de una calada”), verbalizar opiniones personales (“no quiero fumar cannabis”), y realizar peticiones (“me ayudarías a no consumir si no me ofreces cuando nos veamos”). Asimismo, se le comenta que estas habilidades de rechazo al consumo, no son adecuadas ante la insistencia del grupo social.

Para finalizar, se establece la situación (“Viene la temporada de exámenes y presenta ansiedad a los mismos”) como una práctica de rol playing donde el terapeuta le

aporta feedback al sujeto en base a sus decisiones (“fumar un porro para disminuir la ansiedad”), y trabajar conductas alternativas para reducir la ansiedad ante los exámenes. Se le propone la tarea de enfrentarse a la misma situación durante esta semana en el ámbito personal, ya que se encuentra en periodo de exámenes.

Sesión 4- Prevención de recaídas

Objetivos

- Identificar cambios realizados por el paciente
- Identificar cambios en autoeficacia percibida
- Recordar situaciones que favorecen la recaída

Tareas

- Proporcionar feedback
- Repasar puntuaciones significativas del BSCQ
- Aplicar regla motivacional
- Implementar esquema general

Descripción

En esta última sesión, se comienza revisando el autorregistro de consumo que ha de realizar el paciente al finalizar cada sesión, para apreciar los cambios que se han producido durante la intervención. Es por ello, que se ha de poner especial énfasis en que la persona sea consciente del proceso de mejora durante la misma, por lo que se da feedback para que comprenda el punto de inicio donde se encontraba y el punto actual. Además, se le pregunta por la situación de riesgo a la que tenía que enfrentarse durante esta semana (“Viene la temporada de exámenes y presenta ansiedad a los mismos”) y si ha tenido alguna dificultad o impedimento para llevarla a cabo.

Seguidamente, se repasan aquellas situaciones de riesgo donde el sujeto tenía una autoeficacia menor (“emociones agradables, emociones desagradables, y momentos

agradables”), y se evalúa si existe algún tipo de modificación respecto a las puntuaciones que se obtuvieron antes de dar inicio al tratamiento.

Por otro lado, se le proporciona un esquema general dirigido a la prevención de recaídas, se incluye la metáfora de la montaña mencionada en la sesión 2, y conceptos generales de la intervención, como las cosas buenas y no tan buenas de la ingesta, la identificación de situaciones desencadenantes, estrategias de afrontamiento, y planes de acción realizados anteriormente.

Para finalizar, se le comenta que en un periodo de 1 mes se realizará una evaluación de seguimiento para apreciar los cambios que se han producido. No obstante, en el caso de que el consumo de alcohol y cannabis se incremente significativamente, sería conveniente derivar al paciente a una intervención de mayor duración como el programa ACRA.

5. Discusión

El objetivo que pretendía alcanzar esta investigación era realizar una propuesta de intervención breve basada en el Programa de Autocambio Dirigido (Sobell y Sobell, 2011), aplicando TCC-EM. Además, es un tratamiento basado en la evidencia por la APA (American Psychological Association, 2016).

En relación a los diferentes tratamientos que se implementan, mencionar que la literatura señala que usar programas breves puede aumentar la eficiencia. Por lo que la aplicación de una intervención de menor duración, junto con la reducción de costes que esto conlleva, ha sido el principal detonante de la elección de este tratamiento.

Puesto que se trata de una intervención online, y siendo un caso con abuso de cannabis y consumo de riesgo de alcohol, será fundamental la aplicación de la EM a lo largo del programa, ya que va a permitir aumentar la motivación del paciente, y fomentar la alianza terapéutica (Miller y Rollnick, 2002). Durante las sesiones, se

identificarán las situaciones de riesgo que presenta el paciente, ya que ante los datos de consumo diario que muestra, es necesario detectar que causas sociales pueden desencadenar un consumo problemático relacionado con el cannabis, y el alcohol (Silins et al., 2014). Además, dado que la persona ha obtenido una puntuación baja en autoeficacia, se han de conocer las estrategias de afrontamiento que utiliza en aquellas situaciones donde la probabilidad de consumo es mayor, ya que una vez delimitadas, es importante que incremente sus técnicas y recursos para hacer frente al consumo, y no adopte una actitud de aceptación al problema (Cáceres, 2016). Se ha de mencionar, que durante la aplicación del programa se proporciona al participante un entrenamiento en sus habilidades sociales, puesto que el desarrollo de las mismas fomenta la adaptación a diferentes contextos, actuando de esta manera como agentes de protección del paciente (Becoña, 2007).

En cuanto a las limitaciones que se podrán encontrar durante la elaboración de esta investigación, se pueden comentar algunos aspectos, como que durante el Programa de Autocambio Dirigido se llevarán a cabo pocas sesiones, o que el seguimiento a realizar tras finalizar la intervención puede ser un poco escaso. Por ello, se harán seguimientos y se valorará la opción de hacer más sesiones o tratamientos más largos. También, se puede mencionar que al tratarse de una modalidad online, la tasa de abandono y adherencia al tratamiento podría ser menor. Es por ello, que no se facilitarán instrucciones u obligaciones al paciente, con la finalidad de que aumente su motivación y adherencia a la intervención.

En consecuencia, debido a que el Programa de Autocambio Dirigido se basa en la literatura aportada, se espera tener éxito, y por tanto unos resultados positivos en la reducción de consumo de cannabis y alcohol por parte del participante.

6. Referencias Bibliográficas

- Alcázar, A. I. R., Rodríguez, J. O., Olivares, P. J. O., & Antón, D. M. (2014). *Intervención psicológica*. Elche: Ediciones Pirámide.
- Aliño, J. J. L. I., Miyar, M. V., & American Psychiatric Association. (2008). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (2016). Guided Self-Change for Mixed Substance Abuse/Dependence. Society of Clinical Psychology. Recuperado el 28 de abril de 2021 desde: <https://div12.org/treatment/guided-self-change-for-mixed-substance-abuse-dependence/>
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22.
- Arias-de la Torre, J., Orosa, F. J. E., Molina, A. J., Colell, E., Dávila-Batista, V., Moreno-Montero, F., ... & Martín, V. (2021). Relación del consumo problemático de cannabis en la población joven de España con el riesgo percibido, los factores ambientales y los factores sociodemográficos. *Adicciones*, 33(1), 63-70.
- Carballo, J. L., Coloma-Carmona, A., Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2020) Programa de Auto-cambio Dirigido en abuso de alcohol en población española: un estudio de caso. *Revista de psicología de la salud*, 8(1), 1-32.
- Carbonell, M. M. (2016). Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Universitas Psychologica*, 15(1), 15-29.

- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Balcells, M. M., Miquel, L., Teixidó, L., Colom, J., & Gual, A. (2017). Estableciendo la unidad de porro estándar: estudio piloto. *Adicciones*, 29(4), 227-232.
- Castro, L. M. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Enfermería Actual en Costa Rica*, 24, 1-13.
- Dennis, M., Godley, S. H., Diamond, G., Tims, F. M., Babor, T., Donaldson, J., ... & Hamilton, N. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: main findings from two randomized trials. *Journal of substance abuse treatment*, 27(3), 197-213.
- DGPNSD [Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas] (2019). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol, Tabaco y Drogas ilegales en España (Estadísticas). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Díaz Mesa, E. M., García-Portilla González, M. P., Saiz Martínez, P. A., Bobes Bascarán, M. T., Casares López, M. J., Fonseca Pedrero, E., ... & Bobes, J. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Severity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- El COPCV ofrece, de manera gratuita a todos los colegiados y colegiadas, realizar intervenciones online a través de la plataforma PsyPocket - Col·legi Oficial de Psicologia de la Comunitat Valenciana. (2020). Recuperado el 9 de noviembre de 2020 desde: <https://www.cop-cv.org/noticia/13563-el-copcv-ofrece-de-manera-gratuita-a-todos-los-colegiados-y-colegiadas-realizar-intervenciones-online-a-traves-de-la-plataforma-psypocket>
- Galván, G. D., Sanchez Caraballo, A., Gomez Morales, I., Humanes Julio, O., Guerrero Martelo, M., & Vásquez De la Hoz, F. (2016). Sistema de creencias en relación

- al cannabis, su uso y consecuencias: consumidores versus no consumidores de una población de universitarios colombianos, 27, 434-442.
- González Lomba, C., & López Durán, A. (2017). Revisión del tratamiento psicológico de la adicción al cannabis. *Salud y drogas*, 17(1), 15-26.
- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*, 28(2), 81-91.
- González-Sala, F., Haba-Osca, J., & Osca-Lluch, J. (2020). Efectos del consumo dual cannabis-tabaco sobre el embarazo y la descendencia: una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 68-81.
- Kögel, C. C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A., & Balcells-Oliveró, M. M. (2019). Relación entre las motivaciones para consumir y el consumo problemático de cannabis. *Adicciones*, 33(1), 31-42.
- Lopez-Pelayo, H., De Montagut, L. M., Kögel, C. C., & Oliveró, M. B. (2018). Posverdad del consumo de cannabis: de regreso a la medicina basada en la evidencia Post-truth Cannabis use: back to evidence-based medicine. *Adicciones*, 30(4), 237-242.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of substance use*, 12(4), 233-242.
- Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and alcohol dependence*, 83(1), 90-93.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Depresión*. Recuperado el 26 de abril de 2021 desde: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/

- Ortiz, A. L., & Vega, M. G. (2020). Validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 6-10.
- Pastor, F. P., Folgar, M. I., Carvalho, N., Carvalho, F., & Horcajadas, F. A. (2020). Therapeutic Cannabis and COVID-19: between opportunism and infoxication Cannabis terapéutico y COVID-19: entre el oportunismo y la infoxicación. *Adicciones*, 32(3), 167-172.
- Plan Nacional Sobre Drogas (2019). Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundarias en España (ESTUDES) 2018-2019 Madrid: Delegación Del Gobierno.
- Ramos, R. (ed.). (2017). Guía para la práctica de la telepsicología. Consejo Nacional de la Psicología España. <https://doi.org/10.23923/cop.telepsicologia.2017>
- Rueda-León, L. V., Linares-Maldonado, J. A., Quiroz-González, C., & Sandoval-Arellano, A. (2021). Essential competencies in a clinical psychologist for a functional application of face-to-face and online psychotherapy. *Journal of Basic and Applied Psychology Research*, 2(4), 14-19.
- Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., ... & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 107-113.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.
- Torres Pineda, J. B. (2019). *Estilos de afrontamiento y consumo de alcohol-cannabis en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur*. Manuscrito no publicado.