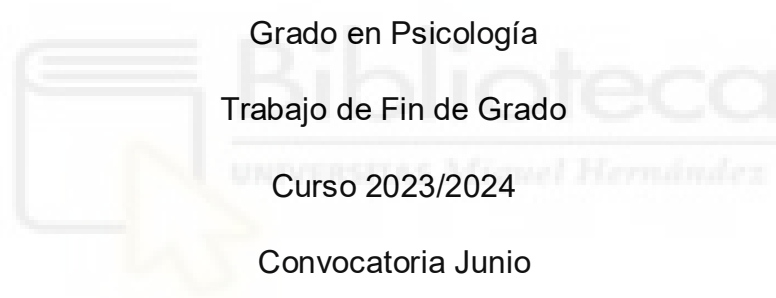




UNIVERSITAS
Miguel Hernández



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2023/2024
Convocatoria Junio

Modalidad: Propuesta de intervención.

Título: Plan de intervención para personas con consumo problemático de sustancias mediante el voluntariado.

Autora: Saray Hermoso Mencías.

Tutora: Alexandra Morales Sabuco.

Elche, a 17 de mayo de 2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1. Marco teórico	4
1.2. Justificación	9
2. MÉTODO	10
2.1. Objetivos	10
2.1.1. Objetivos generales	10
2.1.2. Objetivos específicos	10
2.1.3. Hipótesis	10
2.2. Contenidos	11
2.3. Población objetivo	14
2.4. Materiales necesarios.....	14
2.5. Sesiones.....	15
2.6. Evaluación de la intervención	15
3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	18
4. REFERENCIAS.....	21
5. ANEXOS.....	23

ÍNDICE DE TABLAS.

Tabla 1. Consecuencias producidas por el consumo de sustancias psicoactivas	6
Tabla 2. Organización de las sesiones grupales	23
Tabla 3. Autorregistro de parámetros de consumo de sustancias adictivas	26
Tabla 4. Autorregistro de tentaciones	27
Tabla 5. Autorregistro de hábitos de ocio	27

ÍNDICE DE FIGURAS.

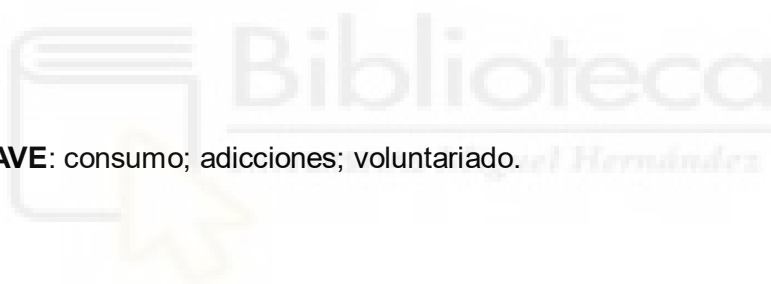
Figura 1	8
-----------------------	---



RESUMEN

La adicción a sustancias es una problemática con implicaciones personales, familiares y socio-sanitarias. El inicio del consumo tiende a darse a edades cada vez más tempranas, por lo que su abordaje desde la adolescencia es fundamental. El voluntariado es una actividad que aporta beneficios a nivel físico, mental y aumenta el bienestar percibido; sin embargo, pese a sus grandes ventajas, no suele formar parte de los tratamientos de adicciones. El objetivo principal es elaborar una propuesta de intervención para reducir las conductas adictivas, especialmente con alcohol, cannabis y cocaína, mediante la realización de actividades de voluntariado en adolescentes y adultos, entre 15 y 25 años. La intervención está basada en la Terapia Cognitivo-Conductual y en la Terapia de Aceptación y Compromiso y uno de los componentes principales y novedosos es la realización de actividades de voluntariado. Se realizará una evaluación pretest y posttest, inmediatamente tras la intervención, para evaluar los efectos de la intervención. Además, se realizarán seguimientos a los 3, 6 y 12 meses tras finalizar el programa. Mediante esta intervención, se espera que los participantes reduzcan los niveles de ansiedad, mejoren sus habilidades sociales y su autoestima. A medio y largo plazo, se espera que esta intervención contribuya a reducir el *craving* y las conductas adictivas.

PALABRAS CLAVE: consumo; adicciones; voluntariado.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

El consumo de sustancias adictivas en nuestro país es una problemática cada vez más preocupante, ya que las sustancias que se comienzan a consumir tempranamente son el alcohol y el tabaco, continuando con el cannabis (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023). La conducta adictiva se caracteriza principalmente por cuatro aspectos: pérdida de control, fuerte dependencia psicológica, pérdida de interés por otras actividades gratificantes e interferencia grave en la vida cotidiana (Picado y Salgado, 2018).

Según la encuesta EDADES (2022), las prevalencias de inicio de consumo de sustancias son más frecuentes entre los 15 y los 34 años, exceptuando los casos de los fármacos con potencial adictivo, como hipnosedantes y analgésicos opioides. Por otra parte, según los datos aportados por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2023), el 6% (1.900.000 personas, aproximadamente) de la población de 15 a 64 años son consumidores de riesgo de alcohol, siendo superior en el grupo de 15 a 24 años (14,8%); el 1,9% (603.497 personas) son consumidores problemáticos de cannabis; y el 0,33% (104.851 personas aproximadamente) son consumidores problemáticos de cocaína. Estos datos deben tenerse en cuenta considerando que el 40,9% de esta población afirma ser policonsumidores de dos o más sustancias.

El consumo problemático se asocia con involucrarse en actos delictivos, como pueden ser el tráfico de drogas o la tenencia ilícita de drogas. Con respecto a lo primero, en el año 2022 se registraron 28.678 detenciones relacionadas con el tráfico de drogas, según informó el Ministerio del Interior, frente a 27.141 en 2021. En cuanto a lo segundo, las denuncias por consumo o tenencia ilícita de drogas aumentaron notablemente hasta 430.975 en 2022, frente a 364.320 en 2021 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023).

El perfil de persona con adicciones suele ser hombre (frente a las mujeres), contando con un 56,9% de consumidores de alcohol, sin diferencias notables en los grupos de edad. Un 69,9% de consumidores de cannabis, especialmente relevante entre los 15 y los 34 años (42,7% en este grupo de edad frente a 37,9%). Y, por otra parte, un 76,8% de consumidores de cocaína sin diferencias significativas entre los grupos de edad (entre 10,4% y 12,3%). Sin embargo, en el caso de los hipnosedantes con o sin receta, el porcentaje de mujeres es mayor que el de hombres (16% frente a 10,3%). Aunque los perfiles de consumo pueden ser muy diversos, la literatura científica muestra que existen ciertos factores de riesgo. Molero et al. (2017) analizan diversas investigaciones sobre la adopción de determinadas conductas de riesgo asociadas a factores familiares. De esta manera, mientras que la disfuncionalidad familiar supone un riesgo para el consumo de sustancias, el apoyo familiar se presenta como un importante factor de protección. Los resultados obtenidos mostraron cuatro grupos de

personas en función de la relación entre el apoyo familiar y el consumo. Para este trabajo, se tendrán en cuenta dos de ellos por su representatividad: el primero, compuesto por un grupo que no consumían ningún tipo de sustancia, presentó una puntuación en apoyo familiar por encima de la media de la muestra total. El segundo, compuesto por consumidores de alcohol y de tabaco, además de consumidores esporádicos de cannabis, presentó una media inferior a la muestra total en el apoyo familiar percibido. Estos son datos muy claros de cómo el ambiente, en este caso el área familiar, junto a las características personales correspondientes, no es determinante, pero sí claramente significativo para la aparición de conductas adictivas.

De León y Sáiz (2010) concluyeron que, los niños/as que no hubieran adquirido un apego seguro con sus figuras de referencia, habrían mostrado repercusiones negativas en su desarrollo. Esto se debería a que la familia cumple un papel indispensable en la construcción de la autoestima y del autoconcepto, empezando por las interacciones, valores y expectativas que los padres proyectan sobre sus hijos/as. De esta manera, continuando con De León y Sáiz (2010), aquellos chicos y chicas que hayan sido educados en un ambiente en el que no se hayan tenido en cuenta sus opiniones, emociones y/o sentimientos o, contrariamente, no se les ha establecido unas normas ajustadas por las que han aprendido que uno no debe hacer lo que quiere cuando le apetece, sino que es importante que nos eduquen en responsabilidad, repercutirá directamente en la capacidad de autocontrol y de toma de decisiones, así como en la seguridad en uno mismo.

Estos datos extraídos acerca de la influencia de la relación familiar están apoyados por Calvo, et al. (2013) en el Informe de Proyecto Hombre sobre el perfil del drogodependiente, en la que más de un 67,4% de las personas consumidoras presentaban problemas familiares y/o de convivencia. Además, se corresponden con lo expuesto por Picado y Salgado (2018) en cuanto a las características más comunes entre las personas con conductas adictivas, tanto en adolescentes como adultos:

- Las personas presentan un alto grado de frustración ante situaciones en las que no consiguen sus objetivos.
- Alta tendencia a la falta de autocontrol ante situaciones concretas, reconociendo que en un alto número de situaciones sufren descontrol cognitivo y emocional, conllevando comportamientos impulsivos y violentos. A menudo acompañado de déficits de habilidades sociales.
- Necesidad de búsqueda de sensaciones nuevas, generalmente producida por la influencia del grupo de iguales.
- Inicio temprano del consumo, con una media de 14 años, empezando principalmente por alcohol y/o tabaco.

- Tendencia a los índices de somatización, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo e ideación paranoide.
- Estilos educativos permisivos o autoritarios.

Por otra parte, se debe mencionar las consecuencias que conllevan el consumo de las sustancias adictivas, tanto a nivel fisiológico, como a nivel emocional y conductual, recogidos a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1.

Consecuencias producidas por el consumo de sustancias psicoactivas

Droga	Efectos a corto plazo (agudos)	Efectos a largo plazo (crónicos)
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación etílica, pudiendo provocar el coma o la muerte. • Aparición de conductas de riesgo por la falsa sensación de seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial. • Alteraciones del sueño. • Gastritis. • Agresividad. • Úlcera gastrointestinal. • Depresión. • Cirrosis hepática. • Disfunciones sexuales. • Cardiopatías. • Deterioro cognitivo. • Encefalopatías. • Demencia. • Cáncer. • Psicosis.
Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo. • Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular. • Aumento del ritmo cardíaco y la tensión arterial. • Sequedad de boca. • Percepción distorsionada. • Empeoramiento del tiempo de reacción y la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de memoria y aprendizaje. • Peores resultados académicos. • Abandono prematuro de los estudios. • Dependencia (7-10% de los que los prueban) • Trastornos emocionales y de la personalidad.

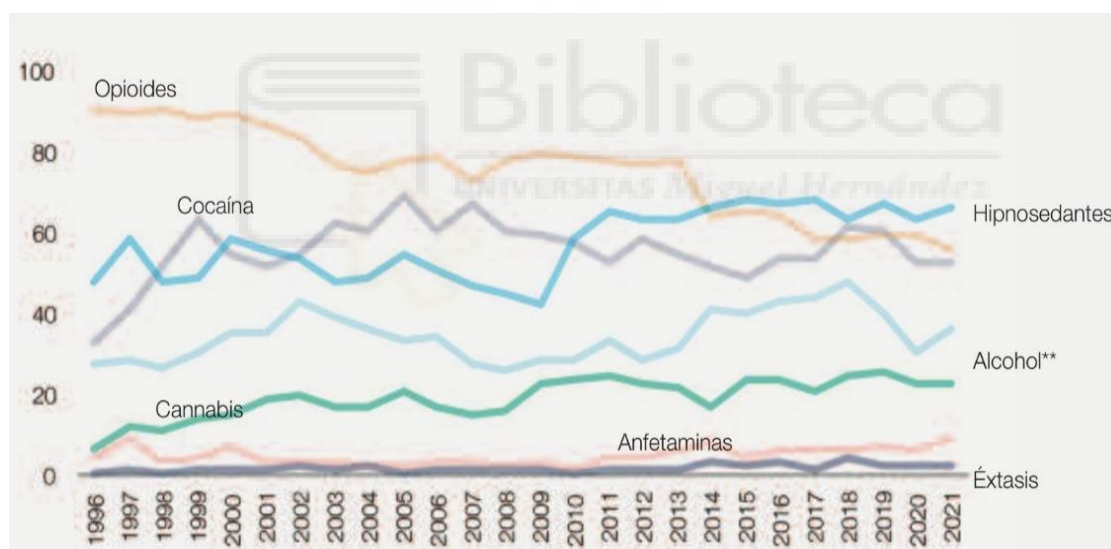
	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para pensar y solucionar problemas. • Dificultades de coordinación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades broncopulmonares y determinados tipos de cáncer. • Trastornos del ritmo cardíaco (arritmias) • Psicosis y esquizofrenia. • Abandono del grupo de amigos. • Irritabilidad, agresividad, inquietud, nerviosismo, menor apetito y dificultades para dormir.
Heroína	<ul style="list-style-type: none"> • Flash (subidón), euforia, bienestar. • Supresión del dolor. • Náusea, vómito. • Ofuscación de la mente. • Depresión respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia. • Adicción o dependencia. • Enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis) • Infección del endocardio y válvulas del corazón. • Artritis y otros problemas reumáticos. • Venas colapsadas. • Abscesos cutáneos.
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> • Euforia y sensación de aumento de energía. • Disminución del apetito. • Estado de alerta y falsa sensación de agudeza mental. • Aumento de la presión arterial y el ritmo cardíaco. • Contracción de los vasos sanguíneos. • Aumento de la temperatura corporal. • Dilatación de las pupilas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adicción. • Alteraciones cardiovasculares y neurológicas: infarto de miocardio, hemorragias cerebrales y trombosis cerebrales. • Alteraciones del estado de ánimo: cambios bruscos de humor, depresión, irritabilidad, ansiedad, agresividad, etc. • Insomnio. • Impotencia, alteraciones menstruales, infertilidad. • Paranoia. • Alucinaciones y psicosis.

Nota: elaboración propia a partir de los datos recogidos en el Plan Nacional sobre drogas (2023).

En cuanto a la consecuencia más drástica, se debe tener en cuenta la mortalidad, ya que, en 2021, el Registro Específico de Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas registró 1.046 muertes, de las cuales un 78% fueron hombres de una media de 46,7 años (EDADES, 2022). Además, un 26,9% presentaban evidencias de suicidio, sobre todo en mujeres (50,3%) frente a hombres (19,7%). En la Figura 1 muestra una evolución del porcentaje de fallecimientos asociados a consumo de diferentes sustancias. Se muestra un aumento de hipnosedantes y alcohol y un descenso de opioides, además de una estabilización de la cocaína y el cannabis.

Figura 1.

Porcentaje de fallecidos en los que se detecta cada sustancia respecto al número total de defunciones (con información toxicológica) por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. España, 1996-2021.



Nota: ** El alcohol solo se registra cuando aparece junto a otra sustancia. Datos tomados del Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (EDADES, 2022).

Por último, se debe destacar que no se han encontrado programas previos que incluyan el voluntariado como un aspecto relevante en el tratamiento de las adicciones. Según Meneses (2021), se han utilizado diversas estrategias para el tratamiento de las adicciones, como son el ejercicio físico, homeopatía, estimulación magnética transcraneal, yoga, entrenamiento de las funciones ejecutivas o de la memoria de trabajo. Sin embargo, estas intervenciones no resultaron eficaces para el tratamiento general de las adicciones, sino que cada herramienta

dependía de la sustancia que consumían. Es por ello por lo que en este artículo se mencionan las limitaciones de estos programas y la necesidad de incluir protocolos de intervención estandarizados junto a periodos de seguimiento.

1.2. Justificación

Tras analizar los datos recabados, este plan pretende llevar a cabo una intervención mediante actividades de voluntariado debido a los beneficios que han podido apreciarse tras su realización. Entre estos beneficios, Lima, et al. (2021) afirman que se observó una correlación positiva entre el compromiso en cuanto a la participación y la salud mental y física, así como el bienestar percibido por las personas. Además, también se encontraron diferencias significativas en cuanto a la participación grupal, ya que aquellas personas que tenían roles de líderes en las actividades de los voluntariados presentaban niveles mayores de salud mental y bienestar que aquellas que participaban con menor implicación. Por ello, Lima et al. (2021), en su estudio realizado con población que participaba en programas de voluntariado, concluyeron que el movimiento asociativo, especialmente en aquellos casos de participación activa, mejoraba la calidad de sus experiencias, teniendo un impacto positivo notable.

La propuesta de este plan de intervención se debe a la búsqueda de la implementación de una metodología de intervención novedosa basada en la incorporación de actividades de voluntariado, con el fin de que las personas se beneficien de las ventajas que se han expuesto previamente acerca de la realización de estas actividades. De esta manera, se busca que la incorporación de estas rutinas, acompañadas de terapias psicológicas, como la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), que han sido validadas como eficaces, permitan reducir las conductas adictivas.

Además, un aspecto relevante de este programa es la activación conductual que se proporciona a los participantes, ya que, semanalmente, asistirán a una sesión grupal y una individual, así como a un mínimo de dos días al voluntariado que hayan elegido. Este es un aspecto muy beneficioso si se tiene en cuenta que se trata con personas que tienen rutinas asociadas a unos hábitos muy marcados de consumo. De esta forma, también se les proporciona una ocupación y una motivación para crear nuevas alternativas de rutina.

Por último, se debe mencionar que no hay evidencia científica de resultados de eficacia de los efectos del voluntariado en personas con un problema de drogodependencia. De esta manera, la literatura no contempla el desarrollo de actividades de voluntariado como posible medio terapéutico en el tratamiento de adicciones. En los casos en los que este tipo de actividades se han tenido en cuenta, esta información se ha realizado en base a opiniones de los propios voluntarios de determinados grupos sociales específicos. De esta manera, aunque

se ha logrado mostrar sus beneficios, mencionados previamente en este trabajo, no se ha generalizado como componente en los tratamientos de las adicciones.

2. MÉTODO

2.1. Objetivos

2.1.1. *Objetivos generales*

Elaborar una propuesta de intervención para reducir las conductas adictivas, especialmente con alcohol, cannabis y cocaína, mediante la realización de actividades de voluntariado en adolescentes y adultos, entre 15 y 25 años.

2.1.2. *Objetivos específicos*

- Psicoeducar en aspectos relacionados con adicciones.
- Disminuir la ansiedad.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Aumentar la autoestima.
- Modificar y mejorar los hábitos de ocio relacionados con el consumo.
- Controlar el *craving*.
- Reducir las conductas adictivas.

2.1.3. *Hipótesis*

- Tras el plan de intervención, las personas tendrán mayor formación en aspectos relacionados con las adicciones.
- Tras el plan de intervención, las personas presentarán un menor nivel de ansiedad.
- Tras el plan de intervención, las personas habrán aumentado y mejorado sus habilidades sociales.
- Tras el plan de intervención, las personas tendrán mayor autoestima.
- Tras el plan de intervención, las personas habrán implementado nuevas actividades de ocio que impliquen hábitos sanos.
- Tras el plan de intervención, las personas lograrán controlar el *craving*.
- Tras el plan de intervención, las personas habrán reducido el consumo de sustancias.

2.2. Contenidos

En esta propuesta se pretende proponer la realización de actividades de voluntariado, en ámbitos diferentes, como herramienta principal para lograr la deshabitación a conductas adictivas, basándose en los múltiples beneficios que se han expuesto acerca de la realización de este tipo de ocupaciones.

La asistencia de los participantes a los diversos centros de voluntariado, establecidos según las preferencias de los participantes, se llevará a cabo de forma simultánea con 1 sesión individual y 1 sesión grupal, de forma semanal, en las que se utilizarán, principalmente, la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La terapia Cognitivo-Conductual es un modelo de terapia conocida como una psicoterapia breve y estructurada que aborda problemas psicológicos modificando pensamientos y comportamientos disfuncionales. Se basa en la interconexión entre cogniciones, emociones y acciones. Sus principios incluyen la identificación de pensamientos distorsionados, la reestructuración cognitiva para adoptar perspectivas más realistas, y técnicas como la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales, enfocándose en soluciones prácticas y habilidades de afrontamiento.

Por otra parte, la terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es una forma de psicoterapia que utiliza la aceptación y mindfulness como estrategias para aumentar la flexibilidad psicológica. Su enfoque principal es ayudar a las personas a aceptar sus pensamientos y sentimientos difíciles, en lugar de luchar contra ellos, mientras se comprometen a actuar de acuerdo con sus valores personales. Esto fomenta una vida más plena y significativa, aun en presencia de dolor psicológico.

Además, se tendrá en cuenta la aplicación de la Aproximación de reforzamiento comunitario (CRA), en conjunto con la técnica del Manejo de contingencias (MC). De esta manera, se logra un programa multicomponente con buenos resultados para lograr la abstinencia, en el que los pacientes pueden ganar incentivos (*vouchers*) canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa. Para ganar estos puntos tendrán que superar determinados tiempos de abstinencia, siguiendo las recomendaciones de Sánchez (2023). En el caso de nuestros participantes, las recompensas podrán elegirlos ellos mismos, siempre y cuando estén acordadas con el terapeuta. Algunos ejemplos que se propondrán serán salidas esporádicas de forma extraordinaria del centro si es un centro con régimen de interinidad; liderar el grupo esa semana en las actividades a realizar, hacer actividades de ocio con otros miembros, entre otras opciones a convenir que fomenten la mejora en el programa.

Entre los componentes de la intervención son:

- Psicoeducación

La psicoeducación que se proporcionará en la intervención se compondrá, principalmente, de aquellos contenidos relacionados con los tipos de reforzadores y castigos que existen para exponer con mayor detalle cómo funciona el aprendizaje por reforzamiento negativo en las personas con adicción a sustancias. Además, se proporcionará información ampliada acerca de cómo actúa a nivel fisiológico, cognitivo y conductual, así como son sus consecuencias a corto y largo plazo. Por otra parte, se expondrán los mitos que acompañan al consumo de cada sustancia para lograr una mayor concienciación de aquellos falsos conocimientos que pueden haber contribuido en el mantenimiento del consumo.

Por último, se tratarán los aspectos acerca de la posibilidad de recaídas o tentativas a recaer, exponiendo la posibilidad de ocurrencia y su solución en tal caso a través de los recursos que obtendrán en esta intervención. De esta manera, pueden tener en cuenta las posibles consecuencias en función de sus decisiones, así como recordar y poner en marcha las estrategias aprendidas y/o felicitarse por sus logros.

- Entrenamiento en habilidades sociales

Según Caballo (2008), las dimensiones que integran las habilidades sociales son: iniciar y mantener conversaciones; hablar en público; expresión de amor, agrado y afecto; defensa de los propios derechos; petición de favores; rechazar peticiones; hacer cumplidos; expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo; expresión justificada de molestia, desagrado o enfado; disculparse o admitir ignorancia; petición de cambios en la conducta del otro y afrontamiento de las críticas. Por ello, en este plan de intervención nos centraremos en solventar todas aquellas que les resulten problemáticas al grupo participante.

- Técnicas de afrontamiento ante la abstinencia

Para trabajar las habilidades de afrontamiento, se debe realizar un análisis funcional (AF), similar al propuesto en García y Secades (2023), en el que la persona pueda identificar la situación, contemplando los lugares, personas, actividades, momentos del día, situaciones, emociones y objetos asociados al consumo. Para realizar este análisis funcional, realizarán el autorregistro que aparece en la Tabla 3 (Anexo 2).

Ya que los participantes no consumirán sustancias adictivas porque se encuentran en el proceso del tratamiento para su recuperación, contando con un mínimo de 2 meses desde su último consumo, deberán realizar un autorregistro en el que anoten aquellas situaciones en

las que se sienten tentados a consumir (García y Secades, 2023). El autorregistro para rellenar será el propuesto en la Tabla 4 (Anexo 3).

Los autorregistros se emplearán durante todo el programa para poder analizar aquellas situaciones en las que el deseo de consumo ha aumentado notablemente y entrenar su afrontamiento ante estas situaciones de riesgo.

Una vez conocidas las situaciones precipitantes, se aplicarán los planes de automanejo en las sesiones grupales, haciendo una adaptación de los pasos propuestos por García y Secades (2023):

1. Elegir una situación precipitante.
2. Hacer una tormenta de ideas sobre posibles estrategias, en la que también participarán el resto de los participantes.
3. El participante deberá seleccionar la estrategia que mejor se ajuste a sus necesidades, elaborando un plan de actuación para las situaciones precipitantes.
4. Puesta en marcha en un role-playing entre compañeros que se encuentren en situaciones precipitantes similares.
5. Puesta en marcha en la rutina diaria.

Además, se debe destacar que este plan de automanejo permite trabajar también con el ensayo conductual, el modelado, la detección de necesidades, feedback y tareas para casa.

- Técnicas de relajación

Con la utilización de estas técnicas, se busca el aprendizaje en el control de los niveles de activación, considerando los aspectos ambientales y cognitivos que la producen. Para ello, se proporcionará formación en técnicas que fomenten la relajación cognitiva y fisiológica. Se iniciará con el procedimiento del control de la respiración, ya que es el más sencillo, para, posteriormente, aumentar el nivel de complejidad en técnicas como la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, en su recorrido abreviado, o el mindfulness.

- Prevención de recaídas

La sesión de prevención de recaídas es especialmente relevante ya que, es importante que las personas se premien si se mantienen totalmente recuperadas y valoren su esfuerzo; así como que, en caso de recaída, conozcan que haber retomado el consumo de forma esporádica o continuada no supone su incapacidad de recuperación. Normalmente, una recaída viene asociada a situaciones en las que la persona se encuentra desbordada y los

recursos o herramientas disponibles no están siendo útiles o no se ha logrado una completa adquisición de ellas para que puedan ser de utilidad en las diversas situaciones venideras.

En cualquier caso, aunque se tenga en cuenta la posibilidad de aparición, se debe resaltar que las recaídas pueden formar parte, o no, del proceso, ya que no es un hecho imprescindible para que tenga lugar un buen tratamiento.

Para esta sesión se realizará un plan de emergencia ante la posibilidad de recaída. Para ello, cada persona deberá anotar diversos aspectos que pueden ayudarles a frenarlo. Estos aspectos son: los síntomas de alarma que pueden suponer una tentación, las razones por las que no consumir, qué puede hacer para evitarlo (como alejarse de lugares o personas que puedan influenciarle), hacer una lista de cosas agradables que pueda hacer para salir del bucle de pensamiento de consumo y hacer una lista de personas de apoyo a las que puede llamar.

2.3. Población objetivo

Este programa de intervención se llevará a cabo con 20 personas, tanto con adolescentes, desde los 15 años, siempre que haya consentimiento firmado por ambos padres, como con adultos hasta 25 años, que sean consumidores de sustancias adictivas. La muestra se reclutará de centros destinados al tratamiento e intervención de problemas de conductas adictivas, como pueden ser centros de día, comunidades terapéuticas o cualquier centro que se preste a colaborar.

En cuanto a los criterios de inclusión, este programa acogerá a personas que presenten un consumo habitual y problemático de alcohol, cannabis y cocaína, que se encuentren en el rango de edad establecido. Por otra parte, no se contempla ningún criterio de expulsión para el acceso al programa, a excepción de poder excluir a aquellas personas que impidan su correcto funcionamiento.

2.4. Materiales necesarios

Los materiales necesarios para este programa de intervención serán, principalmente, la sala en las que se realizarán las sesiones grupales y un despacho en el que se realizarán las sesiones individuales.

En el caso de la sala de las sesiones grupales deberá contener sillas, pizarra, proyector y bolígrafos y, excepcionalmente en la sesión 7, un ovillo de lana. Por otra parte, la sala de sesiones individuales deberá constar de sillas o sillones, una mesa opcional, bolígrafos y los cuestionarios pertinentes para la realización de la evaluación.

2.5. Sesiones

El número total de sesiones de la intervención será de 10 sesiones grupales con una periodicidad semanal, para poder comprobar si se ponen en práctica los contenidos aportados y si se producen avances en los objetivos preestablecidos. Cabe destacar que, la realización del voluntariado se recomendará llevarlo a cabo dos veces en semana, si fuera posible.

Al finalizar la intervención, se sumarán 3 sesiones más a realizar a los 3, 6 y 12 meses posteriores a la finalización de la intervención, cuyo contenido será conocer cómo se encuentran los participantes y repasar si fuera necesario los contenidos aprendidos y conocer si estos se mantienen en el tiempo.

La duración de estas sesiones grupales está predeterminada con 2 horas de duración con un descanso de 15 minutos a mitad de la sesión; sin embargo, existe la posibilidad de modificación si fuera necesario. Por otra parte, las sesiones individuales serán de 1 hora de duración y sus contenidos fluctuarán en función de las necesidades detectadas en cada participante.

Por último, se debe mencionar que las profesionales a cargo de las intervenciones grupales serán dos psicólogas que tengan formación acerca de los colectivos de personas con problemas de adicciones; además de formación en habilidades sociales. Estas profesionales también serán las profesionales con las que contará el grupo participante para sus sesiones individuales; de manera que, una mitad del grupo sea asignada a cada psicóloga.

A continuación, se expondrá la organización de cada sesión en la Tabla 2 (Anexo 1).

2.6. Evaluación de la intervención

Para evaluar la eficacia de esta intervención se realizará una evaluación pretest y otra posttest, además de un seguimiento continuado durante el proceso para poder solventar posibles aspectos problemáticos a valorar. Además, durante la intervención, se tendrá en cuenta aplicar un plan de contingencia para prevenir recaídas. Por último, se realizarán evaluaciones de seguimiento tras tres meses, seis meses y un año desde el fin de su aplicación.

Las variables que se evaluarán en este programa en el pretest y posttest son:

- Conductas adictivas

Para evaluar las conductas adictivas que presentan las personas a las que se les aplicará el plan de intervención, se realizará un análisis funcional mediante la utilización de autorregistros que recojan parámetros como la frecuencia, los aspectos precipitantes; así como

pensamientos, emociones y conductas que acompañan a la conducta adictiva. También deberá aparecer un apartado que recoja las consecuencias, tanto positivas como negativas. Por ello se considera adecuado el autorregistro que se presenta en la Tabla 3 (Anexo 2). Por otra parte, aquellas personas que no hayan consumido durante un periodo de tiempo deberán cumplimentar el autorregistro de tentaciones presentado en la Tabla 4 (Anexo 3).

Además, se llevará a cabo una entrevista clínica semiestructurada para evaluar el consumo de sustancias de forma general, el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción, EuropASI (Bobes, et al., 1996). Es un índice que evalúa la gravedad de la dependencia, con una duración de 45 a 60 minutos. Consta de 141 ítems, distribuidos en 6 áreas: situación médica, situación laboral, consumo de alcohol y drogas, problemas legales, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico.

- Control del *craving*

Para evaluar el *craving* de los participantes consumidores de cocaína se utilizará el Cocaine *Craving* Questionnaire-Now, CCQ (Stephens, et al., 1995). Este cuestionario consta de 45 ítems y un tiempo de aplicación de entre 15 y 30 minutos. No existen baremos, por lo que se basa en las puntuaciones, es decir, a mayor puntuación, mayor *craving*.

Por otra parte, para aquellos participantes consumidores de cannabis, se utilizará la adaptación española del cuestionario Cannabis Problems Questionnaire-Adolescents (CPQ-A; Fernández-Artamendi, et al., 2012). Su tiempo de aplicación es de 35 minutos, aproximadamente y consta de 27 ítems que evalúan el consumo en los últimos 3 meses.

En aquellos casos en los que consuman ambas sustancias, se aplicarán ambos instrumentos de evaluación.

- Ansiedad

Para evaluar la ansiedad, se utilizará el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI; Spielberg et al., 1982). Su tiempo de aplicación es de 20 minutos, aproximadamente y consta de 40 ítems. Estos ítems evalúan dos conceptos: ansiedad-estado, entendida como un estado emocional transitorio y ansiedad-rasgo, la propensión ansiosa de la persona que se mantiene relativamente estable. Para la interpretación de sus puntuaciones se sumarán los ítems correspondientes a la ansiedad-estado y a la ansiedad-rasgo, por los que se interpretará que a mayor puntuación, mayor ansiedad.

- Habilidades sociales

Para evaluar las habilidades sociales, se utilizará el Cuestionario de habilidades sociales, CHASO (Caballo, et al., 2017), que consta de 40 ítems en los que se evalúan diez tipos de habilidades sociales:

1. Interacción con desconocidos.
2. Expresión de sentimientos positivos.
3. Afrontamiento de críticas.
4. Interacción con personas que nos atraen.
5. Mantenimiento de la tranquilidad en situaciones embarazosas.
6. Hablar en público o interactuar con personas de autoridad.
7. Afrontamiento de situaciones relacionadas con hacer el ridículo.
8. Defensa de los propios derechos.
9. Pedir disculpas.
10. Rechazo de peticiones.

En cuanto a la evaluación, las puntuaciones de cada habilidad se encuentran entre 4 y 20, de manera que, a mayor puntuación, mayor habilidad social en esa área.

- Autoestima

Para evaluar la autoestima, se utilizará la Escala de autoestima de Rosenberg, RSE (Rosenberg, 1965) que consta de 10 ítems, puntuables de 1 (Muy en desacuerdo) a 4 (Muy de acuerdo) según el grado de conformidad. Su tiempo de aplicación será de entre 5 y 10 minutos, aproximadamente. Su evaluación se da de forma que, a mayor puntuación, mayor autoestima.

- Hábitos de ocio saludables

Para evaluar los hábitos de ocio saludables que se deben implementar en sus nuevas rutinas, se utilizarán el autorregistro de tentaciones, en los que se expongan a los precipitantes del consumo, la intensidad del *craving* y la conducta alternativa que llevan a cabo para evitarlo. Para ello se utilizará el autorregistro expuesto en la Tabla 5 (Anexo 4).

3. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este trabajo expone una propuesta de intervención dirigida a reducir las conductas de consumo de alcohol, cannabis y cocaína en población con conductas adictivas entre 15 y 25 años. Para esto, se propone la participación de los usuarios en actividades de voluntariado elegidas por los propios participantes. Se han establecido 10 sesiones grupales y 10 sesiones individuales para cada participante, las cuales pretenden acompañar a lo largo de la intervención a estas personas, de manera que, puedan lograr los objetivos preestablecidos. Debido a que son personas que cumplen con ciertas características comunes, se han preparado estas sesiones con contenidos acordes a las necesidades detectadas: psicoeducación, disminución de la ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales, mejora de la autoestima, modificación y mejora de los hábitos de ocio, disminución del *craving* y eliminación de conductas adictivas, teniendo en cuenta la prevención de recaídas.

Aunque la programación de esta intervención conlleve 10 sesiones, debe tenerse en cuenta que la asistencia al voluntariado podrá continuar tras la intervención, ya que se considera un aspecto relevante por sus continuos beneficios a nivel personal y social de las personas participantes, como de las personas que están siendo ayudadas (Lima et al., 2021).

Se realizará una evaluación pretest y postest para evaluar si se han producido cambios en los objetivos establecidos. Además, se realizarán 3 sesiones de seguimiento a los 3, 6 y 12 meses.

En cuanto a los resultados esperados tras la intervención, se espera que los participantes incrementen sus conocimientos acerca de las adicciones. Especialmente, sobre cómo afectan las drogas a nuestro cerebro, cuáles son sus consecuencias a corto y largo plazo y cuáles son los mitos más difundidos acerca de su consumo. De esta manera, podrán educar a las personas de su entorno, impidiendo la divulgación de estas falsas afirmaciones. Por otra parte, se espera que sus niveles de ansiedad disminuyan tras conocer técnicas como, por ejemplo, la respiración diafragmática, la técnica de relajación muscular compresiva de Jacobson o técnicas de mindfulness. Continuando con la disminución de la ansiedad, también se espera que estas técnicas sean implementadas en la mayor parte de situaciones que les produzca malestar, ya que se presupone que puede ser costosa su incorporación ante situaciones estresantes.

Otro de los resultados esperados es la adquisición y mejora de las habilidades sociales. Este es un hándicap conocido entre las personas con adicciones, ya que los entornos sociales entre los que se relacionan estas personas pueden no fomentar el uso de la asertividad en la comunicación, así como puede apreciarse el déficit de otras habilidades sociales. Sin embargo, en esta intervención se espera que haya resultados notables, ya que la asistencia a programas de voluntariado les expondrá de forma continuada a la necesidad de mantener

determinadas habilidades sociales en práctica. Además, el contacto directo con otros ambientes sociales les permitirá conocer nuevas personas, ampliando a su vez sus relaciones sociales, fomentando nuevas propuestas de ocio y posibilitando la aparición de nuevas amistades que contribuyan en hábitos de ocio saludables, por lo que se espera que de este programa surjan nuevas rutinas que mejoren su calidad de vida. A su vez, el contacto con nuevas personas, el trabajo en habilidades sociales, la posibilidad de creación de nuevos vínculos y el sentimiento de colaboración y de ayuda a otros, reforzará positivamente a la persona, por lo que se espera que el nivel de autoestima se incremente de forma lenta y gradual.

Cada posible mejora en las diferentes áreas evaluadas son consideradas fortalezas en el supuesto de que este plan de intervención sea puesto en marcha y resulte eficaz. Además, una fortaleza que debe destacarse en este programa es la combinación de sesiones grupales e individuales, ya que se proporciona un mayor acompañamiento a las personas, creando espacios seguros en los que poder expresarse. Estos grupos pueden ser el origen de vínculos sociales que les permitan crear una red de apoyo común. Estos son aspectos que no han podido verse reflejados en otros programas de intervención destinados a personas con adicciones, por lo que otra fortaleza a mencionar es su originalidad, aspecto que puede resultar atrayente para esta población.

Por otra parte, existen ciertas limitaciones. Por ejemplo, no hay evidencia de la viabilidad de este proyecto, ya que no se ha puesto en práctica, y se desconocen las posibles barreras o dificultades que pueden darse. A su vez, se debe destacar que no se ha planteado la existencia de un grupo control. Además, existe la posibilidad de que la intervención no sea viable debido a cinco factores que no se podrían controlar. El primero sería la posible falta de colaboración de los programas de voluntariado, ya que existen ciertos requisitos en cuanto a los participantes. El segundo, la posibilidad de falta predisposición con respecto a la participación del colectivo. El tercero, la posible negativa en cuanto a las salidas del centro, como en casos de comunidades terapéuticas o centros en los que permanezcan internos. El cuarto, la posible negativa de permiso para participar por parte de los padres de los menores. Y el quinto, la posibilidad de rechazo al tratamiento por múltiples causas como pueden ser el desconocimiento, la sensación de posible rechazo, los déficits de habilidades sociales, entre otras causas.

En resumen, el programa de intervención es una propuesta original con diversas fortalezas significativas. Sin embargo, sería recomendable considerar estrategias adicionales que fomenten la durabilidad de los beneficios del programa a largo plazo.

En cuanto a los resultados esperados, se espera que tras la aplicación del plan de intervención se logren las hipótesis iniciales en las que se contempla que las personas tengan una mayor

formación en aquellos aspectos relacionados con las adicciones y presenten un menor nivel de ansiedad. También se espera que los participantes aumenten y mejoren sus habilidades sociales, aumenten su autoestima, implementen nuevas actividades de ocio que impliquen hábitos sanos. Además, se espera que logren controlar el *craving* y hayan reducido el consumo de sustancias.

Finalmente, se proponen orientaciones futuras para la investigación y la práctica profesional. Por una parte, se plantea la puesta en práctica este plan, con posibilidad de adaptación a los centros dedicados a la intervención con personas con adicciones para probar su eficacia. Por otra parte, se formula la utilización de este plan de intervención en un mayor número de centros para comprobar sus efectos. Además, se expone la necesidad de investigación sobre la relación entre la realización de voluntariados y la disminución de las conductas adictivas. Por último, se propone el estudio del efecto en la salud y el bienestar tras la realización del voluntariado en futuras investigaciones.



4. REFERENCIAS

- Bobes J, González M., Saiz P., Bousoño M. (1996). *Índice Europeo de Severidad de la Adicción: EuropASI*. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.
- Caballo, V., Salazar, C., Rivera, M. y Piqueras, J. (2017). Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el "Cuestionario de habilidades sociales" (CHASO). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25(1), 5-24.
https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/01.Caballo_25-1-1.pdf
- Caballo, V. e Irurtia, M. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. En Labrador, F. (2008) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 573-592). Ediciones Pirámide.
- De León, B., y Sáiz, G. (2010). La familia: Papel que desempeña en la educación de sus hijos/as y posibles consecuencias en la forma de interaccionar de los adolescentes con sus iguales. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(1), 327-334.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6507247>
- De La Villa, M. y Ovejero, A. (2009). Experimentación con sustancias psicoactivas en adolescentes españoles: perfil de consumo en función de los niveles de edad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 533-553.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000300010
- Fernández-Artamendi, S., Fernández, J., García, E., Secades, R., García, G. y Barrial, S. (2012). Cannabis Problems Questionnaire-Adolescents, CPQ-A.
https://www.researchgate.net/publication/299359216_Adaptacion_y_validacion_espanola_del_Adolescent-Cannabis_Problems_Questionnaire_CPQ-A
- García, G. y Secades, R (2023). Tratamiento psicológico de la adicción a la cocaína. En Espada, J. et al. (Eds.), *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en adultos* (pp. 491-512). Pirámide.
- Labrador, F. (2008). Técnicas de control de la activación. En Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-222). Ediciones Pirámide.
- Lima, M., Camilo, C., Quintal, F. y Palacin, M. (2021). It is not enough to be a member: conditions for health benefits in associative participation (Ser miembro no es suficiente: condiciones en las que la participación asociativa reporta beneficios para la salud).

International Journal of Social Psychology, 36(3), 458-486.
<https://doi.org/10.1080/02134748.2021.1942682>

Meneses, C. (2021). Eficacia de las estrategias en rehabilitación para la salud mental de pacientes en adicción a drogas. Revisión sistemática. *Revista Salud Uninorte*, 37(3), 828-852. <https://doi.org/10.14482/sun.37.3.616.891>

Ministerio de Sanidad (2023). Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/home.htm>

Molero, M., Pérez, M., Gázquez, J., Barragán, A. (2017). Análisis y perfiles del consumo de drogas en adolescentes: percepción del apoyo familiar y valoración de consecuencias. *Atención Familiar*, 24(2), 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.02.001>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2023). Informe 2023: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>

Olivares, J., Macià, D., Rosa, A y Olivares-Olivares, P. (2014). *Intervención psicológica: Estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones Pirámide.

Picado, E. y Salgado, A. (2018). Perfil de las características y factores de riesgo de la drogodependencia. *Revista española de drogodependencias*, 43(2), 29-47. <https://gredos.usal.es/handle/10366/156407>

Rosenberg, A. (1965). Escala de autoestima de Rosenberg (RSE). Versión española de Atienza, et al. (2000)

Sánchez, E. (2023). Tratamiento psicológico de un caso de dependencia al alcohol. En Espada, J. et al. (2023), *Tratamiento paso a paso de los problemas psicológicos en adultos* (pp. 471-490). Pirámide.

Spielberger, C., Gorsuch, R. y Lushene, R. (1982) Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Versión española de Buela-Casal, G, Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos, N. (2011).

Sthepens, R., Roffman, J. y Curtin, R. (1995). Cocaine Craving Questionnaire-Now, CCQ, versión española de Tejero, A., Trujols, J. y Siñol, N. (2003)

Vallejo, M. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación a la terapia. En Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 225-242). Ediciones Pirámide.

5. ANEXOS.

ANEXO 1.

Tabla 2.

Organización de las sesiones grupales

SESIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MATERIALES
1	Psicoeducar en adicciones.	“¿Cómo aprendemos?": Psicoeducación para que reconozcan cómo se produce el aprendizaje en las adicciones. “Reconozcámonos": Enseñar a reconocer las situaciones y síntomas precursores al consumo.	Mesas, sillas, pizarra y proyector.
2	Psicoeducar en adicciones. Enseñar técnicas de relajación y/o de control de la activación.	“Mitos y leyendas": Desmitificar mitos del consumo de sustancias. “Keep calm": Explicaciones de diversas técnicas de relajación y ejemplificación de su ejecución en grupo.	Mesas, sillas, pizarra y proyector.
3	Seleccionar el voluntariado que corresponda a cada participante. Realizar la evaluación pretest de los participantes.	Exposición de los voluntariados recomendados para que los participantes puedan elegir el que más se adecue a ellos. Completar instrumentos de evaluación para aportar en la sesión individual.	Mesas, sillas, pizarra, proyector, instrumentos de evaluación, bolígrafos.
4	Enseñar técnicas de relajación y/o de control de la activación.	Finalizar la explicación de las técnicas de relajación.	Mesas, sillas, pizarra y proyector.

		<p>Puesta en práctica de las técnicas de forma grupal. Para ello, se les pedirá a los participantes que se imaginen utilizándolas en situaciones desagradables.</p>	
5	<p>Enseñar y/o mejorar las habilidades sociales básicas y la responsabilidad afectiva en la comunicación para que puedan ponerlas en prácticas en dinámicas grupales y en su vida cotidiana.</p>	<p>“¿Hablamos?”: Explicación acerca de las habilidades sociales y entrenamiento de estas para que puedan identificar las habilidades sociales que les sean costosas.</p> <p>Se buscará lograr que puedan conocer y poner en práctica habilidades sociales como la asertividad, la empatía, la petición de ayuda y el establecimiento de límites.</p>	<p>Mesas, sillas, pizarra y proyector.</p>
6	<p>Enseñar y/o mejorar las habilidades sociales básicas y la responsabilidad afectiva en la comunicación para que puedan ponerlas en prácticas en dinámicas grupales.</p>	<p>“Role-playing”: puesta en práctica de sus habilidades sociales con la representación de casos prácticos por parejas o grupos.</p> <p>Además, se expondrán casos en los que hayan tenido conflicto a lo largo de la semana para poder buscar soluciones alternativas en las que se integren las habilidades adquiridas.</p>	<p>Mesas, sillas, pizarra y proyector.</p>
7	<p>Reforzar los aspectos que puedan conllevar un aumento de la autoestima a lo largo de la intervención.</p>	<p>“Me quiero, te quiero”: Para tratar la autoestima se llevará a cabo la dinámica del ovillo de lana, por la cual, los participantes, que ya se</p>	<p>Mesas, sillas, pizarra, proyector y ovillo de lana.</p>

	Reforzar la búsqueda de apoyo social en grupos con hábitos saludables	<p>conocerán previamente del programa, deberán exponer aspectos positivos del compañero al que le pase el ovillo.</p> <p>De esta manera, también se reforzará el apoyo social, se fomentará un ocio más saludable, en el que exista el apoyo mutuo.</p>	
8	Preparar un plan de actuación ante situaciones precipitantes	<p>“Stop”: Para preparar este plan de actuación se propondrán algunas preguntas a utilizar, como pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Cuál era el primer paso para volver a concentrarme en no recaer? ○ ¿Qué pensamientos negativos se interponen en mi recuperación? ¿Son ciertos? ○ ¿Qué pensamientos positivos los desmienten y me ayudan a continuar? ¿Con quién me voy a poner en contacto para que me ayude? ○ ¿Cuál va a ser mi recompensa por seguir recuperándome? 	Mesas, sillas, pizarra y proyector.
9	Enseñar a controlar las situaciones precursoras del consumo.	<p>“Yo puedo”: Psicoeducación relacionada con el <i>craving</i>. Se fomentará el uso del plan preparado previamente, así</p>	Mesas, sillas, pizarra y proyector.

	Enseñar estrategias de autocontrol cuando se incrementa el <i>craving</i> .	de como el uso de técnicas de relajación. Además, se pretende instaurar la aplicación de las habilidades sociales, buscando favorecer la petición de ayuda con el grupo de apoyo de la persona.	
10	Prevenir recaídas.	En esta sesión, serán los participantes los que expongan sus dudas o cuestiones a resolver, así como aspectos a comentar. Se abrirá un espacio de debate entre los participantes para que puedan aportar sus inquietudes, dudas, consejos y otros aspectos que puedan destacarse.	Mesas, sillas, pizarra y proyector.

Nota: Se debe tener en cuenta que todas las sesiones tienen una duración de 2 horas.

ANEXO 2.

Tabla 3.

Autorregistro de parámetros de consumo de sustancias adictivas

Fecha y hora	Situación	Pensamientos	Sentimientos (intensidad 0-10)	¿Qué consumo y cuánto?	¿Qué ocurre después?

Nota: en el apartado **Situación*** deberá indicar dónde se encuentra y qué había sucedido previamente.

ANEXO 3.

Tabla 4.

Autorregistro de tentaciones

Situación	Respuesta (¿Qué hago?)	Nivel de deseo (0-10)

ANEXO 4.

Tabla 5.

Autorregistro de hábitos de ocio

Fecha y hora	Situación	Pensamientos	Sentimientos (intensidad 0-10)	¿Qué otra conducta decido hacer?	¿Qué ocurre después?