



CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS:

**EFICACIA DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON
CONSUMO DE SUSTANCIAS**

PRESENTA:

Mtro. Omar Bravo Alcocer

PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

TUTORES:

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez

Dr. Roberto Oropeza Tena

COMITÉ TUTORAL

Dra. Cecilia Colunga Rodríguez

Aguascalientes, Ags. Octubre 2023.

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

Autorizaciones



TESIS

TESIS

TESIS

TESIS

TESIS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CARTA DE VOTO APROBATORIO
INDIVIDUAL

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS

PRESENTE

Por medio del presente como **TUTOR** designado del estudiante **OMAR BRAVO ALCOCER** con ID 264465 quien realizó la tesis titulada: **EFICACIA DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que él pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 31 de mayo de 2022.

Dra. Kalina Isela Martínez Martínez
Tutor de tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS

PRESENTE

Por medio del presente como **CO-TUTOR** designado del estudiante **OMAR BRAVO ALCOCER** con ID 264465 quien realizó la tesis titulada: **EFICACIA DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que él pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 31 de mayo de 2022.



Dr. Roberto Oropeza Tena
Co-Tutor de tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES

CARTA DE VOTO APROBATORIO
INDIVIDUAL

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
DECANO (A) DEL CENTRO DE CIENCIAS

P R E S E N T E

Por medio del presente como **ASESOR** designado del estudiante **OMAR BRAVO ALCOCER** con ID 264465 quien realizó la tesis titulada: **EFICACIA DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia doy mi consentimiento de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que me permito emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que él pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Pongo lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, me permito enviarle un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., a 31 de mayo de 2022.

Dra. Cecilia Colunga Rodríguez
Asesor de tesis

c.c.p.- Interesado

c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado

DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO

Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 21/09/2023

NOMBRE: OMAR BRAVO ALCOCER ID: 264465

PROGRAMA: DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA LGAC (del posgrado): PSICOLOGÍA DE LA SALUD

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo Práctico

TÍTULO: EFICACIA DE UN TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): Se atiende uno de los principales problemas del país, que es la adicción en jóvenes.

INDICAR	SI	NO	N.A.	(NO APLICA)	SEGÚN CORRESPONDA:
<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>					
SI					El trabajo es congruente con las LGAC del programa de posgrado
NO					La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI					Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI					Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI					Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI					El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI					Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
SI					Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI					Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>					
SI					Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI					Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, predoctoral, etc)
SI					Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
N.A.					Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI					Coincide con el título y objetivo registrado
SI					Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI					Tiene el CVU del Conacyt actualizado
SI					Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<i>En caso de Tesis por artículos científicos publicados</i>					
N.A.					Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
N.A.					El estudiante es el primer autor
N.A.					El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
N.A.					En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
N.A.					Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados
N.A.					La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado: SI ☒ X No ☐

FIRMAS

Elaboró:

Dra. Marina Ullana González Torres

* NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN:

Dra. Kalina Iseña Martínez Martínez

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:

* En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del HAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o asistente del comité tutorial, asignado por el Decano

Revisó:

Dr. Alfredo López Ferreira

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Autorizó:

Mtra. C.S. y H. María Zapopan Tejeda Caldera

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Guiar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

Elaborado por: D. Apoyo al Posg.

Revisado por: D. Control Escolar/D. Gestión de Calidad.

Aprobado por: D. Control Escolar/ D. Apoyo al Posg.

Código: DO-SES-40-15

Actualización: 01

Emitido: 18/04/20

PSICOLOGÍA y Salud

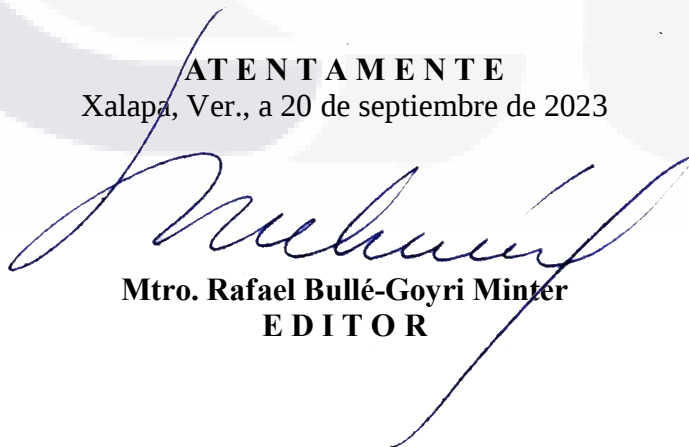
Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana

DR. OMAR BRAVO-ALCOCER

Después de realizado el arbitraje externo que marcan las disposiciones de nuestra revista, me permito informar a Ud. que su artículo intitulado “Tratamiento cognitivo conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas”, hecho en colaboración con los Drs. Kalina Isela Martínez Martínez, Roberto Oropeza Tena y Cecilia Colunga-Rodríguez, ha sido aceptado para su publicación en el volumen 34, número 2, correspondiente a julio-diciembre de 2024, de esta revista internacional con arbitraje externo, con ISSN: 1405-1109 e indizada en CLASE, LATINDEX, MIAR, EZB, Latinoamericana, IJIF, LatinRev, DORA y EBSCO Essentials.

ATENTAMENTE

Xalapa, Ver., a 20 de septiembre de 2023



Mtro. Rafael Bullé-Goyri Minter
EDITOR

Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C.P. 91190, Xalapa, Veracruz, México.

Tel. (228)841-89-00, ext. 13215, fax (228)841-89-14.

Correo electrónico: rbulle@uv.mx

<http://psicologiaysalud.uv.mx>

Agradecimientos

Esta tesis doctoral se realizó gracias a la beca de posgrado otorgada por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT), financiamiento esencial para llevar a cabo esta investigación.

Gracias también a la doctora Kalina, por la paciencia en todo el proceso, por compartir su experiencia en cada tutoría y por las revisiones al trabajo. Al doctor Roberto, por su apoyo brindado no solo durante esta investigación, sino en todo con lo que de forma invaluable, ha contribuido para mi propio desarrollo profesional. A la doctora Cecilia, por mostrar confianza en el proyecto y aportar en cada revisión una perspectiva distinta para mejorarlo. Agradecimientos además a quien contribuyó en los distintos espacios y momentos académicos con su punto de vista crítico en torno a lo aquí reportado.

Gracias a Dany, por ser mi compañera de vida, por creer en mí, por apoyarme en los distintos momentos por los que pasamos juntos y darme también tu valiosa opinión en esta tesis.

Dedicatoria

A mis padres, Ricardo y Ana María quienes con fe y fortaleza me inspiraron el gusto por el estudio, me han brindado su cariño, su apoyo y su confianza para seguir adelante.



Índice

Índice.....1

Lista de tablas.....3

Lista de figuras.....4

Abreviaturas.....5

Resumen.....6

Abstract.....8

Introducción10

Capítulo 1. Modelo cognitivo conductual para adicciones.....15

 Antecedentes del modelo conductual15

 Condicionamiento respondiente16

 Condicionamiento operante17

 Antecedentes del modelo cognitivo.....18

 Modelo cognitivo conductual20

 Estrategias cognitivo conductuales para adicciones24

 Programas de intervención cognitivo conductual para adicciones en México27

 Identificación de barreras en los tratamientos.....29

Capítulo 2. Los tratamientos grupales.....32

 Definición de grupo.....32

 Generalidades de los procesos grupales.....34

 Tipos de grupos.....35

 Formación de grupos37

 Desarrollo grupal38

 Socialización.....41

 Cohesión43

 Consideraciones para el desarrollo de sesiones en tratamientos grupales44

 Sugerencias en el manejo del grupo44

 Factores de los mecanismos terapéuticos para el desarrollo de sesiones grupales45

 Desventajas de utilizar tratamientos grupales.....47

 Intervenciones cognitivo conductuales grupales en adicciones48

 Comparaciones de tratamientos individuales frente a tratamientos grupales.....51

Capítulo 3. Tratamientos en línea55

 Tratamientos en línea, ventajas y limitaciones55

 Reportes de eficacia59

 Recomendaciones en el uso de tratamientos en línea61

Capítulo 4. Planteamiento del problema63

 Objetivo general.....64

 Objetivos particulares65

 Hipótesis.....65

Capítulo 5. Método	66
Primera etapa: Elaboración de guía grupal y adaptación a modalidad en línea.....	66
Participantes.....	66
Instrumentos.....	67
Procedimiento	68
Elaboración de la GAG, cuestionario para barreras de tratamiento y guía del tratamiento en línea.....	69
Difusión y evaluación del impacto.	71
Segunda etapa: Evaluación de la eficacia del tratamiento grupal en línea	72
Participantes.....	73
Escenario.....	73
Instrumentos.....	74
Procedimiento	77
Tamizaje y entrevistas iniciales.	78
Implementación de tratamiento y mediciones.	83
Consideraciones éticas	86
Análisis de datos.....	86
Capítulo 6. Resultados.....	88
Primera etapa: Elaboración de guía grupal y adaptación a modalidad en línea.....	88
Guía de aplicación grupal	88
Manual del terapeuta.....	90
Manual del usuario.....	91
Impacto de la difusión del tratamiento	92
Segunda etapa: Evaluación de la eficacia del tratamiento grupal en línea e identificación de barreras	96
Resultados del tratamiento.....	96
Cambios en las pruebas.....	100
Identificación de barreras.....	111
Capítulo 7. Discusión	114
Conclusiones.....	127
Referencias	130
Apéndices.....	151

Lista de tablas

Tabla 1	Participantes en la revisión de jueces expertos de la guía grupal	67
Tabla 2	Sesiones del tratamiento grupal en línea y descripción de objetivos	70
Tabla 3	Diseño de la conformación de los grupos	72
Tabla 4	Datos de participantes que contestaron el ASSIST en primera convocatoria	79
Tabla 5	Datos de participantes que contestaron el ASSIST en segunda convocatoria	79
Tabla 6	Datos de participantes que contestaron el ASSIST en tercera convocatoria	81
Tabla 7	Respuestas de los jueces sobre la guía de aplicación grupal y porcentaje de acuerdo	89
Tabla 8	Respuestas de los jueces sobre el manual del terapeuta y porcentaje de acuerdo	90
Tabla 9	Respuestas de los jueces sobre el manual del usuario y porcentaje de acuerdo	91
Tabla 10	Relación de 24 interacciones sobre primera difusión de la publicación sobre el tratamiento en Facebook	94
Tabla 11	Relación de 53 interacciones sobre segunda difusión de la publicación sobre el tratamiento en Facebook	96
Tabla 12	Valores para interpretar los índices del tamaño del efecto del NAP	98
Tabla 13	Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al material	112
Tabla 14	Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al terapeuta	112
Tabla 15	Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al tratamiento	113

Lista de figuras

Figura 1	Diagrama de flujo del procedimiento seguido en la primera etapa	69
Figura 2	Diagrama de flujo del procedimiento seguido en la segunda etapa	78
Figura 3	Número de personas que vieron alguna de las publicaciones al menos una vez en un periodo de 28 días	93
Figura 4	Número de personas que vieron alguna de las publicaciones al menos una vez en un periodo de 28 días	95
Figura 5	Patrón de consumo en participantes del tratamiento	98
Figura 6	Resultado total por fase del CDCS	101
Figura 7	Resultado total por fase del CAD	102
Figura 8	Resultado total por fase del BAI	104
Figura 9	Resultado total por fase del BDI	105
Figura 10	Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P8	106
Figura 11	Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P11	107
Figura 12	Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P14	108
Figura 13	Resultado por cada situación evaluada por el CBCS en el P8	109
Figura 14	Resultado por cada situación evaluada por el CBCS en el P11	110
Figura 15	Resultado por cada situación evaluada por el CBCS en el P14	111

Abreviaturas

ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Prueba de detección de consume de alcohol, tabaco y sustancias)
BAI	Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck)
BDI	Beck Depression Inventory (Inventario de Depresión de Beck)
CAD	Cuestionario de Abuso de Drogas
CBCS	Cuestionario Breve de Confianza Situacional
CDCS	Cuestionario Diagnóstico de Consumo de Sustancias
GAG	Guía de Aplicación Grupal
ISCD	Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas
LIBARE	Línea Base Retrospectiva
NAP	Nonoverlap of All Pairs (No solapamiento de todos los pares)
OMS	Organización Mundial de la Salud
P	Participante
TBUD-G	Tratamiento Breve para Usuarios de Droga en Modalidad Grupal
TCC	Tratamientos Cognitivo Conductuales
TCS	Trastorno por Consumo de Sustancias
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación

Resumen

El creciente consumo de drogas ha requerido la atención psicoterapéutica del modelo cognitivo conductual, del que se han evaluado tratamientos sobre todo desde la modalidad de atención individual. Sin embargo, también se han desarrollado en tratamientos grupales brindando otros beneficios (apoyo social entre pares y reducción de la estigmatización y la culpabilidad). Por otra parte, desde la telepsicología el uso de tratamientos grupales para adicciones plantea la necesidad de identificar que barreras hay en su aplicación, sobre todo en la actualidad que se ha diseminado el uso de tecnología para acceder a servicios de salud a distancia. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual grupal para usuarios de drogas impartido en línea e identificar las barreras en su aplicación. El estudio se realizó en dos etapas, en la primera se entrevistó a cuatro profesionales con experiencia en tratamientos grupales para la adaptación del material de trabajo a modalidad grupal, se desarrolló el material para evaluar las barreras del tratamiento y se evaluó el impacto que tuvo la difusión del mismo. En la segunda etapa se llevó a cabo el tratamiento grupal completo con tres participantes. Posteriormente se realizó la identificación de barreras. Se encontró una leve disminución en el consumo en los tres participantes. Se analizaron los resultados con la técnica de no solapamiento de todos los pares encontrando un efecto medio en el cambio entre la línea base y la evaluación post intervención, dicho efecto se mantuvo en los seguimientos excepto en un participante donde descendió a efecto débil en el segundo seguimiento. Los indicadores medidos con las pruebas (síntomas de dependencia, síntomas de abuso de drogas, ansiedad, depresión, situaciones de riesgo de consumo y confianza situacional para permanecer sin consumo) mostraron mejoría en dos participantes, mientras que en el otro se incrementó la ansiedad y

la depresión. Las barreras identificadas se relacionaron con los ejercicios grupales del material, el manejo de conflictos en sesión por parte del terapeuta y el apego a las reglas por parte del grupo. Otras barreras fueron fallas en la conexión a internet y no lograr coincidir los horarios de todas las personas interesadas en el tratamiento. Como conclusión, se sugieren cambios en la duración del tratamiento y el uso de las herramientas tecnológicas para mejorar el tratamiento debido a que, pese a mostrar una disminución, no se consiguió un mayor efecto en dicha reducción del consumo.

Palabras clave: terapia cognitivo-conductual, telepsicología, trastornos relacionados con sustancias, psicoterapia de grupo

Abstract

The growing consumption of drugs has required the psychotherapeutic attention of the cognitive behavioral model, from which treatments have been evaluated above all from the individual attention modality. However, they have also been developed in group treatments providing other benefits (social support among peers and reduction of stigmatization and guilt). On the other hand, from telepsychology, the use of group treatments for addictions raises the need to identify what barriers there are in its application, especially now that the use of technology to access health services at a distance has been disseminated. The objective of the present investigation was to evaluate the efficacy of a group cognitive behavioral treatment for drug users delivered online and identify the barriers in its application. The study was carried out in two stages, in the first, four professionals with experience in group treatments were interviewed for the adaptation of the work material to group modality, then was developed the material to evaluate the treatment barriers and the impact of the dissemination of the treatment was evaluated. In the second stage, the complete group treatment was carried out with three participants. Subsequently, the identification of barriers was carried out. A slight decrease in consumption was found in all three participants. The results were analyzed with the non-overlapping technique of all the pairs, finding a medium effect in the change between the baseline and the post-intervention evaluation, this effect was maintained in the follow-ups except in one participant where it decreased to a weak effect in the second. follow-up. The indicators measured with the tests (dependence symptoms, drug abuse symptoms, anxiety, depression, situations of risk of consumption and situational confidence to remain without consumption) showed improvement in two participants, while in the other anxiety and the depression increased.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

The barriers identified were related to the group exercises of the material, the handling of conflicts in session by the therapist and the adherence to the rules by the group. Other barriers were failures in the internet connection and not being able to match the schedules of all the people interested in the treatment. In conclusion, changes in the duration of treatment and the use of technological tools are suggested to improve treatment because, despite showing a decrease, a greater effect was not achieved in this reduction in consumption.

Keywords: cognitive behavioral therapy, telepsychology, substance-related disorders, group psychotherapy

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) una droga es toda sustancia que introducida a un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones (1994). Ahora bien, se denomina drogas de abuso a las sustancias que se consumen sin fines médicos. Otra característica es que se trata de sustancias autoadministradas y se buscan por sus efectos psicoactivos, de acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2020) las drogas pueden ocasionar placer o euforia debido a que en su mayoría tienen un efecto en los ganglios basales, la amígdala extendida y la corteza prefrontal, asociados con el circuito de recompensa.

Por otra parte, la Asociación Americana de Psiquiatría clasifica las drogas en las siguientes 10 (APA, 2014): alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y el tabaco. También se clasifican en tres amplias categorías, de acuerdo con los efectos psicopatológicos más importantes e inmediatos de su consumo (Del Moral y Lorenzo, 2009).

1. Drogas depresoras (psicolépticas). Retrasan la actividad nerviosa y disminuyen el ritmo de las principales funciones corporales. Algunos ejemplos son el alcohol, la heroína, las benzodiazepinas y los disolventes.
2. Drogas estimulantes (psicoanalépticos). Excitan la actividad nerviosa incrementando el ritmo de las funciones corporales. Ejemplos de estimulantes son la cocaína, anfetaminas, drogas de síntesis y el tabaco.
3. Drogas alucinógenas (psicodislépticos). Producen un estado de conciencia alterado, distorsionan la percepción de los objetos y evocan imágenes sensoriales sin entrada

sensorial (alucinaciones). Como ejemplo están el ácido lisérgico (LSD), el cannabis y las drogas de síntesis.

Independientemente de la clasificación, el consumo de dichas sustancias hace probable que el usuario se vuelva dependiente a la droga de abuso, lo que coloquialmente conocemos como adicción. De acuerdo con los criterios de clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (APA, 2014) el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) es un patrón patológico de conductas relacionadas con el uso de sustancias. Se definen cuatro categorías de criterios diagnósticos, el primero referido al control deficitario sobre el uso de la droga, el segundo sobre el deterioro social ocasionado, el tercero sobre el consumo de riesgo y el cuarto sobre aspectos farmacológicos (tolerancia y abstinencia).

En lo que respecta a su epidemiología, el consumo de drogas se ha vuelto una problemática de salud a nivel mundial y nacional. Se estima que en el mundo 250 millones de personas (cerca del 5 % de la población mundial entre 15 y 64 años) ha consumido drogas, de las cuales las de mayor consumo son el cannabis, opioides, cocaína y estimulantes de tipo anfetaminas. Además, el consumo de sustancias tiene consecuencias sociales y de salud en la población, de las cuales la más extrema puede ser la muerte relacionada con el consumo, principalmente por sobredosis, enfermedades (cirrosis, hepatitis, etc.), desordenes conductuales ocasionados por el consumo, accidentes entre otras (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC, 2019).

De acuerdo con datos de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2019), en México, el consumo de alcohol tiene una prevalencia de consumo de 35.9 % de la población general, mientras que en la marihuana es de 2%, siendo los jóvenes y la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

población adulta quienes presentan mayor consumo de la sustancia. Las metanfetaminas ocupan el segundo lugar de consumo en la región (después de Estados Unidos) con un 0.9 %. Mientras que los tranquilizantes, entre los que se incluye el clonazepam, la prevalencia es menor del 0.5 %.

Por otra parte, también en México de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016). Se reportó un aumento del consumo de drogas de un 7.8 % en 2011 a un 10.3 % en 2016 en el total de la población de entre 12 y 65 años, siendo la marihuana, cocaína e inhalables los de mayor consumo. Además, de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, se ha reportado que las drogas de mayor impacto son el alcohol, marihuana y cristal (SISVEA, 2016), esto implica las sustancias que por su consumo causan más daño en los usuarios en aspectos de salud, sociales, laborales y escolares.

En lo que respecta a la población estudiantil, el TCS tiene consecuencias adversas para que los usuarios continúen con sus estudios. De acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2016), de la población que ingresa en centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales, un 8.6 % eran estudiantes de tiempo completo y un 3.1 % estudiantes con actividad laboral. En este mismo rubro, se menciona que un 20.2 % de la población que ingresa a centros de tratamiento y rehabilitación cuenta con educación hasta nivel bachillerato y un 6.9 % a nivel licenciatura. Evidentemente, el ingreso a un centro de tratamiento, muchos de los cuales son de internamiento, interrumpe la continuidad de los estudios de los jóvenes.

Por lo anterior se considera necesario que, desde las disciplinas de las ciencias de la salud, se continúen desarrollando métodos de tratamiento para las adicciones. En psicología

el modelo de intervención que ha brindado mayor evidencia empírica de su eficacia para modificación de conductas es el enfoque cognitivo conductual (Echeburúa, et al., 2010).

Desde dicho enfoque, para abordar las adicciones han sido evaluados diversos programas de intervención dirigidos al aprendizaje de diferentes estrategias cognitivas y conductuales para afrontar las situaciones de riesgo de consumo, los resultados mostrados de estas intervenciones lo han posicionado como un modelo de intervención sumamente útil (McHugh, et al., 2010; Secades-Villa, et al., 2007; Soto, et al. 2017).

Por otra parte, debido a la actual contingencia sanitaria derivada de la pandemia del COVID-19 se vuelve una necesidad de las ciencias de la salud acudir al uso de intervenciones a distancia para brindar atención en la situación de confinamiento. Para ello, ya existían recomendaciones sobre telepsicología casi a la par del surgimiento de tecnologías de comunicación a distancia. Sin embargo, se toman a consideración nuevos dilemas éticos que surgen ante la mayor difusión de intervenciones mediadas por herramientas digitales de comunicación (Liem, et al., 2020).

A continuación, se presenta la propuesta de un tratamiento cognitivo conductual grupal para usuarios de drogas la cual se implementó a distancia a través de tecnologías de información y comunicación (TIC). En el marco teórico, se presenta en el primer capítulo los fundamentos del modelo cognitivo conductual partiendo de sus antecedentes del enfoque conductual y cognitivo y posteriormente la integración de ambos. En el segundo capítulo se señalan las características que favorecen el trabajo grupal con fines terapéuticos, así como algunos antecedentes de la utilización de tratamientos grupales y algunas de las ventajas que plantea su utilización. En el tercer capítulo, se presentan algunos datos de intervenciones psicológicas en línea.

En el capítulo cuatro se presenta el planteamiento del problema sobre la relevancia y justificación de la presente investigación, así como los objetivos de la misma. En el capítulo cinco se detalla el método de la investigación, dividido esta en dos etapas, la primera sobre la adaptación y evaluación del material de trabajo así como la medición del impacto de la difusión del tratamiento y la segunda referente al tratamiento en sí, su evaluación y la identificación sobre las posibles barreras. En el capítulo seis se presentan los resultados dentro de la misma estructura de fases y por último en el capítulo siete se discuten los hallazgos y conclusiones de la presente investigación.

Marco teórico

Capítulo 1. Modelo cognitivo conductual para adicciones

El modelo cognitivo conductual ha sido uno de los tratamientos basados en evidencia que más se han utilizado desde hace varios años, en este capítulo se describen los antecedentes de dicho modelo, así como las principales estrategias que se utilizaron durante el tratamiento que se evaluó. Por esto se analizan las estrategias desde el enfoque originario del cual parte y después se presenta la integración del modelo de intervención cognitivo conductual. Se presentan a su vez algunas razones por las que este modelo es actualmente una de las propuestas de tratamiento basado en evidencia que brindan mayores resultados para problemáticas agudas como son las adicciones. Posteriormente se enlistan las principales estrategias de intervención en la conducta de consumo, algunas de las cuales se utilizaron en el tratamiento llevado a cabo. Por último, se hace un breve recorrido de los tratamientos breves desarrollados en el país y que siguen siendo utilizados en la actualidad.

Antecedentes del modelo conductual

El enfoque conductual surge a inicios del siglo XX, se puede considerar que es Watson quien comienza a delimitarlo como un enfoque distinto, distanciándose de los enfoques psicológicos dominantes de la época, buscó brindar datos más objetivos y demarcar un claro objeto de estudio de la psicología (Kazdin, 2000). Desde el modelo conductual dentro de las múltiples aportaciones de dicha teoría sobre el aprendizaje, se destacan dos, el condicionamiento respondiente y el condicionamiento operante.

Condicionamiento respondiente

Los estudios pioneros del condicionamiento respondiente se deben en gran medida a los experimentos de Pavlov acerca del sistema digestivo y las secreciones gástricas, lo cual derivó en el esquema de estímulo y respuesta (Pavlov, 1927). Desde este modelo para entender el aprendizaje de conductas se sugiere que las respuestas de los organismos vivos están sujetos a ciertos estímulos del exterior, pudiendo ser reflejos o incondicionados, que a la vez se pueden condicionar a otros estímulos que previamente no ocasionarían una respuesta por sí solos (Franks, 2015).

En lo que respecta a las adicciones, este esquema de estímulo y respuesta se explicaría de la siguiente forma. El consumo de una droga tendría la función de un estímulo incondicionado (EI) que sin necesidad de un aprendizaje previo ocasiona una respuesta incondicionada (RI). En este caso se trata del efecto de la sustancia, que la mayoría de las ocasiones se experimenta como un efecto placentero inmediato e intenso, ya sea que se trate de una sustancia estimulante, depresora o alucinógena. La estimulación ambiental o el entorno donde se consume con regularidad sería el estímulo condicionado (Gómez y Carrobbles, 1991) que puede volverse un factor que contribuye a generar deseo de consumo. Es decir, el ambiente (EC) puede evocar en la memoria del consumidor la sensación previa al consumo.

Este proceso se ha observado también en situaciones experimentales de laboratorio. En la investigación Bardo y Bevins (2000), se observó en los ratones con los que se trabajó, el condicionamiento que se hizo a determinado ambiente que fue condicionado con la administración de una sustancia psicoactiva. En una primera fase se permitió el acceso a los ratones a dos compartimentos que variaban en las características ambientales (textura del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

suelo, color de muros u olor). En la segunda fase, se inyectaron sustancias psicoactivas al roedor y se le colocó en uno de los dos compartimentos por alrededor de 30 minutos. En la última fase, se colocó al animal en medio de ambos compartimentos, se abrieron las dos puertas por 30 minutos y se observó que los roedores pasaban mayor tiempo en la caja asociada en la fase anterior con la droga.

También se ha encontrado evidencia de como este condicionamiento al ambiente influye en el fenómeno de la tolerancia. La tolerancia a las sustancias no solo se debe al efecto del uso prolongado de la sustancia, sino que el ambiente en donde se administra la sustancia también lo hace, la historia de asociación de estímulos ambientales vinculados con la sustancia hace que se tenga mayor tolerancia a la sustancia (Vila, 2015).

Condicionamiento operante

Por otra parte, en cuanto a los estudios de condicionamiento operante destacan los trabajos de Skinner en torno a la influencia que tiene el entorno en las conductas de los organismos vivos, específicamente lo relacionado a los antecedentes y consecuencias de los comportamientos (Skinner, 1975).

El postulado central es que las conductas se repiten o eliminan dependiendo de las consecuencias que obtenga la persona que las realiza. Si después de realizar una conducta hay un estímulo agradable, habrá mayor probabilidad de que se repita dicho comportamiento. Esto explicaría el proceso de reforzamiento. En cambio, si se tiene como consecuencias eventos desagradables, habrá mayor probabilidad de que disminuya o se elimine la conducta (Domjan, 2010; Kazdin, 2000).

En cuanto a las adicciones, este proceso de reforzamiento se hace presente en diversos momentos. En primer lugar, el reforzamiento positivo, que implica la entrega de

reforzadores o estímulos agradables después de realizada una conducta, se observa durante el consumo y la evolución del comportamiento adictivo. La sustancia de consumo tiene aquí una función de reforzador positivo de la conducta (Vila, 2015), debido a que normalmente el usuario experimenta un efecto que aunque es momentáneo es placentero e inmediato tras el consumo. Esto hace que muy probablemente se intente repetir el consumo para obtener los efectos reforzantes.

En segundo lugar, el proceso de reforzamiento negativo, que implica retirar un estímulo desagradable después de una conducta, se observa si ocurre un consumo durante el período de abstinencia. Este período de abstinencia generalmente se presenta mediante síntomas físicos aversivos, en ocasiones los usuarios de drogas encuentran en la repetición del consumo una forma de retirar dichos síntomas desagradables (Casas, et al., 2011).

De esta forma, tanto los efectos placenteros ocasionados por el uso de la sustancia, así como los síntomas desagradables ocasionados por los periodos de abstinencia a la droga de uso frecuente están involucrados en el incremento de la conducta de consumo. Los procesos descritos anteriormente son algunas razones que explican porque la alta probabilidad que existe de que una persona que usa sustancias intente repetir el consumo, así como la forma como se generan comportamientos adictivos relacionados con las drogas psicoactivas.

Antecedentes del modelo cognitivo

Entre los principales antecedentes del modelo cognitivo, aplicado como enfoque de intervención, están las aportaciones de Beck sobre la terapia cognitiva. En términos generales, el autor propone que las conductas del ser humano normalmente están mediadas por determinada organización cognitiva a la que definió como esquemas mentales o

creencias nucleares (Dozois y Beck, 2011), estos hacen referencia a procesos internos a través de los cuales se codifica la información proveniente del exterior. Los esquemas pueden ser adaptativos o desadaptativos para el ser humano. A estos últimos, que pueden llegar a ser disfuncionales en la vida de las personas se les conoce como distorsiones cognitivas.

Entre las principales distorsiones cognitivas se encuentran las siguientes (Beck, 1993):

1. Inferencia arbitraria. Implica obtener conclusiones negativas en ausencia de evidencia empírica que la sustente.
2. Catastrofismo. Evaluar en la mayoría de las circunstancias el peor resultado posible de lo que ocurrirá.
3. Minimización. Quitar importancia o minimizar eventos, rasgos o circunstancias de si mismo.
4. Pensamiento dicotómico. Implica evaluar las experiencias o comportamientos de uno mismo y de los demás con dos posibilidades opuestas.
5. Descalificación de lo positivo. Se refiere a descalificar experiencias, rasgos o atributos positivos.
6. Sobregeneralización. Implica sacar conclusiones basado en una o pocas experiencias y utilizarlas en situaciones que no están relacionadas.
7. Razonamiento emocional. Formar opiniones sobre uno mismo o los demás basado no en evidencia empírica ni pensamiento lógico sino en las emociones.

Por otra parte, se resaltan tres principios básicos de la teoría cognitiva con fines terapéuticos. El primero refiere que la cognición afecta tanto la conducta como las

emociones. En segundo lugar, se propone que la actividad cognitiva puede ser monitoreada y de esta manera modificada. En tercer lugar, se menciona que realizando cambios en las creencias nucleares se puede tener mayor efectividad en los cambios de conducta, así como mayor estabilidad emocional (Stewart-Sicking, 2015).

Para el tratamiento de las conductas adictivas, desde la teoría cognitiva se propone la modificación de creencias nucleares que preceden a la conducta de consumo. Algunos ejemplos de estas ideas disfuncionales son la creencia de que es necesario consumir para mantener un balance físico y psicológico, la expectativa de que el consumo puede mejorar el funcionamiento social e intelectual de quien consume, la expectativa de experimentar placer al consumir, la creencia de que la droga puede incrementar la energía de la persona, creer que el consumo ayuda a aliviar de la tensión emocional o la ansiedad, entre otras (Beck, 1993).

Modelo cognitivo conductual

Si bien los enfoques conductual y cognitivo hasta aquí descritos continúan vigentes por separado, en la actualidad la integración de ambas aportaciones teóricas es denominado cognitivo conductual y ha demostrado una alta efectividad en diversas problemáticas, además de ser ampliamente utilizado para diversos cuadros clínicos desde la psicología (Rachman, 2015). Así, el modelo cognitivo conductual retoma parte de los postulados básicos tanto del enfoque conductual como del cognitivo. Se busca una comprensión integral del comportamiento del ser humano y a partir de ahí, generar propuestas de aplicación e intervención a diversas problemáticas, como puede ser el tratamiento de las adicciones.

Un punto en común de los enfoques conductuales y cognitivos es que ambos implican un acercamiento teórico al aprendizaje del ser humano, la diferencia radica en la importancia que se da a procesos externos o internos (Ruiz, et al., 2017). Queda en ocasiones abierta la controversia de a que se le da mayor peso explicativo del comportamiento en un enfoque que abarca en su nombre las dos posiciones teóricas, lo que puede ser interpretado como una especie de eclecticismo (Froxán, et al. 2018). Sin embargo, desde el presente estudio se considera que esta perspectiva que conjunta lo conductual y lo cognitivo permite una comprensión más adecuada de un fenómeno tan complejo como el de las adicciones que requiere una visión integral del ser humano.

Por otra parte, el modelo cognitivo conductual ha sido utilizado ampliamente en la terapéutica de problemáticas de salud, por lo que es una de las modalidades de terapias basadas en evidencia empírica más difundidas y eficaces (Echeburúa, et al., 2010). En lo que respecta a la atención de TCS los elementos teóricos que intervienen en el proceso terapéutico que más resultados han brindado tienen que ver principalmente con el manejo de contingencias, estrategias de motivación al cambio y entrenamiento en estrategias de afrontamiento (McHugh, et al. 2010).

Desde que se estableció el modelo cognitivo conductual se han desarrollado estrategias de modificación de conductas y cogniciones que a través de evaluaciones sistemáticas han probado su eficacia para el trastorno por abuso de sustancias (Coco, et al. 2019; Magill et al. 2020). Es un hecho que no basta la utilización mecanizada de técnicas probadas con determinado cuadro diagnóstico como puede ser el TCS y generalizarlas a toda persona que presente un trastorno similar (Froxán, et al. 2018), sin embargo, sirve de

guía la identificación de técnicas como parte del proceso terapéutico que reside en los tratamientos diseñados para conductas adictivas.

En lo que respecta a la teoría cognitivo social desarrollada inicialmente por Bandura tiene diversas aportaciones para el tratamiento de las drogodependencias. Destacan los conceptos de modelamiento que explica el aprendizaje vicario de conductas, así como el constructo psicológico de autoeficacia.

En primer lugar, el modelamiento como forma de aprendizaje, hace referencia al proceso por el cual una conducta puede ser aprendida mediante observación y no sólo por ensayo y error tras llevarla a cabo (Bandura, 1971). En este sentido los procesos de reforzamiento y el aprendizaje de conductas también pueden darse de forma vicaria. El aprendizaje por modelamiento se hace evidente en las conductas adictivas. Una situación que ejemplifica el modelado es cuando los usuarios jóvenes se desarrollan dentro de un ambiente social donde las personas cercanas presentan también consumo de sustancias. Es decir, si los familiares o amigos cercanos de una persona consumen sustancias psicoactivas, este entorno social se vuelve un factor de riesgo de adicción, ya sea para iniciar el consumo o presentar recaídas cuando ya se ha interrumpido la conducta (Becoña y Cortés, 2011).

En segundo lugar, la autoeficacia hace referencia a la percepción que una persona tiene sobre sus propias capacidades, ya sea en el aspecto individual como en el social (Bandura, 2012). Al respecto, el autor señala cuatro fuentes de generar autoeficacia, en primer lugar, a través de la experiencia, tras realizar las conductas de forma adecuada varias ocasiones. La segunda por modelado, al observar que otra persona afronta con éxito situaciones cotidianas. En tercer lugar, por persuasión social, cuando se persuade a alguien verbalmente para afrontar las dificultades. La última fuente es el estado emocional, en este

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sentido, es más probable ser autoeficaz con un estado emocional estable que con un nivel de activación elevado como la ansiedad. Medir este constructo de la autoeficacia resulta importante como un indicador de la eficacia de los tratamientos en conductas adictivas ya que se puede relacionar con la capacidad que el usuario percibe de sí mismo para permanecer sin consumo.

Respecto a la autoeficacia, algunos autores han definido cinco categorías relacionadas con las conductas de consumo (Kadden & Litt, 2011; Marlatt, et al., 1995).

1. Autoeficacia de resistencia, está involucra la capacidad percibida para evitar el contacto inicial con las sustancias.
2. Autoeficacia de reducción de daños, que es la capacidad de reducir el consumo de sustancias con la finalidad de prevenir problemas ocasionados por el abuso.
3. Autoeficacia de acción, entendida como la capacidad percibida para frenar el consumo de sustancias.
4. Autoeficacia de afrontamiento, que es la capacidad percibida por el usuario para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.
5. Autoeficacia de recuperación, relacionada a la capacidad percibida del usuario para sobreponerse a un consumo y volver a la abstinencia.

Así, desde el modelo cognitivo conductual se integran los principios tanto del enfoque cognitivo como del conductual y se busca desarrollar estrategias para afrontar o evitar situaciones de riesgo de consumo. Dichas estrategias son comúnmente conocidas como técnicas, de las cuales se describen a continuación las principales técnicas que se utilizan en los tratamientos para adicciones.

Estrategias cognitivo conductuales para adicciones

La base de las intervenciones desde este modelo cognitivo conductual es el proceso de análisis funcional de la conducta. Su esquema básico implica el estudio de las variables contextuales que tienen una función contingente en la conducta (Froxán, 2020), principalmente antecedentes y consecuentes, además de variables moduladoras que influyen en la respuesta del organismo que emite la conducta.

Mediante este procedimiento conductual se entrena al usuario a identificar los antecedentes de su conducta de consumo (es decir, las situaciones que ocurren de forma previa a consumir la sustancia) y sus consecuentes (que son las contingencias reforzantes que pueden estar manteniendo la conducta desadaptativa). Se identifican junto con el usuario tanto los EC y EI, entendidos como precipitadores de consumo y la manera como se pueden afrontar o evitar para prevenir a tiempo el consumo de sustancias (Vila, 2015).

Esta estrategia resulta útil para identificar las situaciones de riesgo de consumo. A la relación de antecedentes y consecuencias es importante añadir el reporte de los usuarios sobre su estado de ánimo y pensamientos asociados a cada situación de riesgo. Está estrategia se utiliza a través de la técnica del autorregistro del consumo diario del usuario mientras participa en el tratamiento. Mediante este reporte se obtienen datos más detallados acerca de las situaciones de riesgo de consumo del usuario, y se logra observar los posibles cambios en su patrón de consumo (Sobell y Sobell, 1992).

Por otra parte, para lidiar con la ambivalencia cognitiva acerca del consumo en los usuarios se utiliza la estrategia del análisis de ventajas y desventajas tanto de consumir como de no consumir (Beck, 1993). Consiste en pedirle al usuario elaborar por escrito una lista de ventajas y desventajas, a partir de contar por escrito con una lista extensa de ambos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

polos, se prosigue a revisarlas y evaluarlas de acuerdo con el grado de importancia de cada una de las razones listadas. Posteriormente se verifican algunas distorsiones en el pensamiento para ayudar al usuario a resolver la posible ambivalencia en su cambio de conducta. Esta estrategia resulta crucial como un medio de motivar hacia el cambio a los usuarios, por lo que es importante no sólo no omitir alguno de los elementos antes mencionados sino el poder establecer un diálogo y reflexión con el usuario acerca de su situación presente.

Otra estrategia como parte de las intervenciones cognitivo conductuales consiste en la sustitución de contingencias ambientales del consumo e incrementar la realización de actividades prosociales, como pueden ser actividades recreativas, artísticas, deportivas o productivas. Lo que se busca es promover las conductas de no consumo, preferentemente conductas incompatibles con el consumo (Miltenberger, 2017) y de esta forma contribuir a eliminar gradualmente este comportamiento. Un obstáculo que se puede enfrentar es la falta de interés al inicio, dado que se trata de actividades que probablemente le brinden menor placer o que no compitan con el efecto placentero de la droga, algunas incluso pueden requerir cierto esfuerzo al inicio. Se destaca el beneficio a mediano y largo plazo a diferencia de lo obtenido por la sustancia.

También se destaca la estrategia de habilidades asertivas de comunicación que son parte del entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 2015). En la aplicación de esta técnica se explican las formas de respuestas para preguntas que implican la toma de decisiones, en general se divide en respuestas pasivas, asertivas y agresivas. Se pretende entrenar a los usuarios de drogas en respuestas asertivas para el rechazo de drogas, es decir, desarrollar específicamente habilidades de comunicación para afrontar algunas situaciones

de presión social que impliquen un riesgo de consumo. A la par, se pueden utilizar ensayos conductuales para verificar que se ejecutan adecuadamente las respuestas asertivas.

Destaca también la técnica de solución de problemas. Este es un método sistemático para la solución de problemas en diversas áreas de la vida, en específico para usuarios de drogas ayuda a resolver posibles conflictos que lleven a las personas a consumir (Ruiz, et al., 2017). Esta estrategia consta de las siguientes cinco etapas en las que se entrena a la persona.

1. Orientación al problema. Implica reconocer que el consumo puede representar un problema, ya sea resaltando las afectaciones en la salud, lo social, laboral, económico, entre otras.
2. Definición y formulación del problema. Consiste en describir de manera detallada y en términos claros cual es el problema que genera el consumo o los diversos problemas que ocasiona.
3. Generación de alternativas. Se trata de proponer diversas soluciones posibles a problemas específicos.
4. Toma de decisiones. A partir de la variedad de alternativas propuestas anteriormente se elige la que se considere la opción más viable a llevar a cabo y que pueda ser eficaz.
5. Puesta en práctica de la solución y evaluación. Una vez que se elige la alternativa de solución se lleva a cabo y se evalúa si fue o no eficaz.

Cabe destacar que las técnicas descritas hasta ahora no se aplican de forma aislada. Normalmente se utilizan en conjunto como parte de programas de intervención cognitivo conductuales que se enfocan a problemáticas de adicciones específicas, ya sea para poblaciones dentro de cierto rango de edad (adolescentes o adultos), para consumidores de

determinadas sustancias (estimulantes, depresores o alucinógenos) o para personas con diferentes niveles de consumo y dependencia a la droga.

Programas de intervención cognitivo conductual para adicciones en México

En México desde 1994 se han desarrollado tratamientos breves desde el enfoque cognitivo conductual para el TCS (Ayala, et al., 1995). Dichos tratamientos han brindado datos de su eficacia basándose en el modelo de intervención cognitivo conductual, además de que se integraron ciertas características que favorecieron su implementación. Por un lado, el uso de estrategias de entrevista motivacional de especial utilidad para el tratamiento de conductas adictivas, y por otro lado, diseñarlas como intervenciones breves que permitiera la diseminación de las mismas a un relativo bajo costo y que brindaran resultados favorables (Ayala, et al., 1997).

Al respecto, existen programas de intervención cognitivo conductuales para drogas en general que se centran en atender a poblaciones específicas, como es el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC) para usuarios con dependencia a sustancias adictivas (Barragán, et al., 2012) aplicable a usuarios con consumo grave o crónico, y que es una adaptación del modelo de intervención Community Reinforcement Approach. El PSC consta de 12 componentes sin un orden estricto de impartición de estos, con dos sesiones por semana. Dio resultados favorables desde un primer estudio piloto con nueve usuarios crónicos reduciendo el patrón de consumo durante el tratamiento y en el seguimiento de un año, centrándose en generar un estilo de vida más satisfactorio e involucrando a los usuarios a actividades incompatibles con el consumo (Barragán, et al., 2005).

En este sentido, para poblaciones con características específicas se desarrolló un programa dirigido para cierta etapa del desarrollo como es la población adolescente

(Martínez, et al., 2004). El Programa de Intervención Breve para Adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas (PIBA) consta de cuatro sesiones más sesiones de seguimiento hasta por seis meses, se realizó una evaluación del mismo con una muestra de 70 adolescentes que abusaban del alcohol en dos ciudades diferentes de México, mostrando una reducción significativa en el patrón de consumo una vez que concluyó el tratamiento con respecto a la línea base (Martínez, et al., 2008).

En cuanto al tratamiento para el consumo de sustancias específicas para drogas ilegales, existe por un lado el modelo de Intervención Breve para Usuarios de Marihuana (IBUM), el cual es una intervención de tipo cognitivo conductual que consta de seis pasos o sesiones (Medina, et al., 2012), dicho programa ha sido referido por los profesionales de la salud como una de las alternativas que mayor porcentaje de abstinencia les permite lograr con los usuarios, de acuerdo a los datos de Palafox, et al. (2017) en una investigación sobre transferencia de las intervenciones breves.

Por otra parte, el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC), que es un programa de intervención breve desde el modelo cognitivo conductual que consta de ocho tópicos sobre diferentes estrategias para lograr la abstinencia (Oropeza, et al., 2012). Este tratamiento fue evaluado inicialmente con una muestra de 19 participantes con trastorno por consumo de cocaína logrando resultados favorables entre la evaluación de línea base y después del tratamiento (Oropeza, et al., 2007).

También se han elaborado manuales para las consideradas drogas legales, tal es el caso de la Intervención Breve Motivacional para Fumadores (Lira, et al., 2012) que tiene sustento en la teoría cognitivo social, consta de cuatro sesiones de intervención y se enfoca en eliminar la conducta de consumo de tabaco. Por último, el Programa de Autocontrol

para Bebedores Problema (Ayala, et al., 1995) que desde el modelo cognitivo conductual se enfoca en atender a usuarios con consumo excesivo de alcohol a través de cuatro pasos o actividades principales a abordar durante las sesiones.

Estos tratamientos mencionados mostraron resultados favorables en sus evaluaciones iniciales y posteriormente han sido diseminados a través de instancias de atención primaria para las adicciones. Un elemento a resaltar de dichos programas es el hecho de que se han elaborado manuales de aplicación con los cuales se vuelve más accesible su difusión por medio de las instituciones públicas del país, esto permite el acceso a mayor número de profesionales de la salud que puedan usar dichos tratamientos mediante capacitación previa en el uso del material, y por ende, se extiende su aplicación entre la población que requiere la atención psicológica. Además de que se unifican elementos clínicos que resultan fundamentales en el proceso terapéutico y facilita la diseminación de la evidencia empírica obtenida en diseños experimentales hacia la práctica clínica (Primero & Moriana, 2011).

Por último, es importante resaltar la gran cantidad de tratamientos cognitivo conductuales que se desarrollan y que prueban empíricamente su efectividad desde dicho modelo. Sin embargo, resulta útil generar propuestas de intervención grupal o estandarizar pautas para aplicar los tratamientos ya existentes en dicha modalidad.

Identificación de barreras en los tratamientos

Además de generar propuestas de tratamientos eficaces para usuarios con consumo de sustancias, resulta importante también la continua revisión de los aspectos que mejor funcionan en dichos tratamientos, así como las áreas de oportunidad que se pueden mejorar. Al respecto se identifican ciertas barreras en la aplicación de tratamientos psicológicos

entre los que están los cognitivo conductuales. Dichas barreras se entienden como obstáculos para la implementación exitosa de los programas de intervención (Montorio, et al., 2003).

En este sentido, se enmarcan las diferentes investigaciones sobre la evaluación de la transferencia de la tecnología involucrada en los tratamientos psicológicos, como puede ser el uso adecuado de los manuales de intervención (Martínez y Medina-Mora, 2013), así como diversos aspectos que en conjunto optimizan u obstaculizan el uso de las intervenciones. En cuanto a esto, las autoras proponen una clasificación de estas barreras en las que se relacionan con el usuario del tratamiento y las que se relacionan con el terapeuta o el centro que brinda la atención psicológica. Lo relativo al usuario involucran la actitud hacia la intervención, aspectos personales como la presencia de alguna comorbilidad en el caso de adicciones, características demográficas del mismo usuario como su grado de estudios, el género, el lenguaje como es el caso de grupos étnicos, entre otras.

En cuanto a las barreras relacionadas con el terapeuta tiene que ver con los conocimientos teóricos que tenga el profesional de la salud respecto al modelo que sustenta el programa que utilice, su actitud de compromiso respecto al programa, la confianza que tenga en que se logrará un cambio conductual a través de la aplicación completa y adecuada del tratamiento y sus propias habilidades del manejo terapéutico en la sesión, como puede ser la capacidad de empatía, aspectos motivacionales y habilidades verbales entre otras (Trejo y Martínez, 2013).

Otra clasificación de tales barreras para utilizar los tratamientos señala que existen barreras actitudinales y estructurales (Verissimo y Grella, 2017). Las barreras actitudinales se refieren a las actitudes que se tomen frente a la intervención, por ejemplo, que el usuario

se muestre pesimista respecto al tratamiento o que el terapeuta tenga resistencia al uso de manuales para el tratamiento de adicciones puede repercutir en la eficacia de la intervención. Las barreras estructurales están relacionadas con aspectos externos, como puede ser el lugar donde se desarrolla la intervención, el costo tanto de tiempo como económico, el acceso a los centros donde se imparten los tratamientos, entre otros.

Por último, como parte de las barreras en los centros donde se imparten los programas de intervención, Schuler, et al. (2015) encontraron como ejemplo de dichas barreras en una muestra de 11843 usuarios con consumo de sustancias en un centro de atención en Estados Unidos la gran cantidad de personas que requieren el servicio que en ocasiones sobrepasa la capacidad de dichos centros ocasionando largas listas de espera, también el acceso a los centros en cuanto a transporte por parte de los propios usuarios, o factores económicos que dificultan el acceso al servicio.

Capítulo 2. Los tratamientos grupales

Previo a presentar ejemplos de tratamientos cognitivo conductuales grupales se revisan algunas consideraciones a tomar en cuenta al momento de aplicar una intervención grupal. En los grupos en general hay procesos en común que han sido estudiados y permiten un mejor entendimiento de la interacción de las personas que componen un grupo, por tanto, se parte de una definición amplia de los grupos y en específico de los grupos con fines terapéuticos.

Se explican las nociones básicas de los procesos de formación de grupos desde su inicio hasta la terminación de este, entre los que destacan la cohesión, las afinidades, entre otros. Se mencionan algunos elementos importantes a tomar en cuenta para optimizar el desarrollo de las sesiones, como pueden ser algunas pautas comportamentales útiles para llevar a cabo en el trabajo con grupos. Además, se señalan algunas técnicas que se consideran adecuadas para lograr los fines del grupo y que fueron fundamentales para el desarrollo de la propuesta de guía de aplicación de tratamientos en la presente investigación.

Por último, se presentan antecedentes revisados sobre tratamientos cognitivo conductuales grupales para adicciones, así como un breve apartado en el que se comparan tratamientos grupales frente a una versión individual y algunos de los hallazgos relevantes que se encontraron en dichos estudios.

Definición de grupo

Partiendo de la definición de diccionario, un grupo es una pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerado (RAE, 2019). De esta manera, un conjunto de dos o más personas es suficiente para conformar un grupo. Sin embargo, esta

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

definición puede resultar demasiado amplia, desde la psicología de los grupos su conceptualización ha sido motivo de discusiones académicas entre otras razones por algunas complicaciones que implica su estudio.

Las distintas definiciones tienen algunas características en común sobre lo que implica un grupo. García-Ael et al., (2017) señalan tres puntos de convergencia en las diversas conceptualizaciones del grupo: en primer lugar se alude a cierta identidad entre los integrantes de un grupo, como miembros de determinada categoría social que brinda un sentido de pertenencia al individuo. En segundo es la interdependencia de sus integrantes, lo que vuelve al grupo un ente dinámico en el que sus miembros interactúan entre sí, generando vínculos afectivos y un marco de referencia común. El tercer punto es la existencia de una estructura social en el grupo, esto implica que tiene una función la reunión de dos o más personas, tienen cada uno un rol dentro del mismo y se ciñen a determinadas normas. En resumen, como señala Sánchez (2002), un grupo es más que la suma de sus partes y su estudio ha implicado entenderlo como un fenómeno en sí mismo con sus propios postulados teóricos.

El estudio de los grupos ha sido abordado de manera diversa por varias disciplinas sociales entre las que destacan la sociología y la psicología social, que va desde el estudio de los fenómenos de masas hasta grupos mas pequeños (Corte et al., 2005). De manera más específica en la investigación de grupos pequeños se investiga la interacción de personas en grupos desde la observación en sus ambientes naturales hasta grupos conformados artificialmente (Dayé, 2015), principalmente lo relacionado con los procesos grupales como son la cohesión, manejo de conflictos, la cooperación, el desarrollo grupal (Blumberg, et

al., 2012), entre otros que permiten entender mejor la interacción de las personas en los grupos.

De manera específica, el estudio de los grupos ha contribuido de forma significativa en diversas áreas como la psicología de la salud (García-Ael et al., 2017). Cabe señalar que existen diferentes enfoques teóricos que conceptualizan al grupo, entre ellos se toma a consideración para el presente estudio la perspectiva conductual del intercambio social propuesta por Homans (1958). En dicha teoría se señala a grandes rasgos que los seres humanos se agrupan cuando se percibe algún beneficio por pertenecer a un grupo y se disuelve dicha entidad cuando se perciben mayores costes que los beneficios obtenidos.

El trabajo con grupo resulta de gran utilidad debido a que a fin de cuentas los mayoría de conflictos que surgen en el ser humano implican la interacción con otros seres humanos. Sin embargo, es importante señalar que se trata de una alternativa más en el estudio del ser humano, sin que exista una relación de superioridad con respecto a la investigación de personas en individual (Sánchez, 2002).

Por último, tomando en cuenta la propuesta de estudiar a los grupos como una entidad distinta al ser individual, se han realizado diversas investigaciones que permiten identificar algunos procesos que contribuyen en la formación y desarrollo de los grupos los cuales se describirán en los siguientes apartados.

Generalidades de los procesos grupales

Con la finalidad de comprender al grupo como una entidad distinta al individuo, en el presente apartado se describen los tipos de grupo que existen de acuerdo con algunos teóricos, así como los procesos de formación de los mismos, las fases de desarrollo grupal y la distinción entre los términos de socialización y cohesión.

Tipos de grupos

Definir el grupo como el conjunto de dos o más personas puede resultar un tanto ambiguo, debido a que esto implica la posibilidad de reunirse sin importar el límite de miembros de la agrupación. Sin embargo, de manera general se puede considerar la existencia de grupos pequeños y grupos grandes, sin que exista un consenso en la cantidad límite para cada uno (García-Ael, et al., 2017; Sánchez, 2002). Normalmente, dentro de los grupos pequeños se encuentran los grupos con fines terapéuticos dirigidos a problemas de conducta que afectan la salud de las personas.

Para dichas problemáticas de conducta existen los grupos enfocados al tratamiento de las adicciones, los cuales a su vez se pueden clasificar en cinco categorías (Center for Substance Abuse Treatment; CSAT, 2009) de acuerdo con el modelo terapéutico que utilizan:

1. Grupos de psicoeducación: son grupos estructurados dirigidos a proveer información a los asistentes con la finalidad de generar mayor conciencia sobre los aspectos conductuales, médicos y psicológicos de las consecuencias del consumo de sustancias.
2. Grupos de desarrollo de habilidades: grupos dirigidos al entrenamiento en diversas habilidades de afrontamiento para situaciones de riesgo de consumo, no necesariamente dirigidos por personas con alto entrenamiento profesional ni desde un enfoque terapéutico específico.
3. Grupos cognitivo conductuales: son grupos estructurados bajo este enfoque psicológico normalmente dirigido a personas en etapas tempranas de recuperación, es decir, que aún no es una problemática crónica. Se conceptualiza la dependencia a las sustancias como

una conducta aprendida y desde este supuesto teórico la modificación de conducta se lleva a cabo a través de diversas técnicas.

4. Grupos de apoyo mutuo: surgieron en un inicio desde la visión de los grupos de auto ayuda, se considera que cambios de raíz en el estilo de vida de las personas generan la recuperación de largo plazo, normalmente se jerarquizan con la presencia de uno o más líderes del grupo y pueden ser grupos extensos.
5. Grupos de procesos interpersonales: la mayoría de estos grupos están basados en el enfoque psicodinámico y desde estos postulados se dirigen al análisis de procesos intra psíquicos e interpersonales, tienden a ser grupos de larga duración.

La clasificación anterior se basa en el enfoque teórico que subyace en las sesiones, así como a las características que tiene el desarrollo del proceso grupal, por otra parte, se menciona una clasificación del grupo dependiendo del escenario clínico donde se lleven a cabo (Vinogradov y Yalom, 2017), en la cual existen.

1. Grupos de pacientes internos: los miembros del grupo se encuentran internados generalmente de forma obligatoria en unidades psiquiátricas o centros residenciales de tratamiento, tienen la ventaja de asegurar la abstinencia del usuario por un período prolongado y la facilidad de promover sesiones terapéuticas diarias, pero por obvias razones resulta más costoso en términos económicos.
2. Grupos de pacientes externos. los pacientes asisten de forma voluntaria a algún centro de reunión, las sesiones se realizan al menos una vez por semana y si se logran las condiciones óptimas se vuelven grupos con niveles de rendimiento similares y estables de acuerdo a los objetivos del tratamiento.

Se destaca que para la intervención propuesta en el presente trabajo de investigación se pretende formar un grupo de pacientes externos en un formato teórico cognitivo conductual. Para entender mejor los procesos que están implicados en los grupos se describen algunas particularidades que ocurren en la formación inicial de los grupos y en el desarrollo de estos.

Formación de grupos

Los grupos pequeños se pueden formar de manera natural o de forma intencional por características específicas (García-Ael, et al., 2017). Las razones por las que se forman de manera natural se considera que es por cuestiones ambientales, comportamentales, afectivas y cognitivas (Moreland, et al., 1994). Las cuestiones ambientales se refieren al entorno físico (la proximidad de las personas), al entorno social (parentesco, clase social, profesión, entre otras) y al entorno cultural (afinidades culturales, deportivas, políticas, entre otras). Las comportamentales, afectivas y cognitivas se refieren la satisfacción de las necesidades individuales que se consigue en estos tres ámbitos a través del grupo.

Por otra parte, para los grupos formados de manera intencional debido a algunas características específicas (dentro de los que se incluirían los grupos terapéuticos), los procesos de formación giran en torno a la atracción hacia los miembros del grupo (atracción interpersonal), las actividades del grupo, los objetivos de este y la pertenencia al grupo, es decir, lo gratificante que puede resultar para el individuo pertenecer a determinado grupo (Sánchez, 2002).

En cuanto a la formación de grupos con fines terapéuticos se pueden tomar en cuenta algunos criterios de inclusión y exclusión que varían dependiendo de los objetivos del grupo. Bernard et al. (2008) señala como criterios de inclusión a personas que

manifiestan dificultades interpersonales, quienes manifiestan alguna patología egosintónica, quienes están orientados a la acción y que se encuentren especialmente motivados al trabajo en grupos. En cuanto a criterios de exclusión, el propio autor los relativiza, es decir, señala que dependen de la finalidad del grupo. Al respecto, pone a discusión que en ocasiones se llega a considerar que las personas con trastornos de ira o con personalidad antisocial se llegan a excluir, sin embargo, si se consigue homogeneizar otras características como la edad, ocupación, entre otras, es posible conformar grupos terapéuticos con tales poblaciones.

Hasta aquí lo referente a los procesos implicados en la formación de grupos que implica el momento inicial de un grupo, cuando se conforma y comienza la actividad grupal hacia la que se destina. Si bien, los procesos descritos no tienen un límite definido entre cada uno resulta útil separarlos para facilitar la comprensión de estos.

Desarrollo grupal

Los procesos de desarrollo grupal se refieren a los eventos ocurridos una vez que se forma el grupo hasta su disolución. Al respecto, existen diferentes clasificaciones de los modelos explicativos del desarrollo grupal, entre los cuales se retoma la elaborada por Morgan, et al. (1993) quienes señalan la existencia de explicaciones del desarrollo grupal en modelos lineales y modelos no lineales.

Los modelos lineales o progresivos señalan que los grupos se desarrollan siguiendo un orden definido y progresivo a través de una serie de fases. En cambio, los modelos no lineales o no secuenciales señalan la ausencia de cualquier tipo de secuencia de eventos en la evolución del grupo (García-Ael, et al., 2017). Para el presente estudio se destaca un modelo explicativo de cada tipo y al final se busca una integración de ambos.

En primer lugar, dentro del modelo lineal existen diferentes propuestas, destaca la realizada por Tuckman y Jensen (1977) quienes realizan una revisión de trabajos de distintos tipos de grupo y se enfoca en las diferencias entre las relaciones interpersonales (estructura de grupo) y la actividad de la tarea. De acuerdo al modelo de Tuckman se identifica una secuencia de desarrollo en las siguientes cinco etapas.

1. De formación u orientación: se ponen a prueba los límites de las conductas interpersonales y de la tarea del grupo, además de que aparecen manifestaciones de dependencia.
2. De tormenta: conflicto y división intragrupal respecto a los problemas interpersonales que se reflejan en el ámbito de la tarea como resistencia a sus demandas.
3. Normativa: se supera la fase anterior y aparecen normas y roles claramente definidos, aumenta la cohesión y se pueden expresar opiniones personales en el ámbito de la tarea.
4. De ejecución: se da una relación funcional de los roles y emergencia de soluciones.
5. Clausura: el grupo alcanza sus objetivos tanto de rendimiento en la tarea como en las relaciones interpersonales. Se puede mantener funcionando eficazmente por tiempo indefinido o disolverse con éxito una vez alcanzadas las metas.

Por otro lado, en cuanto los modelos no lineales destaca el TIP (por sus siglas en inglés, Tiempo, Interacción y Rendimiento) de McGrath (1991) quien señala que los grupos son multifuncionales. De acuerdo a este modelo, los grupos interactúan con los sistemas a tres niveles. El primero se refiere a los sistemas en los que el grupo está incluido (como puede ser el entorno, otros grupos, entre otros), el segundo de estos niveles se refiere a la interacción de los miembros del grupo y el tercero a el grupo como entidad única.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

A la par, se señalan tres funciones relacionadas a la interacción que pueden ser consideradas la parte medular del modelo TIP (de ahí el concepto de grupos como entidades multifuncionales). La primera es la función de producción del grupo (relacionada con las metas del mismo), la función de bienestar (menor coste y mayor beneficio para los integrantes del grupo) y la función de apoyo a los miembros. A su vez estas funciones representan necesidades que son satisfechas con actividades que se pueden categorizar en cuatro distintas: la elección de objetivos, solución de problemas, resolución de conflictos y ejecución. De acuerdo al modelo TIP, la forma como se desarrolla el grupo es contingente con la presencia o ausencia de factores que interfieren o apoyan la habilidad del grupo para mantener cada una de las tres funciones (Sánchez, 2002).

Por último, existen modelos integradores que explican el desarrollo grupal a partir de considerar determinadas fases que pueden o no ocurrir de forma lineal. Al respecto, se destaca el modelo de Worchel (Worchel, 1996; citado en Sánchez, 2002), que señalan las siguientes seis fases, dos previas al establecimiento del grupo (de la uno a la dos) y cuatro fases de desarrollo (de la tres a la seis).

1. Descontento: los miembros pueden mostrar un grado de insatisfacción alto hacia un grupo de pertenencia previo.
2. Suceso desencadenante: implica una señal que promueve el cambio hacia la conformación de un nuevo grupo con la expectativa de satisfacer sus necesidades mutuas.
3. Identificación: se caracteriza por la necesidad inicial de establecer una identidad grupal y personal por los miembros del grupo. Hay fuertes presiones hacia la conformidad y

legitimar los valores propios. Se pueden pedir manifestaciones de lealtad y las relaciones con personas o grupos externos (exogrupo) pueden ser tensas.

4. Productividad del grupo: se puede cooperar con exogrupos si resulta necesario, surgen los primeros conflictos intragrupales debido a diferentes capacidades o ideas sobre cómo llevar a cabo las actividades grupales.
5. Individuación: los miembros evalúan las contribuciones y recompensas que obtienen de la pertenencia grupal. Las interacciones dentro del grupo son más selectivas y a la vez más íntimas. Pueden aparecer subgrupos y se detectan luchas de poder. Los exogrupos se analizan como posibles candidatos para formar parte de ellos.
6. Declive: el desplazamiento hacia la identidad personal puede ser visto como una amenaza potencial a la identidad grupal. Se hacen manifiestas las diferencias entre subgrupos y comienzan las luchas entre sí, lo que disminuye la confianza en el grupo. Algunos miembros marginales tienden a abandonar.

Como ya se mencionó, el desarrollo grupal corresponde a determinados procesos de interacción que ocurren entre los miembros de un grupo, en los cuales se pueden distinguir algunas características determinadas en diferentes etapas que atraviesa el grupo desde su formación hasta su disolución.

Socialización

El proceso de socialización se refiere a los cambios que ocurren en las relaciones entre los miembros y el grupo. Al respecto se señalan tres procesos psicológicos que subyacen en la socialización de grupo: evaluación, compromiso y transición de rol (Moreland, et al., 1994). La evaluación se refiere a los motivos por los que el individuo entra a formar parte de un grupo, se evalúan los costes y beneficios que conlleva dirigirse a los objetivos del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

grupo. El compromiso se refiere a los sentimientos de vinculación del individuo con el grupo, una evaluación positiva genera altos niveles de compromiso. Y la transición de roles se refiere al carácter dinámico del sistema grupal, en la medida que se formalizan los roles en el grupo las relaciones dentro del mismo se vuelven más rígidas (Sánchez, 2002).

De acuerdo con lo anterior, los procesos de evaluación son constantes dentro del grupo, lo que conlleva cambios también en el nivel de compromiso. De acuerdo con Levine, et al. (1998) se identifican 5 fases en la socialización grupal.

1. Investigación: se identifica como el proceso de reclutamiento que puede realizar el grupo evaluando a las personas que compondrán el mismo. También se refiere a las acciones del sujeto realizadas para encontrar un grupo que satisfaga sus necesidades personales.
2. Socialización: se da el proceso de asimilación por parte del grupo hacia el individuo. Al mismo tiempo, el individuo lleva a cabo un proceso de acomodación en el grupo de acuerdo con las normas establecidas en el mismo.
3. Mantenimiento: se realiza una negociación del rol individual, es decir, que contribuciones se hacen de forma individual que mejoran lograr los objetivos grupales.
4. Resocialización: se restablecen las contribuciones del individuo hacia el grupo, dado el carácter dinámico de las relaciones sociales dentro del grupo.
5. Remembranza: las relaciones del grupo y el individuo finalizan y pueden mantenerse los cambios conductuales en el sujeto debido a la reminiscencia de las actividades realizadas durante la permanencia en el grupo.

Si bien, en un inicio los autores señalaban que este proceso de socialización se observa con mayor claridad cuando un individuo llega a una agrupación ya establecida, es

importante señalar que también señalan la existencia de estas fases en las relaciones sociales que se realizan en grupos recién formados, como pueden ser los grupos de tratamiento para adicciones.

Cohesión

El concepto de cohesión es importante para conocer qué es lo que puede llevar a disolver al grupo o mantenerlo unido y dirigido hacia la meta grupal. Como definición, se considera que una vez que se forma el grupo y ya ha pasado un tiempo determinado de desarrollo de este existen ciertos factores de interacción que pueden ser entendidas como fuerzas de atracción interpersonal que mantienen cohesionado a un grupo (Wongpakaran, et al., 2013).

El tiempo de permanencia en un grupo es un factor importante para el desarrollo de la cohesión grupal, mientras más tiempo permanezcan juntos los miembros del grupo mayores posibilidades hay de que se incremente la atracción interpersonal debido entre otras razones al factor de proximidad física (Wendt & Gone, 2018). Sin embargo, algunos factores externos pueden dar lugar a variaciones en la cohesión, como puede ser la presencia de otros grupos o la actitud del líder del grupo. De manera general si el líder fomenta sentimientos de cordialidad y aceptación se incrementa la cohesión grupal (García-Ael, et al., 2017).

Si bien algunos autores señalan que la cohesión puede ser un término muy vago y amorfo, debido a la dificultad para medirlo (Hornsey, et al., 2007), otros autores proponen ciertas formas de medir su utilidad en escenarios terapéuticos (Wongpakaran, et al., 2013). Aún con estos posicionamientos respecto al término de cohesión, existen algunas ventajas de fomentar cohesión en un grupo, entre las cuales destaca que se observa mayor

conformidad con las normas grupales, genera mayor satisfacción con la pertenencia al grupo y puede incrementar el rendimiento de este (Sánchez, 2002).

Consideraciones para el desarrollo de sesiones en tratamientos grupales

Por último, se mencionan algunos elementos que son útiles para el manejo de las sesiones grupales, algunas pautas comportamentales que puede llevar a cabo el líder o terapeuta del tratamiento y los factores terapéuticos que están involucrados en los tratamientos grupales.

Sugerencias en el manejo del grupo

De acuerdo a lo establecido el Center for Substance Abuse Treatment (CSAT, 2009) que destaca las llamadas buenas prácticas para el manejo de sesiones terapéuticas grupales en adicciones se destacan las siguientes pautas comportamentales que se sugieren al terapeuta para mejorar tanto el apego al tratamiento por parte de los usuarios como el logro de las metas establecidas.

1. Evitar que el grupo esté centrado en el líder. Si bien el líder o terapeuta es el encargado de dirigir las actividades del tratamiento durante las sesiones, es importante que se pueda generar cierta autonomía en los participantes para lograr los cambios conductuales.
2. Evitar la confrontación. Tanto por parte del terapeuta hacia uno o varios participantes, como de algunos usuarios hacia uno de los participantes más resistentes al cambio conductual.
3. Manejo de transferencia y contratransferencia. Se refiere al manejo de las emociones que puede experimentar el terapeuta al escuchar las experiencias de los participantes y sus interacciones dentro de las sesiones, de acuerdo con la historia personal de cada

tesis tesis tesis tesis tesis

terapeuta pueden variar. Se identifican tres formas de contratransferencia, la primera son los sentimientos de familiaridad con lo expresado en sesiones, para lo cual se sugiere utilizar esta empatía de manera adecuada sin colocarse a sí mismo como modelo de conducta o brindando demasiada información personal. La segunda es el sentirse más involucrado en el cambio que el propio usuario y la tercera sentirse incompetente por no estar familiarizado con determinada cultura y léxico utilizado por los participantes, para lo cual se sugiere hacer retroalimentación de lo dicho para clarificar.

4. Resistencia en grupo. Esto surge de forma común como mecanismo de defensa del paciente ante el posible dolor que causa la auto observación. Ciertos grupos como los que son formados coercitivamente pueden generar mayor resistencia. El líder debe evitar un rol pasivo u hostil, así como evitar la necesidad de admiración y de conseguir excesiva simpatía.

Por otro lado, se sugiere también el trabajo en conjunto con un coterapeuta, en quien se puede apoyar el terapeuta para conseguir llevar a buen puerto lo antes sugerido. El rol de ambos durante la sesión implica observar las distintas interacciones que se dan entre los miembros del grupo y poder llevar a cabo la realización de las actividades de cada sesión apoyándose de dicho proceso grupal.

Factores de los mecanismos terapéuticos para el desarrollo de sesiones grupales

Por último, cabe destacar los 11 factores de los mecanismos terapéuticos que operan en psicoterapia de grupo de acuerdo con Vinogradov y Yalom (2017).

1. Infundir esperanza: entendida como el sentimiento de confianza que los miembros del grupo depositan en el mismo para poder superar la problemática que los aqueja.

2. Universalidad: se produce una sensación de alivio en las personas que reconocen que no están solas en sus problemas sino que se comparten ciertas experiencias que reconocen en sus compañeros del grupo.
3. Transmitir información: ya sea mediante la instrucción didáctica de alguien con mayor experiencia o el brindar consejos a través de testimonios propios.
4. Altruismo: se refiere a la ayuda que se brinda de manera mutua y que se potencializa dado a las relaciones sociales que se establecen en grupos terapéuticos.
5. Desarrollo de técnicas de socialización: desde cuestiones de socialización natural como la que se desarrolla al estar en contacto con otros de manera recurrente hasta el aprendizaje social que se fomenta en las actividades específicas del grupo.
6. Comportamiento imitativo: es un beneficio adicional que se obtiene de la observación del proceso de cambio de otra persona.
7. Catarsis: se refiere a experiencias emocionales y correctivas que ocurren en la interacción del grupo terapéutico.
8. Recapitulación correctiva del grupo familiar primario: debido a que muchas personas con problemas por ejemplo de consumo de sustancias tienen historias insatisfactorias con respecto a sus grupos primarios, el grupo terapéutico resulta de utilidad para la recapitulación de patrones de comportamiento que puedan ser reaprendidos o corregidos.
9. Factores existenciales: se relaciona con la autonomía fomentada en los grupos al permitir al individuo darse cuenta de su propia responsabilidad en su proceso terapéutico.

10. Cohesión de grupo: se refiere a la influencia que los participantes ejercen sobre el grupo y el resto de los miembros del mismo, lo que ayuda a formar relaciones personales significativas.

11. Aprendizaje interpersonal: se refiere al aprendizaje de patrones comportamentales que se logran aprender en la constante interacción entre los miembros del grupo, lo que fomenta el logro de las metas terapéuticas.

Tales factores son señalados por los autores en todo tipo de psicoterapia de grupo, sin embargo, no hay precisión de cómo evaluar o medir muchos de estos mecanismos, los autores los reportan aspectos que ocurren en la interacción entre los miembros del grupo y algunos elementos que es deseable que el terapeuta fomente.

Un elemento adicional que beneficia en las intervenciones grupales para usuarios de sustancias psicoactivas es que disminuye el efecto negativo del estigma social (Richter y Salmassi, 2019) que experimentan los usuarios dado que al compartir sus experiencias frente a otras personas con problemáticas similares, hay la posibilidad de que exista mayor empatía por parte de los compañeros.

Desventajas de utilizar tratamientos grupales

Algunas desventajas obvias son el hecho de que el terapeuta no dedica el mismo tiempo por persona o participante para abordar las problemáticas conductuales que presenta, sobre todo para establecer el diálogo socrático que se requiere para analizar lo visto en las sesiones y la revisión de tareas entre sesiones.

Por otra parte, también se han señalado efectos contraproducentes en la utilización de tratamientos grupales. Se ha observado un fenómeno de contagio de conductas no deseables como pueden ser conductas antisociales, a lo que se ha denominado “deviancy

training” (Dishion y Dodge, 2005). Consiste en que la presencia de pares en el grupo puede reforzar las reacciones afectivas de romper con las reglas y por ende, realizar con mayor frecuencia o intensidad la conducta no deseada que se pretendía modificar con la intervención, como puede ser el consumo de sustancias.

Este fenómeno se ha observado más comúnmente en tratamientos con adolescentes, aunque no es exclusivo de dicha población. Específicamente se manifiesta en la recurrencia de conductas antisociales y violentas, sin embargo, hay algunas consideraciones que pueden disminuir este efecto iatrogénico del tratamiento, tal como las características del terapeuta que pueda contar con experiencia y capacitación adecuada y cuidar la composición del grupo desde su formación (Kaminer, 2005).

Intervenciones cognitivo conductuales grupales en adicciones

Se han realizado estudios sobre la eficacia de tratamientos grupales desde diferentes enfoques. Entre los más utilizados son desde los TCC, al respecto, Coco et al. (2019) dieron a conocer en un metanálisis sobre tratamientos grupales para el TCS que en dicha muestra de estudios revisados el modelo cognitivo conductual (con un 58 % del total de 31 reportes), aunque también hay tratamientos desde la entrevista motivacional, dialéctico conductual, basados en mindfulness, entre otros. Se encontraron diferencias significativas con la condición de no tratamiento, aunque sin diferencias cuando se hizo la comparación con tratamientos individuales. También una gran variedad de especificaciones en los grupos, desde la presencia de patología dual (trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, entre otros) hasta las edades, lo que implica tener en cuenta la homogeneización de los integrantes del grupo. A continuación, se revisan algunos reportes de investigación sobre intervenciones grupales para el TCS.

El primero se trata de la investigación de Sánchez, et al. (2011) quienes aplicaron técnicas cognitivo conductuales de forma grupal para pacientes con consumo de drogas altamente adictivas como la cocaína. Dicha intervención consistió en 12 sesiones de 60 minutos, llevadas a cabo por un terapeuta y coterapeuta. Los resultados indicaron una favorable adherencia al tratamiento con una tasa de 84%. Así como efectividad para el mantenimiento de la abstinencia. Se logró la abstinencia durante el tratamiento y el primer mes de seguimiento, posteriormente sólo tres participantes recayeron.

Por otra parte, en la intervención de Milosevic et al. (2017), se observa la influencia del tratamiento en trastornos duales, en lo que refiere al estado de ánimo. Dicho tratamiento de 12 sesiones desde el modelo cognitivo conductual, utilizó estrategias para el manejo de ansiedad, depresión y estrés. Si bien no se consiguió una reducción significativa entre pre y post en lo relacionado al consumo excesivo de sustancias que fue medido con autorregistro (cantidad y frecuencia), si existió impacto en los indicadores de la patología dual en las tres antes mencionadas.

En relación con el consumo de alcohol, Martínez-González, et al. (2018) aplicaron un programa de intervención cognitivo conductual grupal para personas con dependencia al alcohol en 130 hombres. Los grupos conformados en esta intervención fueron de 9 personas cada uno, a quienes también se les evaluó la presencia de patología dual, encontrándose esta condición en un 42.5 % de los participantes, presentaban algún trastorno de personalidad. El tratamiento consistía en una sesión semanal sobre 11 tópicos distintos, sin embargo, los autores no señalaron un número determinado de sesiones. Es decir, el tratamiento concluía una vez que se revisaban por completo los tópicos. En total, 75.3 % de los participantes concluyeron favorablemente la intervención.

Por otro lado, se ha encontrado la utilidad del enfoque terapéutico de entrevista motivacional durante las sesiones grupales, en un estudio realizado con adolescentes con problemas por consumo de alcohol y marihuana (D'Amico, et al., 2015) se hace evidente como influye este enfoque para manejar la expectativa del consumo en los consumidores e impulsar el cambio conductual durante las sesiones.

En lo que respecta a usuarios de metanfetaminas está la investigación de Kamp et al. (2019) quienes evaluaron además del consumo, síntomas psiquiátricos y de depresión con participantes de un tratamiento de 24 semanas de duración. El consumo fue evaluado con autoreportes de los participantes, así como exámenes de orina. Se compara dos modalidades de un mismo tratamiento cognitivo conductual, un tratamiento estándar, y otro al que se añaden sesiones grupales específicas para usuarios de metanfetaminas. Se registró mejoría significativa con ambas modalidades, sin diferencias entre sí. Dentro de las actividades llevadas a cabo en las sesiones los autores reportaron la psicoeducación sobre los efectos de la sustancia a nivel neurobiológico, analizar los cambios emocionales con y sin consumo, así como estrategias de afrontamiento y reestructuración cognitiva.

De igual forma se revisó la evaluación de un enfoque de intervención grupal dirigido a mujeres con consumo de sustancias (WRG; The Women's Recovery Group), que se comparó con un grupo terapéutico de consejería en torno a las drogas (Greenfield, 2014). El WRG consistía en una intervención grupal de prevención de recaídas basado en el modelo cognitivo conductual, tenía una duración de 12 sesiones de 90 minutos cada una. En dicha investigación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos grupales. Sin embargo, se logró una reducción del consumo de 76.5 %

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con respecto a la línea base y en el seguimiento a los seis meses fue de 62.2 % para el WRG y 73.3 % para el grupo de consejería.

Por tanto, se ha encontrado evidencia empírica de la eficacia de tratamientos grupales en el manejo de adicciones bajo el modelo cognitivo conductual. Dicha información arroja ciertas áreas a mejorar como pueden ser averiguar los elementos necesarios para incrementar la adherencia al tratamiento. A sí mismo componentes específicos que han funcionado, como el uso de entrevista motivacional y el tiempo idóneo para el trabajo en grupo.

Comparaciones de tratamientos individuales frente a tratamientos grupales

La conveniencia de aplicar tratamientos grupales supondría un aumento en el beneficio de la intervención a un mayor número de personas en un tiempo similar, reduciéndose los costos (Weiss, et al., 2004). En este sentido, se han realizado algunos estudios que comparan la efectividad entre tratamientos individuales y grupales.

Se realizó una comparación de un mismo tratamiento (Guided Self-Change Treatment Model; Sobell, et al., 2009) en su modalidad individual en el cual fue diseñado originalmente y su modalidad grupal. Dicho tratamiento consta de cuatro sesiones de 60 minutos en formato individual y de 90 en el grupal. La muestra consistió en 212 personas con abuso de alcohol y 52 con problemas de consumo de sustancias.

En dicha comparación ambas modalidades fueron efectivas para controlar la conducta de consumo, sin embargo, al evaluar el costo beneficio de la aplicación grupal los investigadores midieron el tiempo de terapia que se requirió en ambas modalidades y

encontraron que el tratamiento grupal requirió de 41 % menos tiempo que la modalidad individual.

Otro aspecto que resaltar es la disminución en el desgaste diferencial entre ambas modalidades, esto es, el que los participantes del tratamiento grupal tienden a no concluir la intervención. Los autores señalan que se establecieron otras estrategias como llamar a los participantes para recordar su asistencia a cada sesión y motivarlos para que concluyeran. Sin embargo, aclaran que tales resultados no se pueden generalizar a personas con consumo más frecuente, dado que la muestra que conformaron fue de participantes con consumo moderado.

En México, Díaz-Martínez et al. (2011) compararon la eficacia de un programa de intervención para consumidores con dependencia al alcohol, entre uno fundamentado desde la entrevista motivacional frente a uno cognitivo conductual, ambos administrados tanto de forma individual y grupal. Las cuatro condiciones de tratamiento se llevaron a cabo en 8 sesiones semanales con 1 hora de duración cada una.

El estudio se realizó con 158 estudiantes universitarios. Durante el período de tratamiento hubo una reducción del consumo mayor en la modalidad grupal del tratamiento de entrevista motivacional. En los seguimientos de hasta por 6 meses se observó mayor nivel de abstinencia en las modalidades grupales de ambos tratamientos en comparación con las individuales.

En Brasil se realizó una comparación de un tratamiento cognitivo conductual grupal frente al individual para usuarios de alcohol (Marques y Formigoni, 2001). Se llevó a cabo con 155 participantes asignados aleatoriamente, 78 a la modalidad grupal y 77 a la

individual. El tratamiento consistía en 15 sesiones distribuidas en un período de 8 meses y se realizó seguimiento de hasta siete meses después de su conclusión.

En este estudio se evaluaron los días de consumo, de consumo elevado y de consumo problema, en ambos se logró una reducción y no se encontraron diferencias significativas entre las dos modalidades, ambas resultaron igualmente eficaces. Se reconoce dentro de las limitaciones el hecho de no realizar seguimientos a más de 7 meses de concluido el tratamiento. Sin embargo, se resalta el hecho de que la modalidad grupal puede representar una opción de tratamiento de igual efectividad y menor costo para los usuarios, lo cual, para países donde hay un alto índice de pobreza puede beneficiar contar con tales alternativas de tratamiento.

Por otro lado, se revisó un programa de intervención cognitivo conductual donde se comparó su modalidad grupal frente a la individual en mujeres con abuso de alcohol (Epstein, et al. 2018). Participaron 155 mujeres en el programa de 12 sesiones. En general, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas condiciones, que puedan determinar mayor efectividad de la aplicación grupal o individual para conseguir la abstinencia o reducción de consumo. En las dos formas de aplicación se logró reducir significativamente el consumo durante las primeras seis semanas de tratamiento.

Algunas diferencias que se observan en dicho estudio es que las participantes del tratamiento grupal atendieron a menos sesiones que las participantes del tratamiento individual. Los autores sugieren que la modalidad individual genera una alianza terapéutica más alta con los pacientes. Sin embargo, se destaca que el apoyo de pares que promueve la intervención grupal puede haber ayudado para que los resultados fueran similares a pesar de que se atendió a menos sesiones en dicha modalidad.

En síntesis, se observa que en general no hay diferencias muy marcadas en la eficacia de tratamientos grupales o individuales para la atención del TCS, sin embargo, en cuestión de eficiencia podría ser que resulte de menor costo y mayor beneficio utilizar tratamientos grupales porque permite la atención de un mayor número de personas en un tiempo similar al de los tratamientos individuales, teniendo las ventajas del desarrollo de otras habilidades sociales que contribuyen con la recuperación.

Por último, en las investigaciones revisadas durante este capítulo se analizan los resultados de grupos presenciales, donde se tiene la interacción cara a cara de los participantes. En la presente investigación se implementó la intervención grupal a través de medios de comunicación a distancia, debido a los riesgos que implicaba reunir un grupo de personas por la situación de contingencia sanitaria provocada por la emergencia del virus COVID-19. En este sentido, los principios de interacción grupal continúan siendo los mismos, aunque la vía de comunicación cambie, en el siguiente capítulo se abordan algunos hallazgos de tratamientos psicológicos en línea.

Capítulo 3. Tratamientos en línea

La atención psicológica que se realiza a distancia a través de medios de comunicación digitales, también llamada telepsicología, no es nueva ni surgió con la pandemia, ya que prácticamente desde que surgen dichos medios de comunicación, se han visto como una opción para establecer el contacto con los usuarios del servicio psicológico. Por tanto, ya existían antecedentes de trabajo a distancia previo a que se declarara la emergencia sanitaria a nivel internacional. Sin embargo, en la actualidad investigar acerca del trabajo psicológico en línea ha cobrado mayor importancia debido a lo necesario de dicha modalidad.

En el presente capítulo se habla de las ventajas y desventajas que pudieran existir en la impartición de tratamientos en línea, además se describen algunas investigaciones que han reportado el uso y la eficacia de tales tratamientos y por último un resumen de las recomendaciones que se proponen desde distintos organismos para la optimización de tales tratamientos.

Tratamientos en línea, ventajas y limitaciones

Para comenzar, se contextualiza la situación actual del uso de tecnología de comunicación por parte de la población mexicana de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Por un lado, se calcula que el 70.1 % de la población de seis años o más son usuarios de internet, aunque se distribuye de forma muy dispar, ya que hay mayor uso de internet en zonas urbanas (76.6 % de la población) en contraste con las zonas rurales (47.7 %). Por otro lado, de 2015 a 2019 ha habido un incremento en el uso de teléfonos inteligentes en la población, de un 65.1 % a un 88.1 % respectivamente (INEGI, 2020).

Salvo ciertos contextos, este incremento en el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) así como el mayor acceso a internet puede favorecer el uso de tales dispositivos tecnológicos para acceder a diversos servicios, como pueden ser servicios de salud.

El uso de la tecnología para difundir los servicios de salud a la comunidad que los requiera se ha denominado telemedicina (Staton-Tindall, et al., 2014). En específico, para la atención psicológica, lo que incluye la evaluación y la atención psicoterapéutica entre otras actividades, ha sido denominado como telepsicología (de la Torre Martí, & Cebrián, 2018).

De manera amplia, se ha propuesto la denominación telesalud (*telehealth*), reconociendo que son diversos servicios de salud los que se ponen a disposición de la población por medios electrónicos y quitando la primacía de una ciencia sobre las demás (Barnett, 2010). Dichos términos comparten el mismo prefijo que hace referencia a la atención a distancia a través de las diversas tecnologías de información y comunicación existentes y disponibles para los usuarios en sus respectivos contextos (de la Torre Martí & Cebrián, 2018).

En torno al la telepsicología se han generado algunas guías sobre la práctica de dicha labor profesional. Los aspectos principales que tratan se refieren a las competencias necesarias de los psicólogos en el uso de los recursos tecnológicos, las recomendaciones en torno al consentimiento informado, los requerimientos básicos para proteger la confidencialidad de los datos y pautas sobre el análisis y evaluación a través de las TIC (APA, 2013; Consejo General de Psicología de España, 2017).

El uso de las TIC se ha adaptado por diferentes medios, ya sea solamente como un medio que desplace la comunicación cara a cara por la comunicación a distancia a través de videollamadas. Aunque también se han generado programas que sustituyen toda interacción con el terapeuta y se lleva a cabo el tratamiento a través de una plataforma con mínima injerencia por parte de un psicoterapeuta (Fairburn, & Patel, 2017).

La principal ventaja que tiene el uso de recursos electrónicos que se utilizan para los tratamientos en línea tiene que ver con ser medios que agilizan la comunicación entre terapeuta y usuarios del servicio psicológico (Gajarawala & Pelkowski, 2020). Por ejemplo, permite a personas que viven en zonas rurales alejados de centros de salud que se encuentran en zonas urbanas, acceder a atención psicológica, reduciendo los costos del desplazamiento.

Por otra parte, se ha encontrado que el uso de TIC para la telepsicoterapia favorece cierto tipo de tratamientos que cuentan con mayor estructura, con objetivos delimitados y menor dependencia hacia el terapeuta, entre los que se encuentran los del modelo cognitivo conductual, mostrando eficacia en el manejo de diferentes trastornos (Chakrabarti, 2015).

En cuanto a las evaluaciones psicológicas también se tiene la ventaja de permitir aplicar los instrumentos a una mayor cantidad de personas y obtener los resultados de forma casi inmediata (Anthony, 2003; Roussos, et al., 2018), por lo que se reduce el tiempo de calificación y retroalimentación de los datos, así como el llenado de las mismas bases de datos.

Sin embargo, pese a que se consiguen los beneficios recién mencionados con la utilización de TIC para los tratamientos psicológicos entre otros, también es cierto que puede tener ciertas desventajas. En cuanto a las limitaciones de los tratamientos en línea se

refieren principalmente al acceso a los recursos electrónicos y obstáculos en la comunicación.

En primer lugar, una limitación es el acceso a internet. Si bien una ventaja es que se puede acceder a zonas donde hay pocos o ningún centro de salud, habrá algunos lugares aún que no cuenten con internet o personas que debido a los costos del servicio de internet tengan limitaciones en cuanto a la velocidad óptima de dicho servicio para realizar por ejemplo una videollamada (Anthony, 2003). Como ya se mencionó, en México el acceso a internet en zonas rurales tiende a ser más restringido (INEGI, 2020), por lo que implica una barrera de acceso a servicios de salud a distancia.

Por otra parte, los tratamientos mediados con tecnologías de comunicación a distancia limitan los mensajes no verbales que son parte importante para el terapeuta en su interacción con los usuarios (Shingleton & Palfai, 2016). Si este aspecto ya es relevante en los tratamientos individuales, en el caso de los tratamientos grupales quizá lo es más, ya que el lenguaje no verbal es un indicador de cómo se está dando la interacción entre los miembros del grupo (Colón & Friedman, 2003; Cooper, et al., 2019). Si bien se puede considerar que las principales limitaciones pueden ser de tipo metodológico (Chakrabarti, 2015), en torno al uso adecuado de las TIC, esto puede afectar directamente el establecimiento de una relación terapéutica que favorezca el logro de objetivos.

Debido a que aún no se ha dispersado de forma tan uniforme el uso de internet en población mexicana, hay ciertas limitaciones en el uso de recursos tecnológicos para implementar servicios de atención psicológica. Sin embargo, el uso de las TIC se vuelve una alternativa ante situaciones como la actual pandemia, por lo que reconociendo ventajas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

y barreras que tiene esta nueva modalidad se puede mejorar la difusión de los servicios de salud mental pese a las limitaciones tecnológicas.

Reportes de eficacia

A continuación, se señalan algunos reportes de eficacia de intervenciones telepsicológicas para consumo de sustancias. Se incluyeron investigaciones de distintos países, sobre intervenciones con sustancias psicoactivas, así como la descripción de los procedimientos de intervención en línea que se desarrolla en cada investigación.

En México, uno de los tratamientos que recientemente se ha estado utilizando en línea es el Programa de Ayuda para Abuso de Drogas y Depresión (PAADD) diseñado para tratar personas con sintomatología depresiva que deseen reducir consumo de drogas (Tiburcio, et al., 2016). Se trata de una intervención cognitivo conductual en línea a través de un programa que es mediado con la participación de un consejero o asesor para brindar retroalimentación de los avances registrados en el sistema.

En una evaluación del PAADD se compara dicha intervención en línea con otras dos modalidades de tratamiento, la intervención auto guiada sugerida en el material del ASSIST y con una intervención tradicional cognitivo conductual. Se encontró que en las tres condiciones experimentales no hubo diferencias significativas en los resultados y fueron efectivas para la reducción del consumo de sustancias y la sintomatología depresiva de los participantes (Tiburcio, et al., 2018).

Por otro lado, también resultan innovadoras las alternativas de tratamiento a través de aplicaciones. Como en el caso de un programa para descargar en teléfono móvil desarrollada en España para tratar la dependencia al tabaco denominada Doctor Fum (Seoane & Álvarez, 2012). Esta aplicación de celular se desarrollo en formato de

videojuego, lo que lo vuelve atractivo para los usuarios, a quienes se les motiva a través de una reducción gradual asistida.

También se han desarrollado intervenciones a través de aplicaciones de teléfono móvil para sustancias como el cannabis. En los resultados de una intervención para usuarios a través de una aplicación de teléfono móvil se encontró que había una reducción del consumo en poblaciones con características muy diferenciadas, por ejemplo, un mayor número de mujeres y de jóvenes usaron la aplicación (Vederhus et al., 2020). Sin embargo, la limitación que se encuentra es la dificultad de detectar alguna comorbilidad que pueda estar presente además del consumo, por lo que los autores sugieren el uso de la aplicación para personas cuyo problema de consumo aún no es tan severo.

Por otra parte, se ha encontrado que los tratamientos a distancia pueden beneficiar para reducir la deserción por parte de los usuarios. En una investigación se comparó una intervención de larga duración para personas con consumo de alcohol en modalidad de videollamada frente a la modalidad tradicional cara a cara (Tarp et al., 2017). Se encontraron diferencias significativas en la deserción desde los primeros 180 días de intervención, reduciendo la deserción de los usuarios del tratamiento a distancia, solo un 6 % había abandonado la intervención frente a un 31 % en la modalidad tradicional.

La utilización de recursos electrónicos en intervenciones psicológicas puede tener diferentes vías, desde programas, aplicaciones con el contenido de las sesiones hasta la mediación de la comunicación, como puede ser a través de las videollamadas. Es importante, evaluar la eficacia de las intervenciones psicológicas en línea, aunque también lo es identificar como conclusión de tales resultados, que pautas o sugerencias se concluyen de tales pruebas para su utilización después de realizada la investigación.

Recomendaciones en el uso de tratamientos en línea

Dado que se han estado utilizando diferentes TIC para la implementación de intervenciones psicológicas, ya existen varias pautas a seguir elaboradas por distintos organismos para mejorar la práctica de los profesionales de la salud. Principalmente se dirigen al manejo de los recursos electrónicos y a ciertos cambios en las actividades desarrolladas durante la intervención en línea.

Las recomendaciones básicas se dirigen al uso de elementos tecnológicos para optimizar la comunicación, en las videollamadas por ejemplo para cuidar que la imagen y el audio sean claros y no se vuelvan un obstáculo en la interacción (de la Torre Martí & Cebrián, 2018). Dichas sugerencias se diferencian en la comunicación sincrónica y la asincrónica que se establece con los participantes (Shore, et al., 2018).

En intervenciones grupales en línea se considera que la interacción entre los miembros del grupo sigue las mismas pautas que explica la teoría en tratamientos cara a cara, en cuanto a la cohesión y las etapas de desarrollo del grupo (Colón & Friedman, 2003). Sin embargo, el rol del terapeuta es más activo en las sesiones de principio a fin, es necesario el establecimiento de normas claras en cuanto al uso de las herramientas tecnológicas con las que se establece la comunicación.

Debido a que hay ciertas limitaciones en la comunicación no verbal o los gestos que resultan útiles para el terapeuta al distinguir los cambios en el clima o cohesión grupal (Paskewitz & Beck, 2018), se hacen sugerencias en cuanto al uso de la cámara que permita la visualización de todo el rostro completo de la persona y los hombros. A este respecto López-Santín y Álvaro, (2018), señalan un cambio a nivel epistemológico en como el terapeuta se aproxima a conocer la problemática del usuario.

Además de lo mencionado, la utilización de herramientas tecnológicas en la atención psicológica conlleva otras implicaciones éticas adicionales, en las que están las medidas necesarias por parte del especialista para mantener la confidencialidad de las sesiones aún con el uso de las TIC, la capacitación también en el manejo adecuado de los recursos tecnológicos y prevenir alguna contingencia que pueda ocurrir al encontrarse distante del participante (Liem, et al., 2020).

Por otra parte, se señala que sugiere tener en cuenta la equidad en la disseminación de tratamientos telepsicológicos, al incurrir en cierta medida a discriminar a cierta parte de la población que por cuestiones de edad, escolaridad, ocupación u otras características tendrán mayor dificultad en utilizar las TIC para acceder a un servicio de salud (López-Santín & Álvaro, 2018).

En resumen, además de las recomendaciones que tienen que ver con el uso de los diferentes recursos electrónicos por los cuales se imparte el tratamiento, hay ciertas pautas que pueden optimizar la comunicación con los usuarios y la vía para implementarlas es a través de la sensibilización de su importancia. Sin embargo, el reto reside en las nuevas consideraciones éticas ya que van de la mano con los desarrollos tecnológicos y el avance que brinden en cuanto a la protección de datos en la red.

Capítulo 4. Planteamiento del problema

La tendencia reciente en el consumo de drogas ilegales ha sido el incremento a nivel mundial según lo señala la UNODC (2014), y de igual forma a nivel nacional, según los datos revisados de la ENCODAT (2016). Ante tales cifras, se evidencia la necesidad del desarrollo y evaluación de programas de intervención que prueben ser eficaces mediante evidencia empírica. En este sentido, las intervenciones psicológicas que más efectividad han mostrado para el manejo de conductas adictivas son las intervenciones basadas en el enfoque cognitivo conductual (Das, et al., 2016; McHugh, et al., 2010).

Por otra parte, se considera que la aplicación de intervenciones en forma grupal puede tener algunas ventajas con respecto a las individuales, tales como promover el apoyo social, reducción de la estigmatización y la culpabilidad que experimentan los usuarios de las drogas, así como el fortalecimiento de habilidades sociales, entre otras (García-Ael, et al., 2017).

Si bien existen algunas opciones de intervención grupal en México, muchas de ellas no han sido evaluadas para determinar su efectividad, como es el caso de los grupos de apoyo mutuo (como Alcohólicos Anónimos, AA) para consumidores de sustancias. En este sentido los métodos de evaluación empírica de las intervenciones cognitivo conductuales permiten la evaluación de propuestas grupales (Sobell y Sobell, 2011).

Resulta importante generar tratamientos grupales basados en evidencias que permitan la atención adecuada de usuarios de otras drogas distintas al alcohol, debido a que permitiría un adecuado costo-beneficio al acercar el tratamiento psicológico a un mayor número de personas en un tiempo relativamente similar a las intervenciones individuales. Se han realizado estudios para evaluar tratamientos en modalidad grupal frente a la

individual (Díaz-Martínez et al., 2011; Epstein, et al. 2018), donde se encuentran resultados similares en ambas modalidades de intervención, con la ventaja de un mayor costo beneficio en los tratamientos grupales. Sin embargo, es importante contextualizar dichos estudios para poder determinar las diferencias en la implementación de tratamientos grupales en población mexicana.

Por otra parte, el uso de tratamientos grupales en línea ha tenido un trabajo de sistematización sobre la manera de implementarlos mediado con tecnologías de comunicación e información (Colón & Friedman, 2003). Sin embargo, dada la actual situación de contingencia sanitaria la difusión de tales alternativas de atención psicológica se vuelve prioritaria para que la población que requiera la atención de salud mental tenga acceso (López-Santín, & Álvaro, 2018).

Además, cabe señalar que se pueden reducir las listas de espera que en ocasiones suelen ser grandes en las instituciones del país, para lograr atender a la población que requiere el servicio psicológico. En la presente investigación se propone evaluar un tratamiento cognitivo conductual grupal en modalidad a distancia para determinar si es eficaz para lograr la abstinencia en usuarios de drogas.

Objetivo general

Evaluar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual grupal para jóvenes usuarios de drogas llevado a cabo a distancia.

Objetivos particulares

- a) Evaluar patrón de consumo entre el pre y post intervención y los seguimientos al mes, tres y seis meses después de concluido el tratamiento.
- b) Evaluar cambios en las variables de control, presencia de síntomas, situaciones de riesgo de consumo, confianza situacional para no consumir, ansiedad y depresión.
- c) Identificar barreras y ventajas del tratamiento.

Hipótesis

Habrà una reducci3n clínicamente significativa en el patr3n de consumo de sustancias de los participantes del tratamiento en línea.

Capítulo 5. Método

La presente investigación se realiza en dos etapas complementarias. En la primera, consistió en la elaboración de una guía de aplicación grupal de un tratamiento individual para usuarios de drogas. Debido a la contingencia sanitaria derivada de la emergencia del covid-19 se adaptó una versión más breve del tratamiento grupal a una guía de tratamiento en línea. En esta misma etapa, se realiza la difusión del tratamiento y en dos de las tres convocatorias realizadas, se midió el impacto que tuvo en una red social digital.

En la segunda etapa, se aplicó el tratamiento grupal en línea, se evaluó a través de medir los cambios en el patrón de consumo y demás variables en pre y post tratamiento. Al término de esta etapa se identifican las ventajas y barreras de aplicación del tratamiento en línea. A continuación, se describe cada una de estas dos etapas, los instrumentos utilizados y los participantes.

Primera etapa: Elaboración de guía grupal y adaptación a modalidad en línea

En esta primera etapa se describe el trabajo de preparación del material que se utiliza en el tratamiento, su evaluación por jueces expertos, modificaciones y posterior difusión. Los participantes que se describen se refieren únicamente al procedimiento de revisión de jueces. La descripción de instrumentos incluye también lo utilizado para medir el impacto de la difusión.

Participantes

Se contó con la participación de cuatro jueces expertos (J) de diferentes centros de trabajo que tenían experiencia en el uso de tratamiento cognitivo conductuales para usuarios de drogas (ver tabla 1). La retroalimentación se realizó a través de un formato vía correo

electrónico con las participantes. Las cuatro jueces que participaron fueron psicólogas y tenían las siguientes características.

La J1 tenía cinco años de experiencia clínica en adicciones y se encontraba realizando una investigación de maestría relacionada con tratamientos grupales en adicciones. La J2 tenía doce años de experiencia como terapeuta en una Unidad de Especialidades Médicas en Centro de Atención Primaria en Adicciones (UNEME CAPA) además de contar con la especialidad en el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC; Barragán, et al., 2012). La J3 cuenta con maestría en psicología y contaba con seis años de experiencia clínica en adicciones. Por último, la J4 contaba con tres años de experiencia clínica en adicciones y se encontraba realizando la maestría en psicología de las adicciones.

Tabla. 1
Participantes en la revisión de jueces expertos de la guía grupal. J = juez experto.

Participante	Sexo	Adscripción	Área de especialidad
J1	Femenino	Universidad Autónoma de Aguascalientes	Docente y estudiante de maestría
J2	Femenino	UNEME CAPA Morelia	Clínica
J3	Femenino	Consultorio particular	Clínica
J4	Femenino	Universidad Autónoma de México	Clínica y estudiante de maestría

Instrumentos

Cuestionario de evaluación del material. Se elaboró un cuestionario de 17 preguntas con escala Likert de 5 opciones de respuesta sobre lo inadecuado o adecuado de diversos aspectos o componentes tanto de la guía de aplicación como de los manuales, de terapeuta y usuario, además de los reactivos con opción de respuesta se propuso un espacio para que escribieran alguna recomendación adicional de cada uno de los tres materiales. La

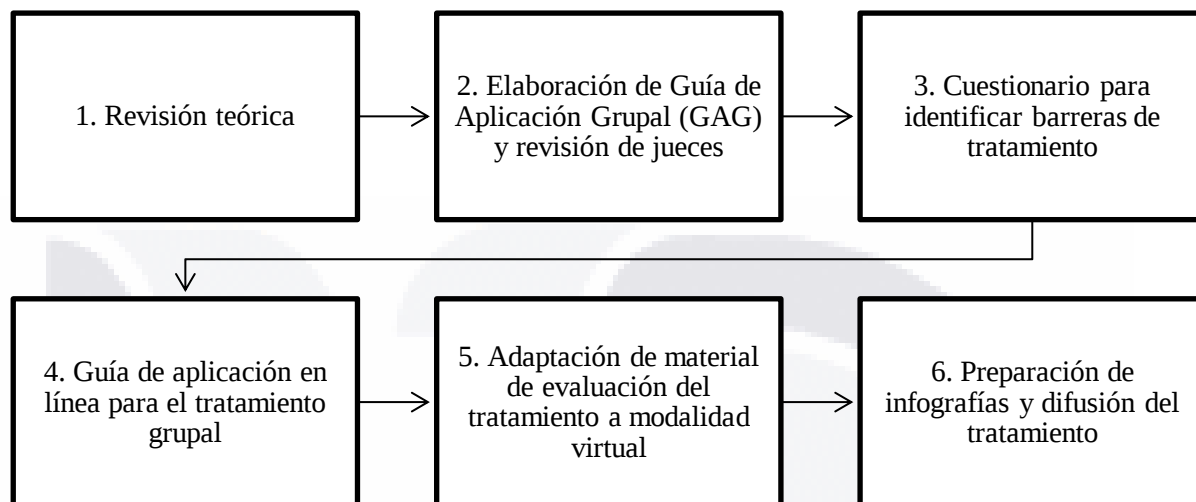
distribución de los reactivos fue de la siguiente forma: ocho en la guía de aplicación grupal, cinco para el manual del terapeuta y cinco para el manual de usuario.

Procedimiento

El procedimiento de esta primera etapa se describe a continuación (ver figura 1). En primer lugar, se realizó una revisión teórica acerca de las recomendaciones de diversas fuentes (Bernard, et al., 2008; Center for Substance Abuse Treatment, 2009; Sobell y Sobell, 2011; Vinogradov y Yalom, 2017) sobre el manejo de grupos terapéuticos desde diversos enfoques psicológicos y en específico desde el modelo cognitivo conductual para el tratamiento de personas con consumo de sustancias. A partir de dicha revisión, se realizó la Guía para la Aplicación Grupal (GAG) del tratamiento para usuarios de drogas que fue sometida a revisión de jueces expertos (ver apéndice 1). Una vez que se obtiene respuesta de todos los jueces, se obtuvieron resultados de la evaluación a través del porcentaje de acuerdo de cada uno de los reactivos, a partir de ahí se hacen las modificaciones pertinentes al material.

Figura 1.

Diagrama de flujo del procedimiento seguido en la primera etapa



Elaboración de la GAG, cuestionario para barreras de tratamiento y guía del tratamiento en línea.

En la GAG se establecen actividades específicas para la aplicación de los diferentes tópicos que se revisan en el tratamiento. Los cambios para implementar tienen relación con el manejo del grupo, generar cohesión entre los participantes del tratamiento y la forma de llevar a cabo las actividades que se realizan en colaboración con los mismos miembros del grupo. Además de considerar las diferentes etapas por las que puede transitar el grupo terapéutico desde su conformación hasta el término del tratamiento y las pautas comportamentales que se sugiere que el terapeuta tome en cuenta.

En esta primera etapa también se elaboró el cuestionario para identificar las barreras del tratamiento que fue revisado por los tres miembros comité y un revisor externo con experiencia en la identificación de barreras en un tratamiento en modalidad grupal, sin

embargo, no se elaboró un formato de evaluación para dicho cuestionario, las observaciones se hicieron de forma directa al material. También se ajustó para ser aplicado en google forms.

Tabla 2.

Sesiones del tratamiento grupal en línea y descripción de objetivos

Sesión	Tópico	Objetivo
1	Entrevista y evaluación	Recabar datos generales de cada participante y realizar la evaluación de las variables a medir
2	Balance decisional	Resolver la posible ambivalencia ante el cambio hacia la abstinencia y establecer metas de tratamiento
3	Identificación de situaciones de riesgo	Explicar y realizar el análisis funcional de la conducta de consumo, para identificar posibles precipitadores de consumo y situaciones de riesgo
4	Pensamientos y deseo de droga	Identificar la influencia de eventos privados como el pensamiento y el deseo en las situaciones de riesgo de consumo y conocer algunas estrategias de evitación o enfrentamiento ante tales situaciones
5	Habilidades asertivas de rechazo	Identificar situaciones de presión social que pueden precipitar un consumo y aprender respuestas asertivas para rechazar ofrecimientos de droga
6	Solución de problemas	Aprender cinco pasos de la estrategia de solución de problemas para distintas situaciones de riesgo de consumo
7	Metas a largo plazo y planes de acción	Establecer metas a largo plazo en lo personal, escolar/laboral, familiar y social que promuevan el mantenimiento de la abstinencia

Por otra parte, se hizo una propuesta de un tratamiento en línea que consiste en seis tópicos (ver tabla 2) basado en el Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (Oropeza y Fukushima, 2011; [TBUD]) en modalidad Grupal (TBUD-G), de las cuales se adaptó el material para su uso en videollamada, la utilización de los instrumentos de evaluación en línea y un material en formato de infografías que a través de google classroom se entregó a los usuarios como guía de las actividades revisadas en cada una de las sesiones.

El tratamiento en línea sigue una estructura similar al TBUD-G, sin embargo, se trata de una versión más breve (ver apéndice 3), se reduce el número de sesiones basado en las recomendaciones revisadas sobre los tratamientos en línea que sugieren no extender los tratamientos en línea. También se añaden actividades en una sesión sobre el análisis funcional de la conducta de consumo. Además del tratamiento, se elabora una guía de su aplicación línea, en la que se hacen recomendaciones del uso de los recursos electrónicos.

Difusión y evaluación del impacto.

Por último, para la difusión se elaboraron infografías con detalles sobre el tratamiento y a la población a la que iba dirigido (ver apéndice 2). Se realizaron tres convocatorias para la implementación del tratamiento en línea. Los medios de difusión fueron principalmente redes sociales, en específico Facebook y mensajería instantánea de WhatsApp, esta última a través de contactos en instituciones educativas y en lugares donde se tiene contacto de atención primaria de personas con consumo de sustancias. Se compartió la infografía junto con el enlace al formulario de ASSIST para responder y a través de ahí contactar a los interesados en participar.

Se creó una página especial en Facebook, con características de página de comunidad, en esta plataforma existen indicadores para medir el alcance de la página completa así como de cada una de las publicaciones. De este apartado se extrajeron las métricas de la publicación principal para difundir la información del tratamiento.

La primera campaña de difusión fue dirigida a población universitaria, en tres universidades, dos de Morelia y una de Lázaro Cárdenas, a través del área de psicología de la institución. La información se difundió durante dos meses con el apoyo de cada institución a través de sus redes sociales Facebook y WhatsApp.

La segunda campaña de difusión se dirigió a jóvenes de entre 18 a 30 años con problemas por consumo de sustancias en general. Se realizó durante un mes a través de Facebook y WhatsApp. En el caso de la red social Facebook se abrió una página para difundir el TBUD-G, en la cual se compartían las infografías sobre el propio tratamiento.

Por último, se realizó una tercera campaña de difusión se dirigió también a jóvenes en general de entre 18 a 30 años. Una diferencia con respecto a la campaña anterior fue que en esta convocatoria se añadió la publicación pagada a través de Facebook durante un mes desde la página creada para el tratamiento. De las últimas dos convocatorias se obtuvieron las métricas que brinda la plataforma de Facebook para evaluar el impacto que tuvieron las publicaciones de la información del tratamiento.

Segunda etapa: Evaluación de la eficacia del tratamiento grupal en línea

En la segunda etapa, se realizó el tamizaje para identificar a la población y enseguida la evaluación del tratamiento grupal en línea aplicado con consumidores de sustancias. Se trata de un diseño cuasiexperimental con la medición pre, post y tres seguimientos en dos grupos, en dos momentos distintos (ver tabla 3).

Tabla 3.

Diseño de la conformación de los grupos

Modalidad	Pre	Tx	Post	Seguimientos		
				1 mes	3 meses	6 meses
Tratamiento grupal en línea	0 ₁	x	0 ₂	0 ₃	0 ₄	0 ₅

Participantes

Tres jóvenes con consumo de sustancias que contestaron el tamizaje en línea y decidieron participar en el tratamiento. Tienen una media de edad de 26.3 años (DE = 4.62), todos del sexo masculino, un estudiante y dos profesionistas.

Criterios de inclusión:

- a) Estar dentro del rango de edad establecido (18-30 años)
- b) Reportar consumo de sustancias
- c) Saber leer y escribir

Criterios de exclusión:

- a) Consumo de derivados del opio, dado ciertas necesidades médicas que implica la atención de personas con consumo.

Criterios de eliminación:

- a) No asistir a más de dos sesiones del tratamiento, se establece comunicación con el usuario que decida dejar de asistir para conocer sus razones.

Escenario

Tanto las evaluaciones como el tratamiento se realizaron a través de medios de comunicación digitales, tales como google meet para la realización de las sesiones a través de videollamada, google classroom para compartir los materiales de cada sesión con los grupos experimentales y Whatsapp para mensajería instantánea.

Instrumentos

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST; WHO, 2002; adaptado por Tiburcio, et al., 2016) con la finalidad de detectar personas que pudieran requerir una intervención para consumo de sustancias, como parte del muestreo previo al tratamiento. Consiste en siete preguntas sobre el consumo de sustancias, la primera para identificar cuales se han consumido alguna vez con nueve opciones de respuesta donde se marca más de una. De la pregunta dos a la cinco sobre preguntas relacionadas al consumo en los últimos tres meses con escala Likert de cinco opciones de respuesta, las preguntas seis y siete con escala Likert de tres opciones de respuesta. Cuenta con una confiabilidad de $\alpha = 0.83$ aplicado en estudiantes universitarios.

Entrevista inicial. Se realizó un formato breve de 21 preguntas para recabar la ficha de identificación, obtener una breve historia del desarrollo e historial de consumo y datos sobre percepción del daño que tiene el usuario por su consumo. La entrevista se realizó a través de videollamada por google meet.

Línea Base Retrospectiva (LIBARE; Sobell, et al., 2001), es un registro retrospectivo para obtener el patrón de consumo del usuario durante los últimos meses previos al tratamiento. Los autores señalan una confiabilidad de test-retest de .91. En la presente intervención se obtuvo la línea base de los tres meses previos al inicio del tratamiento.

Autorregistro. Es un formato de elaboración propia que permite monitorear la conducta y el contexto del consumo si ocurre durante el tiempo que dura el tratamiento. Se adaptó a un formulario de google. Consistió en un cuestionario diario donde se elegía el día que se estaba llenando el formulario, la dosis con opciones de respuesta de 0 a al consumo

máximo reportado en las semanas de la línea base, así como una pregunta de respuesta abierta para señalar pensamientos y emociones asociados al consumo.

Cuestionario Diagnóstico de Consumo de Síntomas (CDCS). Tiene como objetivo conocer si el participante tiene o no dependencia a la sustancia. Cuenta con 14 reactivos con opciones de respuesta dicotómicos (si - no). Está basado en los síntomas de dependencia por lo que cuenta con relevancia clínica aun cuando no se han medido las propiedades psicométricas del cuestionario. De acuerdo con el DSM V (APA, 2014) se considera la gravedad del trastorno por consumo de sustancias de la siguiente forma: un trastorno leve si se presentan 2 o 3 síntomas, moderado de entre 4 y 5 síntomas y grave a partir de 6 síntomas.

Cuestionario del Abuso de Drogas (CAD; De las Fuentes, Villalpando, Oropeza, Vázquez, y Ayala, 2001), el objetivo de la prueba es conocer el nivel de abuso a la sustancia por parte del participante. Consta de 20 reactivos con respuestas dicotómicas (si - no) que arrojan cuatro niveles de abuso (puntaje de 0-5 = leve, 6-10 moderado, 11-15 = fuerte y 16-20 = severo). Su confiabilidad es de $\alpha = .86$.

Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas (ISCD; Barragán, et al., 2007), con la finalidad de conocer cuáles son las principales situaciones de riesgo en las que la persona tiende a consumir con mayor frecuencia, consta de 60 reactivos con escala Likert. Se compone de ocho dimensiones relacionadas a situaciones de riesgo (emociones placenteras, prueba de control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, emociones desagradables, tiempo placentero con otros, conflicto con otros y presión social de consumo). Tiene una confiabilidad test-retest de .98.

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS; Annis y Martin, 1985; adaptado por De León y Pérez, 2001), tiene el objetivo de conocer la confianza que tiene el usuario de rehusarse a consumir en ocho situaciones de riesgo (emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, probando autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros). Consiste en ocho reactivos en los cuales las opciones de respuesta es una escala de 0 a 100 por ciento de acuerdo con la confianza para consumir del participante en cada situación. Cuenta con una consistencia interna de $\alpha = .97$.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988; adaptado por Sanz, García-Vera y Fortún, 2012) para identificar presencia de los síntomas más comunes de ansiedad. Cuenta con 21 reactivos en escala Likert de cuatro opciones de respuesta, para evaluar la presencia o ausencia de los síntomas de ansiedad en la semana anterior a su aplicación. Se reportan 4 niveles distintos de ansiedad (puntaje de 0-5 = mínimo, 6-15 = leve, 16-30 = moderado y 31-63 = severo). La adaptación cuenta con una confiabilidad de $\alpha = 0.90$ para evaluar los niveles de ansiedad .

Inventario de Depresión de Beck (BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; adaptado por Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortún, Vázquez, 2005), su finalidad es medir la severidad de los síntomas de depresión. Está compuesto de 21 oraciones cada una con 4 opciones enfocadas en los síntomas de depresión identificándolos desde una semana previa a la aplicación. Se asignan 4 niveles de depresión de acuerdo a la puntuación final (puntaje de 0-9 = mínimo, 10-16 = leve, 17-29 = moderado y 30-63 = severo). Esta adaptación alcanzó un nivel de confiabilidad de $\alpha = 0.89$ en la evaluación de los síntomas de depresión.

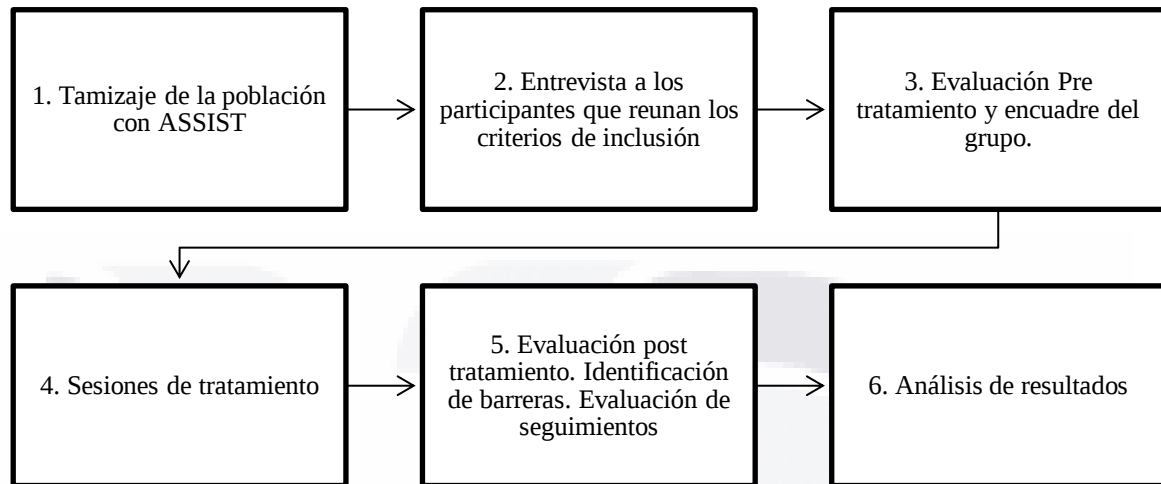
Formatos de identificación de barreras por parte del terapeuta y del usuario. Se realizó un cuestionario en escala Likert de 5 opciones de respuesta. Su objetivo es conocer las barreras que identifican los usuarios en el tratamiento grupal, consta de 24 reactivos, ocho relacionados con las barreras encontradas en el material de trabajo, ocho con respecto al terapeuta y ocho que se refieren al proceso del tratamiento. Al término de cada uno de los apartados se incluyó una pregunta de respuesta abierta sobre alguna otra barrera identificada que no se haya incluido en los reactivos.

Procedimiento

La evaluación de la eficacia del tratamiento grupal en línea para estudiantes universitarios con consumo de sustancias se realizó de la siguiente forma (ver figura 2). En primer lugar, se realizó el tamizaje a través de un enlace al formulario de google del ASSIST anexo a la infografía del tratamiento. Se numeraron los participantes totales en orden como contestaron el formulario. En total fueron 18, durante las tres diferentes convocatorias. En cada una de las convocatorias, una vez que los participantes (P) contestaron el formulario en línea, en donde se pedía algunos datos generales y de contacto, se estableció comunicación con ellos para acordar fecha para realizar la entrevista en línea y explicarles más detalles de la intervención.

Figura 2.

Diagrama de flujo del procedimiento seguido en la segunda etapa



Tamizaje y entrevistas iniciales.

En la primera convocatoria realizada con el apoyo de los medios de difusión de información de las universidades con las que se tuvo contacto, se obtuvo respuesta del ASSIST en línea por parte de tres participantes (ver tabla 4). Con una media de edad de 21 años ($DE = 1$), obteniendo respuesta de estudiantes de solo dos universidades. Solo asisten a sesión la P1 y P2, no se logra tener contacto con P3. A lo largo del tratamiento, ambas participantes faltan a una misma sesión, por lo que se extiende una semana más el periodo de tratamiento. En la semana seis la P2 deja de asistir, comenta que tiene dificultades por que cuida a un familiar enfermo y que no podrá seguir asistiendo, por lo que abandona el tratamiento que solo se concluye con P1.

Tabla 4.

Datos de participantes que contestaron el ASSIST en primera convocatoria.

P	Sexo	Edad	Universidad de procedencia	Sustancia consumida alguna vez en la vida	Resultados ASSIST por sustancia actual	
					Puntaje	Nivel
1	F	22	UTM	Tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis, alucinógeno	Alcohol = 24	Moderado
2	F	21	UMSNH	Alcohol y cannabis	Alcohol = 16 Cannabis = 16	Moderado
3	M	20	UMSNH	Tabaco, bebidas alcohólicas, cannabis	Alcohol = 20	Moderado

Nota: P = participante. F = Femenino. M = Masculino.

En la segunda convocatoria realizada, se añadió la creación de una página de Facebook específica para el tratamiento. Se mostró interés por la publicación y se registraron varias preguntas de visitantes a la página a través del servicio de mensajería instantánea de la propia plataforma. Sin embargo, solo se dio clic en dos ocasiones al enlace del formulario, al solo una persona con consumo de sustancias respondió completo el ASSIST en línea (ver tabla 5).

Tabla 5.

Datos de participantes que contestaron el ASSIST en segunda convocatoria.

P	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Sustancia consumida alguna vez en la vida	Resultados ASSIST por sustancia actual	
						Puntaje	Nivel
4	M	30	Secundaria	Vendedor de cambaceo	Tabaco, Bebidas alcohólicas, Cannabis, Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamina	Tabaco = 22 Alcohol = 2 Anfetamina = 35	Moderado Bajo Alto

Nota: P = Participante. M = Masculino.

Se llevó a cabo el tratamiento con el participante, sin embargo, solo asistió a las dos primeras sesiones, pero, no contesta la batería de pruebas del tratamiento. Se intentó

continuar, el usuario comentó sentirse muy abrumado por muchos problemas y al final se pierde contacto con el participante debido a que deja de contestar mensajes y llamadas.

En la tercera convocatoria donde se añadió la promoción pagada a través de Facebook. Se obtuvo mayor interés en las preguntas por medio de mensajería instantánea de la página, se obtuvo que 63 personas dieron clic en el enlace al formulario del ASSIST en línea, sin embargo, se tuvo respuesta completa solo de 14 participantes (ver tabla 6), con una media de edad de 24 años ($DE = 3.42$). Del total un 85.7 % son del sexo masculino y 14.3 % de sexo femenino. Se logra establecer contacto con diez de los participantes para continuar con la entrevista. Sin embargo, por diversas situaciones solo se completó la entrevista con cinco de ellos.

Con los participantes 9, 15, 16 y 17 se intenta establecer contacto sin éxito, no responden mensajes ni llamadas telefónicas. Por otra parte con los participantes 5, 7 y 10, se agendó fecha para entrevista pero no se conectaron el día y hora acordados, y al intentar contactarlos nuevamente no volvieron a contestar mensajes ni llamadas.

Por otra parte, con el P6 se establece contacto con la pareja del participante que fue quien llenó el formulario. Menciona que el usuario está interesado, pero no cuenta con celular ni computadora por el momento. Se acordó fecha para entrevista en supuesto consenso con el usuario, sin embargo, no se conecta el día de la reunión, se logra comunicarse con pareja de usuario quien indica estar convenciendo a su novio de conectarse. Se vuelve a agendar cita para otro día, pero de nueva cuenta no se conecta, en esta ocasión la pareja del participante comenta que el usuario ya no está interesado en participar.

Tabla 6.

Datos de participantes que contestaron el ASSIST en tercera convocatoria.

P	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Resultados ASSIST por sustancia actual	
					Puntaje	Nivel
5	M	28	Licenciatura	Profesor	Tabaco = 16, Alcohol = 26, Cocaína = 18 y Sedantes = 8	Moderado
6	M	25	Preparatoria	Trabaja y estudia licenciatura	Tabaco, Alcohol, Cannabis y Cocaína = 19	Moderado
7	F	21	Secundaria	Empaque	Estimulantes = 22	Moderado
8	M	21	Preparatoria	Estudiante de licenciatura	Tabaco = 5 Alcohol = 24 Cannabis = 3	Moderado Moderado Bajo
9	M	23	Secundaria	Trabaja en fábrica	Tabaco = 16, Alcohol = 20, Cannabis = 20 y Cocaína = 21	Moderado
10	F	19	Preparatoria	Trabaja en fábrica	Cocaína = 36	Alto
11	M	29	Licenciatura	Técnico quirúrgico	Tabaco = 5 Alcohol = 5 Cannabis = 36 Alucinógenos = 7	Moderado Bajo Alto Moderado
12	M	28	Preparatoria	Mantenimiento industrial	Tabaco = 26 Alcohol = 30 Cannabis = 3 Cocaína = 14 Estimulantes = 14	Moderado Alto Bajo Moderado Moderado
13	M	21	Preparatoria	Trabaja y estudia licenciatura	Tabaco = 12, Alcohol = 25, Cannabis = 21 y Alucinógenos = 16	Moderado
14	M	29	Licenciatura	Profesor	Tabaco = 20, Alcohol = 21 y Sedantes = 20	Moderado
15	M	24	Preparatoria	Trabaja y estudia licenciatura	Tabaco = 17 Alcohol = 35 Cannabis = 19	Moderado Alto Moderado
16	M	24	Preparatoria	Trabaja y estudia licenciatura	Tabaco = 12, Alcohol = 12, Cannabis = 5, Cocaína = 11, Estimulantes = 11 y Sedantes = 8	Moderado
17	M	20	Preparatoria	Detallador de autos	Alcohol, Cannabis y Cocaína = 24	Moderado
18	M	24	Secundaria	Trabaja y estudia preparatoria	Tabaco = 35 Alcohol = 34 Cannabis = 5 Cocaína = 15 Sedantes = 25 Opiáceos = 4 Antidepresivos = 30	Alto Alto Moderado Moderado Moderado Moderado Alto

Nota: P = Participante. F = Femenino. M = Masculino.

Con el P12 se establece contacto para entrevista, se conecta para la videollamada, indica que tuvo que salirse de su casa y se encuentra en un parque, ya que la familia no sabe de su consumo. Al estar realizando la videollamada se corta la conexión, más tarde

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

responde por mensaje indicando que tuvo dificultades con la batería, pidiendo otro día para la entrevista. En segunda cita se retoma la entrevista, se encuentra nuevamente fuera de su casa y vuelve a interrumpirse la conexión. Se comunica después por mensaje e indica que probablemente no le sea posible tomar el tratamiento. Se intenta retomar la entrevista en nueva reunión, sin embargo, dejó de contestar mensajes y llamadas, por lo que se pierde contacto con participante.

Con el P13 se establece contacto para entrevista a la que no se conecta. Se agenda nueva cita para entrevista, se consigue realizar de forma completa, sin embargo, al informarle el horario del grupo que se está formando indica que a esa hora tiene una clase, pero intentará pedir permiso para ausentarse una hora. Sin embargo, una semana después se comunica informado que no le será posible debido a que su profesora no le autorizó salirse de clase.

Mientras que con la P18 se agenda día para entrevista a la que no asiste, se vuelve a contactar con ella por llamada y menciona que acaba de quedarse sin empleo y sin internet, pero pide que se pueda hacer la entrevista la siguiente semana. Al volverla a contactar, comenta que no le será posible participar debido a que no ha podido tener internet nuevamente. Al término de la etapa de entrevistas solo se incorporan al tratamiento el P8, P11 y P14, quienes concluyeron todas las sesiones. Cabe señalar que en este grupo se añadió el uso de un incentivo al término del tratamiento, que consistió en la entrega de una tarjeta de prepago para diferentes servicios en línea, previo acuerdo con los participantes.

Implementación de tratamiento y mediciones.

Una vez que se estableció comunicación con los participantes y se llevó a cabo la entrevista inicial, se les notificó la fecha de inicio del tratamiento y se les envió el enlace al formulario de google para contestar la batería de pruebas de la evaluación pre tratamiento. De igual manera, se abrió una clase en la plataforma de google classroom para cada grupo, donde se compartió antes de la primera sesión el consentimiento informado que se leyó con el grupo en el encuadre inicial. A través de dicha plataforma, antes de cada sesión se envió también el material de la infografía correspondiente al tópico a revisar (ver apéndice 4).

En cuanto al autorregistro para medir el patrón conductual a lo largo del tiempo que duró el tratamiento se realizó de dos formas. Con el primer grupo se llevó a cabo a través de un archivo de Excel compartido en google drive para cada participante. Para el último grupo se consideró más sencillo la utilización de formularios de google para realizar el registro de la conducta de consumo, por lo que se generó un enlace para cada participante.

Las actividades de los tópicos del tratamiento que se llevaron a cabo con los participantes de los grupos se describen a continuación:

1. Balance decisional. El objetivo es resolver la posible ambivalencia ante la meta de lograr la abstinencia de la droga. Las actividades que se llevan a cabo son el encuadre del grupo y la presentación de los miembros entre sí. El ejercicio de los cuadrantes del balance decisional, respondiendo pros y contras tanto de la conducta de consumo como de dejar de consumir. Se revisan los motivos o razones personales para dejar de consumir y por último se establecen metas de cambio para las próximas sesiones.
2. Identificación de situaciones de riesgo. El objetivo es realizar el análisis funcional de la conducta de consumo de los participantes, para identificar posibles precipitadores de

consumo y situaciones de riesgo. Primero se realizó la retroalimentación con los resultados del ISCD a cada participante por medio Whatsapp, se les explicó cada uno de los factores en el grupo para conocer sus propias situaciones de riesgo. Se realizó el análisis funcional de la conducta de consumo sobre algunas situaciones concretas que tuvieron en la semana previa, identificando eventos internos y externos que precipitan el consumo, las consecuencias y los riesgos. Por último, se estableció un plan de acción anticipantes posibles situaciones de riesgo que se puedan presentar en la semana.

3. Pensamientos y deseo de droga. El objetivo es identificar eventos privados como el pensamiento y el deseo presentes en las situaciones de riesgo de consumo para conocer estrategias de evitación o enfrentamiento. En primer lugar se definió la influencia que pueden tener los eventos privados o internos como precipitadores de consumo. Se identifican ejemplos de cada participante, se explican estrategias de evitación o enfrentamiento y se pide que mencionen como llevarían a cabo alguna de las estrategias que más les puedan funcionar. Se pide retroalimentación para los miembros del grupo. Por último, se hace el cierre de la sesión y se establecen planes de acción para la siguiente semana.

4. Habilidades asertivas de rechazo. El objetivo es identificar situaciones de presión social que pueden precipitar el consumo y aprender a ejecutar respuestas asertivas para rechazar ofrecimientos de droga. En primer lugar se reconoció situaciones de presión social que se les hayan presentado y se revisó como fue su propia conducta ante tales eventos. Se hizo una explicación y descripción de los tipos de respuesta: agresiva, pasiva y asertiva, resaltando las ventajas de esta última. Se realizó un ejercicio de ensayo conductual entre los integrantes del grupo simulando una situación de ofrecimiento y

rePASando las respuestas antes vistas. Por último se hace cierre de la sesión y se establecen planes de acción para la siguiente semana.

5. Solución de problemas. El objetivo es aprender la estrategia de solución de problemas para distintas situaciones de riesgo de consumo a través de cinco pasos. Al inicio se revisaron las situaciones de consumo o riesgo de consumo presentados en la semana previa. Enseguida se revisaron los pasos propuestos para optimizar la solución de problemas (reconocer el problema, identificarlo en términos concretos, generar alternativas, aplicar la solución y evaluarla), se trabajó en un ejemplo de cada uno sobre una situación de consumo y si lo hubo otra sobre alguna problemática no relacionada con el consumo, en dicha actividad la retroalimentación grupal se centró en la generación de alternativas de solución ante la problemática de sus compañeros o compañeras. Al final, se recordó que está por terminar el tratamiento, se hizo cierre de sesión y se establecieron los planes de acción para la siguiente semana.

6. Metas a largo plazo y planes de acción. El objetivo es establecer metas a largo plazo en lo personal, escolar o laboral, familiar y social que promuevan el mantenimiento de la abstinencia. En primer lugar se dio retroalimentación de como fue el cambio conductual de cada uno durante el tratamiento. Se pidió establecer nuevas metas de cambio para los siguientes meses, que serán revisados en los seguimientos, se establecieron nuevos planes de acción, los posibles obstáculos e identificación del apoyo social con el que cuenten. Se hace cierre del tratamiento con palabras finales entre los miembros del grupo y se agendan las siguientes sesiones de seguimiento.

Al terminar la última sesión del tratamiento, una vez que se hace el cierre del grupo se les envió el enlace de google forms sobre el cuestionario para identificar las barreras del

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tratamiento. Las evaluaciones de las distintas variables a medir con la batería de pruebas se realizan en cinco ocasiones, pre y post tratamiento, así como tres seguimientos (al mes, tres y seis meses de concluir la última sesión). En las sesiones de seguimiento se revisaron situaciones de consumo, se reforzaron los avances conseguidos o mantenidos y se reviso que estrategias son necesarias retomar para prevenir recaídas.

Consideraciones éticas

En apego al Código Ético del Psicólogo (SMP, 2007) que establece la Sociedad Mexicana de Psicología, así como la Norma Oficial Mexicana (NOM, 2013) se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los participantes, aclarando que su participación es voluntaria, se especificaron el número de sesiones de la intervención, y a su vez, se explicaron los principios de confidencialidad de las pruebas aplicadas en las distintas fases y los resultados obtenidos.

Análisis de datos

En cuanto a los datos del impacto de difusión del tratamiento se realizó con base en las métricas obtenidas por la plataforma de redes sociales donde se compartió la información (Facebook), únicamente un análisis visual y descripción acerca de los cambios que registra el sistema, en especial de los días donde se incrementaron las visitas e interacciones con la página del tratamiento.

El análisis de los datos del tratamiento se realizó con una técnica de análisis de diseños de caso único, denominada No Solapamiento de todos los Pares (Nonoverlap of All Pairs, NAP) desarrollado por Parker y Vannest (2009). Este método consiste en obtener el porcentaje de datos del tratamiento (así como de las fases siguientes) que no se solapan y los que se solapan con cada uno de los datos de la línea base. De igual forma se analiza la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tendencia de la línea base para determinar si existía una tendencia en los datos de consumo antes del inicio del tratamiento mediante el método de línea resistente (Cabré & Gras, 2014), este método consiste en analizar las fases del tratamiento por separado para averiguar si existe una orientación de estos a lo largo del tiempo.

El análisis de los resultados de las pruebas que se aplicaron en cinco momentos distintos del tratamiento (pre, post y tres seguimientos, al mes, tres y seis meses) se realiza a través de la fórmula de porcentaje de cambio (Pinjarkar, et al., 2015) que consiste en obtener el porcentaje de comparación entre los datos de la evaluación pre con los datos de la evaluación post. Así mismo se compara el pre con los datos de las mediciones posteriores, es decir, la evaluación pre queda como parámetro de comparación con el resto de las mediciones. El ejemplo del porcentaje de cambio de la evaluación post sería:

$$\left(\frac{Pre-Post}{Pre} \right) \times 100.$$

De igual forma se analizan los cambios con respecto a los puntos de corte de los instrumentos que cuentan con dicha característica.

Por último, en lo referente a la identificación de barreras se realizó a través de identificar el porcentaje de acuerdo de cada uno de los reactivos en escala Likert, en el total de respuestas recibidas al cuestionario que se envió una vez concluido el tratamiento, también se incluye una revisión de las respuestas a las preguntas abiertas en los casos donde los participantes respondieron.

Capítulo 6. Resultados

Se reportan los resultados de las dos etapas que componen esta investigación, la primera que implicó la elaboración y evaluación de la guía de aplicación grupal, así como su difusión, y el impacto de la misma de acuerdo a lo que reportan las métricas de la red social utilizada. La segunda etapa reporta los resultados del tratamiento en el patrón de consumo y las pruebas utilizadas, así como lo relativo a la identificación de barreras en el material, con el terapeuta y el tratamiento en general.

Primera etapa: Elaboración de guía grupal y adaptación a modalidad en línea

En primer lugar, se reportan los resultados de la revisión de jueces expertos sobre la guía de aplicación grupal, el material del terapeuta y el material de usuario. De las respuestas a cada uno de los reactivos se obtuvo un porcentaje de acuerdo de los cuatro jueces, dicho resultado sirvió como indicador para la toma de decisiones al momento de modificar los materiales, sumado a lo propuesto por cada juez en la pregunta abierta. De esta evaluación se obtuvieron las siguientes respuestas a cada uno de los reactivos que se formularon.

Guía de aplicación grupal

En cuanto a la guía de aplicación grupal del tratamiento (ver tabla 7), los reactivos se dirigieron a indagar de manera general en la estructura y contenido de dicho material, además de lo adecuado de cada uno de los apartados que lo componen. Se obtuvo el porcentaje de acuerdo de los cuatro jueces que participaron en la evaluación, con base a los puntajes de menor acuerdo y a las observaciones hechas por medio de la pregunta abierta se hicieron las modificaciones.

Tabla 7.

Respuestas de los jueces sobre la guía de aplicación grupal y porcentaje de acuerdo

Reactivo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	% de acuerdo
La estructura general de la guía para ayudar en el trabajo grupal del terapeuta	5	4	5	4	90
El contenido general es comprensible	5	5	5	5	100
El apartado de formación del grupo	4	3	5	5	85
El apartado de desarrollo del grupo	3	5	5	5	90
El apartado de establecimiento de reglas	5	5	5	4	95
El apartado de sugerencias para el terapeuta	5	5	5	5	100
El apartado del trabajo del coterapeuta	5	4	5	4	90
El apartado de sugerencias en situaciones específicas	5	5	5	4	95

Cabe destacar que de toda la evaluación, los únicos dos reactivos donde hubo un 100 % de acuerdo por parte de los cuatro jueces corresponden a dos reactivos de la guía, uno sobre lo comprensible del contenido general y el segundo respecto al apartado de las sugerencias para el terapeuta.

El apartado de formación del grupo es donde mayor consenso hubo sobre lo inadecuado del mismo. Al revisar las respuestas de los jueces la pregunta abierta, se sugiere hacer de forma más esquemática lo explicado en este apartado y en el de desarrollo del grupo, por lo que se optó a elaborar cuadros sintéticos de la información y agregar algunos subtítulos al a la estructura del material.

Los jueces también sugirieron hacer modificaciones en la redacción del reglamento evitando el uso de oraciones negativas (que los enunciados hagan referencia lo que se

espera que hagan y no a lo que no se quiere) y además especificar que el reglamento puede ser discutido con los participantes en el encuadre del grupo previo al inicio del tratamiento.

Manual del terapeuta

En cuanto al manual del terapeuta es donde menor acuerdo hubo en general (ver tabla 8).

Se destaca que la cantidad de sesiones puede ser excesiva para las dos horas de trabajo propuesto en cada tópico (para aplicación presencial), así como la falta de claridad para vincular el manual del terapeuta con la guía de aplicación grupal.

Tabla 8.

Respuestas de los jueces sobre el manual del terapeuta y porcentaje de acuerdo

Reactivo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	% de acuerdo
Claridad en la explicación de las actividades grupales	3	5	5	4	85
Propuesta del trabajo de desarrollo grupal a través de las 5 etapas	4	5	5	5	95
La forma de vincular el manual de terapeuta con la guía de aplicación grupal	2	5	5	4	80
Pertinencia de las recomendaciones para el trabajo grupal en cada ejercicio	2	5	5	5	85
La cantidad de actividades para el tiempo de trabajo por sesión (2 horas)	2	5	5	3	75

Por otra parte, en cuanto a las recomendaciones hechas por los jueces en el apartado de la pregunta abierta, se sugiere mayor claridad en las instrucciones para el terapeuta, que se detallen más para evitar ambigüedades al momento de llevar a cabo las sesiones.

Además, se sugiere separar del resto de las explicaciones los componentes teóricos tanto para la aplicación grupal como de los ejercicios, para que resulte más comprensible a los terapeutas. Por último, se sugiere especificar el formato del autorregistro que se propone utilizar y la forma como se utiliza en la sesión grupal.

Manual del usuario

Por último, en cuanto al manual del usuario (ver tabla 9), donde menor acuerdo hubo fue sobre la extensión del material que los participantes usan en sesión. Las sugerencias de los jueces fueron simplificar las actividades para que se facilite el trabajo de cada tópico, hacerlo más esquemático para captar la atención de los participantes e incluso omitir las instrucciones escritas para que sea sólo el terapeuta quien facilita las instrucciones.

Tabla 9.

Respuestas de los jueces sobre el manual del usuario y porcentaje de acuerdo

Reactivo	Juez 1	Juez 2	Juez 3	Juez 4	% de acuerdo
Claridad de los ejercicios para trabajar las actividades	3	5	5	5	90
Extensión del material para las sesiones	1	5	5	3	70
Claridad en las instrucciones del trabajo grupal	4	5	5	4	90
Pertinencia de las actividades que se trabajan en pareja dentro del grupo	3	5	5	5	90
Congruencia de las actividades propuestas en el manual de terapeuta con lo reflejado en el manual del usuario	4	5	5	4	90

También se sugirió cambiar la redacción de dicho material, brindando mayores detalles de cada una de las actividades y sustituyendo algunos tecnicismos por lenguaje más convencional para que sea más comprensible, así como incrementar el tamaño de letra para facilitar su lectura. Además, se sugirió disminuir el trabajo en parejas que se propone en todos los tópicos, con la finalidad de mantener la cohesión de todos los miembros del grupo y evitar que se generen subgrupos dentro del mismo.

Cabe agregar que solo la GAG se logró utilizar para la implementación del tratamiento en línea, debido a que no se trató de las mismas sesiones propuestas inicialmente para el trabajo grupal presencial y fue necesario adaptar el material de trabajo

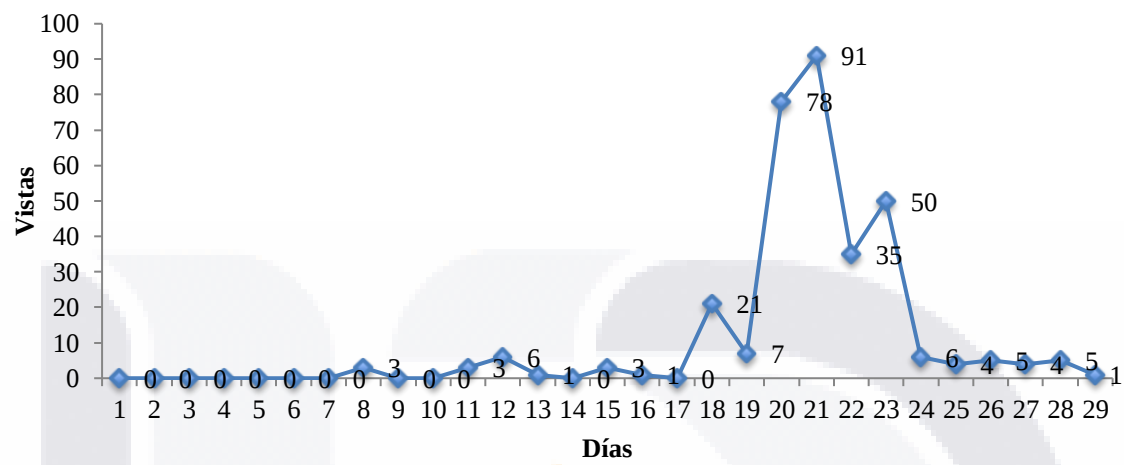
para el usuario en las sesiones en línea. Aun así se reportan las observaciones hechas por los jueces en esta primera etapa de evaluación, debido a que las recomendaciones fueron tomadas en cuenta al llevar a cabo las sesiones en línea.

Impacto de la difusión del tratamiento

Para la segunda y tercera convocatorias, se realizó la medición del impacto que tuvo la difusión del TBUD-G a través de Facebook con base en los datos que brinda la propia página, sobre cuantas personas observan una publicación y cuantas personas tienen alguna interacción con la misma, esto implica dar clic en alguna de las reacciones (como puede ser me gusta) o compartir la publicación.

Los datos de la segunda convocatoria se extrajeron el día 26 de febrero con respecto a los 28 días previos a la fecha (ver figura 3). La publicación se estuvo compartiendo en la página personal y en páginas de grupos. Sin embargo, en un inicio no se obtuvieron muchas vistas a la publicación ni se consiguió difundir a mucha población. A partir del día 18 comenzó a incrementarse, debido al apoyo de compañeros que comenzaron a compartir en otros medios.

Figura 3.
 Número de personas que vieron alguna de las publicaciones al menos una vez en un periodo de 28 días



En cuanto a la página de difusión en Facebook se consiguió un total de 43 seguidores (dieron clic en me gusta a la página) desde la fecha de creación de esta (11 de enero 2021). La publicación principal de la infografía se publicó el 15 de enero de 2021, fue dirigida a la población meta, con información general del tratamiento y el enlace a formulario google para la prueba ASSIST.

Se dio alcance a un total de 303 personas con esta publicación y 45 interacciones en total. De las cuales 24 estuvieron relacionadas con dar clic en la opción de “me gusta” a la publicación, hacer comentarios y compartir la publicación (ver tabla 10). El resto se trató de 21 clics en la publicación, de las cuales nueve fueron en la imagen de la infografía, dos en el enlace del formulario y 10 de otro tipo no especificado por la página.

Tabla 10.

Relación de 24 interacciones sobre primera difusión de la publicación sobre el tratamiento en Facebook

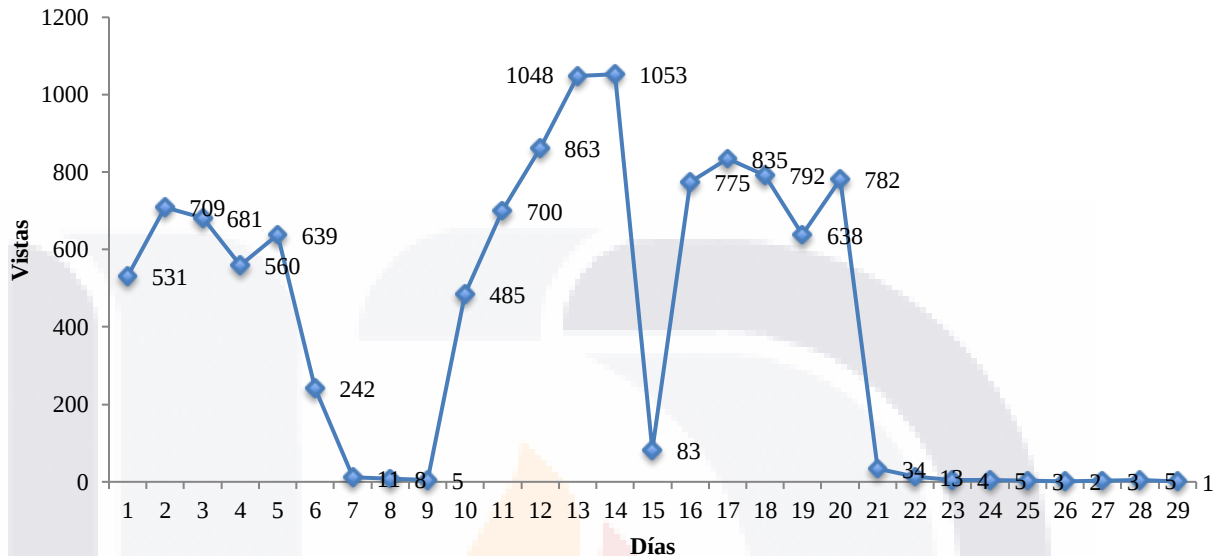
Total y tipo de interacciones	Espacio donde se realiza interacción	
	En publicación	En contenido compartido
10 me gusta	1	9
4 comentarios	0	4
10 veces que se compartió	8	2

La tercera convocatoria, se realizó en redes sociales añadiendo la opción de pago de publicidad durante 4 semanas. Se reportan los últimos 28 días previos a comenzar el tratamiento (ver figura 4). Se incrementó el número de vistas a las publicaciones, alcanzando un máximo de 1053 vistas en un solo día. La página aumentó a 57 seguidores desde la fecha de creación de esta (11 de enero 2021), es decir, se sumaron 14 desde la fecha del reporte anterior.

La publicación de la infografía se realizó el 19 de marzo de 2021, fue dirigida a la población meta, con información general del tratamiento y el enlace a formulario google para la prueba ASSIST. Se realizó promoción pagada para ampliar difusión de esta, con segmentación de población hacia personas de entre 18 a 30 años, se especificó escolaridad mínima de secundaria, y se dirigió a dos estados del país, Aguascalientes y Michoacán.

Figura 4.

Número de personas que vieron alguna de las publicaciones al menos una vez en un periodo de 28 días



Se dio alcance a un total de 8345 personas con esta publicación, además de 315 interacciones en total (ver tabla 11). Respecto a las interacciones 53 estuvieron relacionadas con “reaccionar” a la publicación, esto implicó dar clic en la opción de me gusta, me encanta o me divierte. El resto de las interacciones se trató de 262 clics totales en la publicación, de las cuales 34 fueron para visualizar la foto, 68 en el enlace del formulario de google para contestar el ASSIST y 160 clics de otro tipo no especificado por los resultados de la métrica brindadas por la plataforma de Facebook.

Se observó mayor interacción con la publicación, lo que no se tradujo en mayor seguimiento a la página o mayor número de personas que respondieran el enlace, ya que de los 68 clics al enlace del ASSIST solo 14 contestaron completa la prueba, lo que implica un 20.6 % del total que dieron clic, frente al 50 % en la convocatoria anterior.

Tabla 11.

Relación de 53 interacciones sobre segunda difusión de la publicación sobre el tratamiento en Facebook

Total y tipo de interacciones	Espacio donde se realiza interacción	
	En publicación	En contenido compartido
27 me gusta	21	6
4 me encanta	4	0
1 me divierte	1	0
0 comentarios	0	0
11 veces que se compartió	19	2

Segunda etapa: Evaluación de la eficacia del tratamiento grupal en línea e identificación de barreras

Se reportan los resultados de la implementación del tratamiento unicamente de la tercera convocatoria donde concluyen los tres participantes que iniciaron, esto debido a que en la primera convocatoria se logró comenzar con dos de los tres participantes que mostraron interés al inicio, pero solo concluye una participante. Por último, se reportan los resultados del cuestionario de identificación de barreras contestado por cuatro participantes, es decir, no solo de las respuestas de los tres participantes que conformaron el último grupo.

Resultados del tratamiento

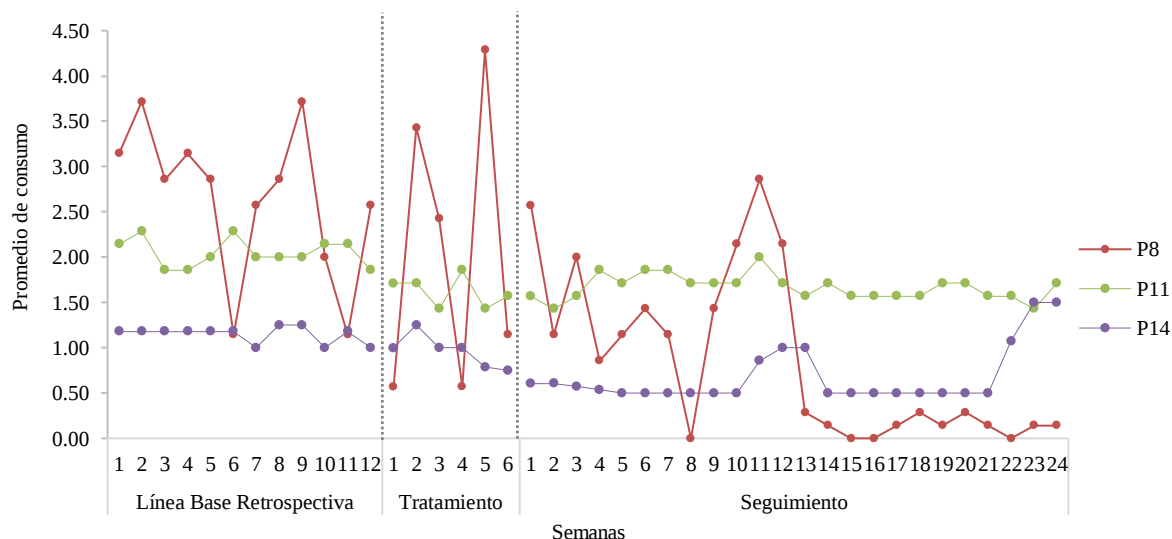
En la tercera convocatoria, de los 14 participantes que contestaron el formulario de ASSIST, se logra establecer contacto con diez de ellos. Sin embargo, por diversas situaciones no se completó el proceso con todos, se logra entrevistar a cinco de los diez y al final solo tres de ellos ingresan al tratamiento.

Se incorporan y concluyen el tratamiento el P8, P11 y P14 (ver figura 14). Únicamente el P14 asiste a todas las sesiones. Mientras que el P11 falta a la sesión 2 por cuestiones de trabajo, se intenta reponer sesión, pero no es posible debido a diversas actividades del usuario, por lo que se incorpora a la siguiente sesión. A su vez el P8 no asiste a sesión 3 por cuestiones de salud, se intenta reponer el tema de la sesión, pero tampoco es posible y se incorpora a la siguiente sesión. Al inicio de las sesiones se realiza retroalimentación de los temas vistos en la sesión pasada para conseguir que los usuarios logren llevar el hilo conductor del tratamiento pese a no haber podido reponer la una sesión a la que no se asistió.

A través del análisis visual mediante el método de tendencia lineal simple (Cabré & Gras, 2014) se corrobora que el P8 tiene una tendencia a disminuir el consumo en la línea base, sin embargo, la tendencia es a incrementar durante el tratamiento y los seguimientos. En cuanto al P11 muestra una muy ligera tendencia a incrementar el consumo durante la línea base, en cambio la tendencia es a disminuir durante el tratamiento y nuevamente a incrementar durante los seguimientos. Por último, el P14 muestra una ligera tendencia a disminuir el consumo durante la línea base, se mantiene la tendencia hacia abajo durante el tratamiento, pero muestra un incremento durante los seguimientos.

Figura 5.

Patrón de consumo en participantes del tratamiento. P = participante



Se realiza el análisis de efectividad para calcular el tamaño del efecto a través de la técnica de análisis de diseños de caso único denominada No Solapamiento de todos los Pares (Nonoverlap of All Pairs, NAP) desarrollado por Parker y Vannest (2009). Los puntos de corte para interpretar el tamaño del efecto (ver tabla 12) con dicho análisis son los siguientes: si se obtiene un porcentaje de entre 0 % a 65 % se considera un efecto débil, si se encuentra entre el 66 % al 92 % se interpreta como un efecto medio y cuando el porcentaje va del 93 % al 100 % se toma como un tratamiento de efecto grande (Sanz & García-Vera, 2015).

Tabla 12.

Valores para interpretar los índices del tamaño del efecto del NAP

Valores	Interpretación
0 % a 65 %	Efecto débil
66 % al 92 %	Efecto medio
93 % al 100 %	Efecto grande

Cabe agregar que se realizó una modificación en la técnica, basado en el criterio de que el objetivo del tratamiento es lograr la abstinencia por parte de los usuarios, por tanto la existencia de datos de días de abstinencia en la LBR se comparó distinto con las fases posteriores. Los datos con empate en 0 de LBR con respecto a fases posteriores se toman como un no solapamiento de datos y no como un empate, por tanto, en lugar de puntuar como 0.5 se puntuó con el valor de 0. Con la intención de brindar mayor precisión en los cambios, en el presente reporte de resultados se muestran los porcentajes de cambio obtenidos no con la media de consumo semanal, sino con los registros diarios.

Al llevar a cabo la comparación entre LBR frente a los datos del post tratamiento. Se obtuvo un NAP de 78.49 % con el P8, lo que indica un tratamiento con efecto medio. Con el P11 fue de 68.88 % lo que indica también un efecto medio. Mientras que con el P14 el NAP fue de 77.98 % que indica un efecto medio.

Al realizar la comparación de los datos de LBR con los del post tratamiento más el primer seguimiento se obtienen los siguientes resultados. Para el P8 un NAP de 80.09 % que indican un incremento con respecto al anterior, aunque aún en el rango de efecto medio. Para el P11 un NAP de 69.11 % con un ligero incremento mostrando aún un efecto medio. Para el P14 un NAP de 86.69 % con un incremento de casi 10 puntos, aunque teniendo aún un rango de efecto medio.

Al comparar los datos de LBR con los del post tratamiento más los dos periodos de seguimiento que se tienen hasta la fecha se obtuvo lo siguiente. Para el P8 se reporta un NAP de 83.83 % teniendo un ligero incremento que aún permanece en el rango de efecto medio. Para el P11 se obtiene un NAP de 65.81 % teniendo una disminución con respecto a

la anterior y pasando a un rango de efecto débil. Mientras que para el P14 el NAP es de 90.67 % manteniendo un incremento, pero siendo aún un efecto medio.

Por último, en la comparación de los datos de LBR con los del post tratamiento más los tres periodos de seguimiento se obtuvo lo siguiente. Para el P8 se reporta un NAP de 87.29 % mostrando aún un ligero incremento, que permanece en el rango de efecto medio. Para el P11 se obtiene un NAP de 66.33 % teniendo un ligero incremento con respecto a la anterior, pero permanece en un rango de efecto débil. Mientras que para el P14 el NAP es de 85.14 % mostrando una ligera disminución, pero estando aún en un rango de efecto medio.

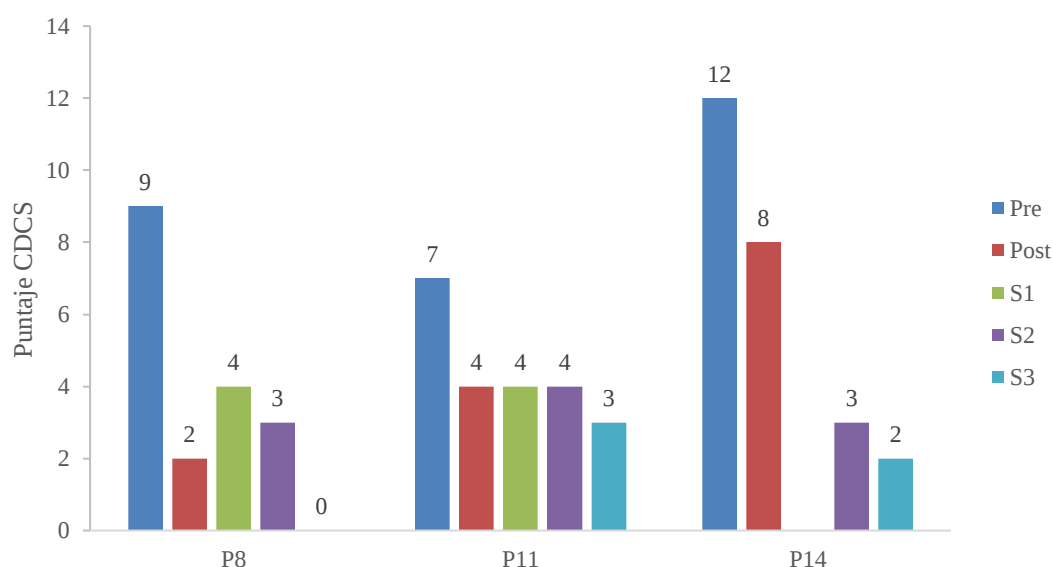
Cambios en las pruebas.

Se presentan los cambios en nivel de las pruebas y los porcentajes de cambio, estos se contrastan con el puntaje del pre de cada uno de los participantes en cada una de las pruebas que se aplicaron. En lo que refiere a los síntomas de dependencia a la sustancia obtenido por el CDCS, así como los puntajes de abuso de drogas que reporta el CAD se observa una tendencia similar en los tres participantes, comienza con un puntaje elevado en el pre test y disminuye en las siguientes mediciones (ver figura 15 y figura 16).

En cuanto a los puntos de corte del CDCS los tres participantes presentaban síntomas de un trastorno por consumo de drogas grave al inicio del tratamiento. En el P8 disminuye a leve en el post test con un porcentaje de cambio del 77.78 %, sin embargo, el nivel se incrementa ligeramente a moderado durante los seguimientos con un porcentaje de cambio de 55.56 % en el primer seguimiento, aumenta a un 66.67 % para el segundo seguimiento y termina con un porcentaje de cambio de 100 %, debido a que no muestra síntomas de trastorno por consumo de drogas en el tercer seguimiento. En el P11 disminuye

a nivel moderado en el post test y se mantiene en los seguimientos uno y dos, con un porcentaje de cambio de 42.86 %, mientras que para el seguimiento tres alcanza el punto más alto de porcentaje de cambio con un 57.14 %. En el P14 se mantiene en un nivel grave de presencia de síntomas, aunque con una disminución en el puntaje que representa un porcentaje de cambio de 33.33 %, no se registra el dato del primer seguimiento debido a que el participante no contestó las pruebas de dicha fase. Sin embargo, para el segundo seguimiento muestra una mejoría con un porcentaje de cambio de 75 % y mantiene la tendencia con un porcentaje de cambio de 83.33 % para el tercer seguimiento.

Figura 6.
Resultado total por fase del CDCS

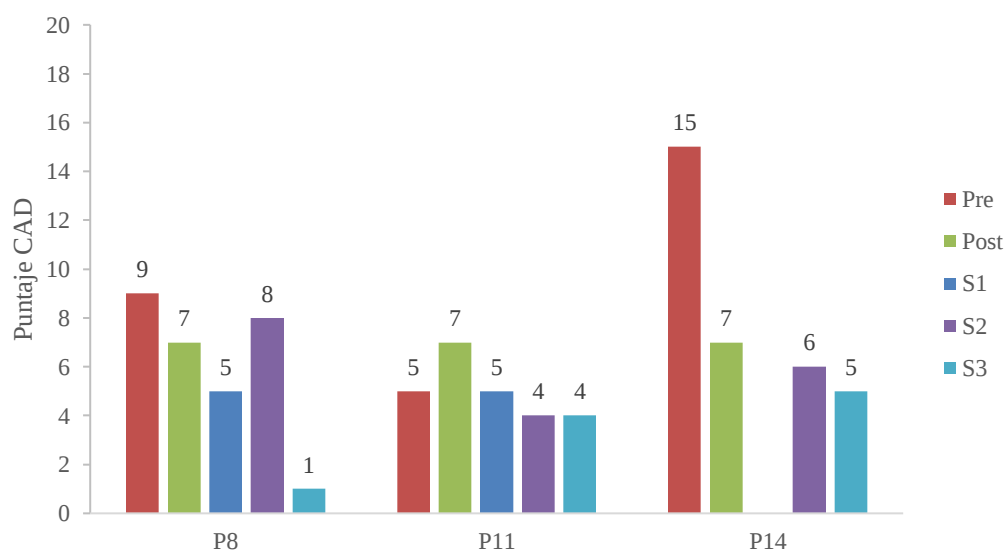


Nota: Cuestionario Diagnóstico de Consumo de Sustancias = CDCS. Participante = P, Seguimiento = S

En lo que respecta al CAD, el P8 comienza con un puntaje que se encuentra en nivel de abuso moderado, en el post se mantiene en moderado con un porcentaje de cambio de 22.22 %, en el primer seguimiento disminuye a un puntaje leve con un porcentaje de

cambio de 44.44 %, vuelve a incrementar a nivel moderado en el seguimiento dos con un porcentaje de 11.11 % y para el tercer seguimiento termina en un nivel leve con un porcentaje de cambio de 88.89 %. El P11 comienza con un nivel leve en el pre test, sin embargo incrementa a nivel moderado en el post test con un porcentaje de cambio de -40 %, en los seguimientos regresa a nivel leve con 0 % de cambio en el primero, y mantiene un 20 % en el segundo y tercer seguimientos. El P14 comienza con un nivel de abuso fuerte en el pre test, que disminuye a moderado en el post tratamiento con un porcentaje de cambio del 53.33 %. No se cuenta con el dato del primer seguimiento. En el segundo seguimiento se mantiene en un nivel de abuso moderado con un porcentaje de cambio de 60 %, y para el tercer seguimiento, disminuye a un nivel leve con un porcentaje de cambio de 66.67 %.

Figura 7.
Resultado total por fase del CAD

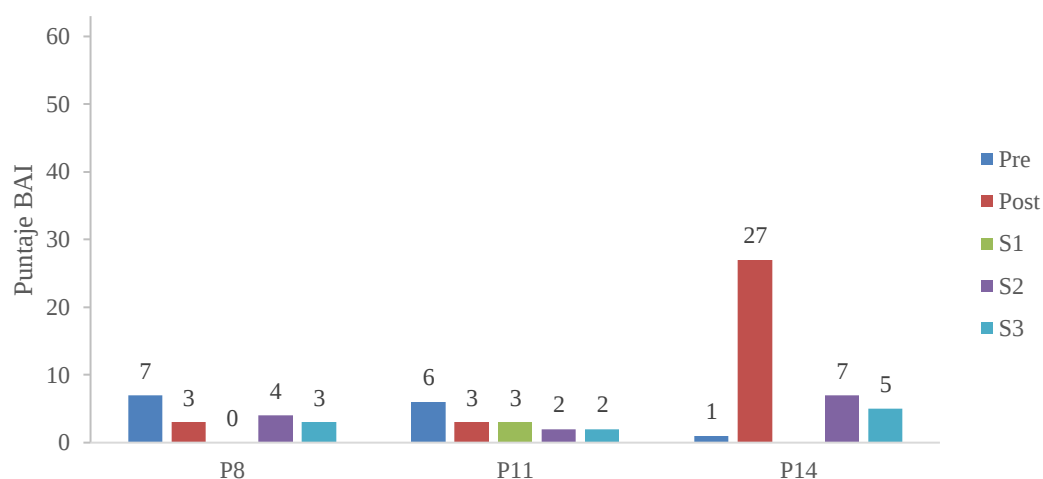


Nota: Cuestionario de Abuso de Drogas = CAD. Participante = P, Seguimiento = S.

En lo que corresponde a los puntajes de síntomas de ansiedad del BAI (ver figura 17), el P8 comienza el pre test con su puntaje más alto en un nivel leve de ansiedad, disminuye a nivel mínimo en las siguientes mediciones, con porcentajes de cambio de 57.14 % en el post test, de 100 % en el primer seguimiento, 42.86 % en el segundo seguimiento y 57.14 % en el tercer seguimiento. El P11 comienza también el pre con su puntaje más alto en un nivel leve de ansiedad disminuyendo a mínimo en las siguientes mediciones, con porcentajes de cambio de 50 % en el post test y primer seguimiento, de 66.67 % en el segundo y tercer seguimientos. El P14 muestra un puntaje en nivel mínimo en el pre test que sin embargo incrementa a moderado durante el post test, con un porcentaje de cambio de -2600 % este incremento tan elevado en los puntajes puede deberse a que el instrumento no haya sido contestado correctamente por parte del usuario en alguna de las dos mediciones o como síntoma de ansiedad dado la disminución en el consumo del ansiolítico por el que el participante busco la atención. No se cuenta con el dato del seguimiento uno, sin embargo, se observan puntajes de síntomas leves de ansiedad con porcentajes de cambio de -600 % y -400 % respectivamente, lo que apunta a la hipótesis del aumento de los síntomas de ansiedad por la disminución del consumo del ansiolítico.

Figura 8.

Resultado total por fase del BAI

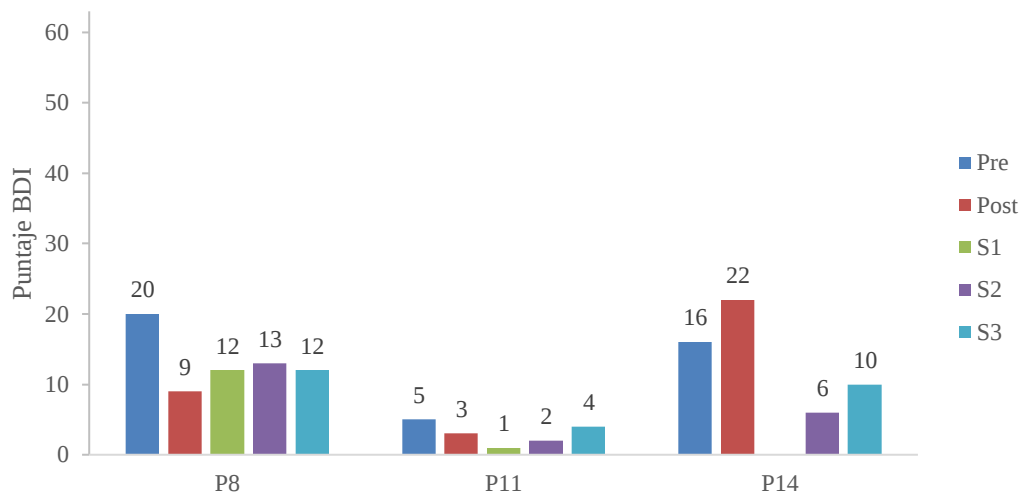


Nota: Inventario de Ansiedad de Beck = BAI, Participante = P, Seguimiento = S.

En cuanto a los resultados de síntomas de depresión obtenidos con el BDI (ver figura 18), el P8 tiene su puntaje más alto en el pre test y de acuerdo a los puntos de corte dentro de un nivel moderado, disminuye a un nivel mínimo en el post tratamiento con un porcentaje de cambio de 55 %, sin embargo incrementa a nivel leve en los seguimientos con porcentajes de cambio de 40 % en el primer seguimiento, de 35 % en el segundo seguimiento y 40 % en el tercero. El P11 tiene su puntaje más alto en el pre test dentro del nivel mínimo en el cual se mantiene durante las demás mediciones, con porcentajes de cambio de 40 % en el post test, 80 % en el primer seguimiento, 60 % en el segundo seguimiento y 20 % en el tercero. Por último, el P14 comienza con un nivel leve en el pre test que incrementa a moderado en el post test con un porcentaje de cambio de -37.5 %. No se cuenta con el dato del seguimiento uno. En los seguimientos dos y tres se estabiliza en un nivel de síntomas leve, con porcentajes de cambio de 62.50 % y 37.50 % respectivamente.

Figura 9.

Resultado total por fase del BDI



Nota: Inventario de Depresión de Beck = BDI, Participante = P, Seguimiento = S.

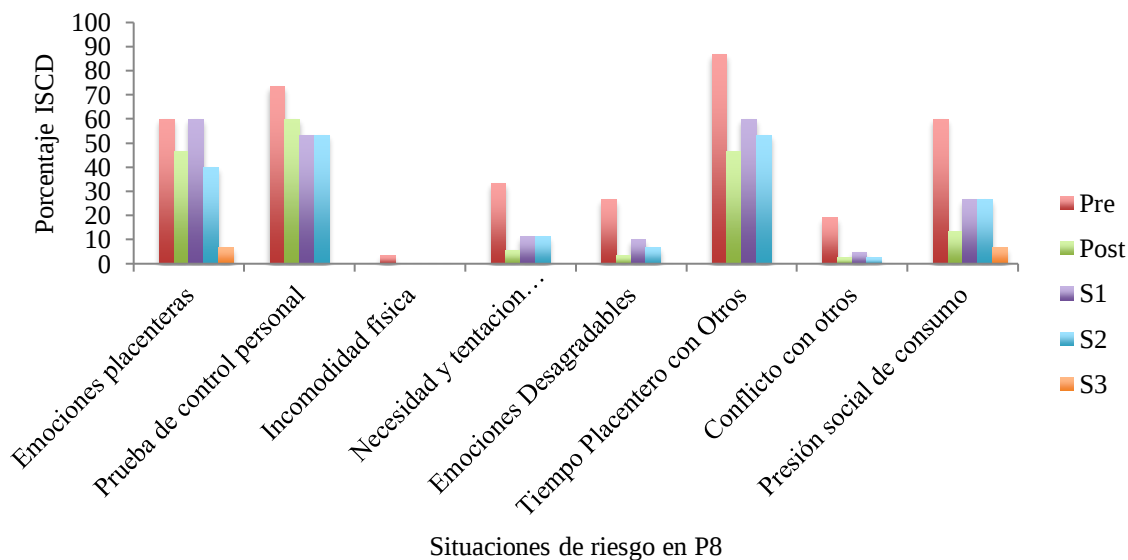
Para terminar el apartado de los resultados de las pruebas, tanto en el ISCD como en el CBCS se presenta una gráfica por participante en cada prueba. También se muestran solo los totales de cada uno en las situaciones de riesgo de consumo evaluadas, en ambas no se reporta porcentaje de cambio debido a que no cuentan con puntos de corte que determinen niveles del constructo que evalúan. Por tanto, solo se muestran los totales y se resaltan algunos cambios en las dimensiones clínicas.

Para el P8 (ver figura 19) todas las situaciones de riesgo de consumo fueron disminuyendo gradualmente en las distintas mediciones, en la evaluación pre test la situación de tiempo placentero con otros fue la que mayor riesgo representaba para él con un 86.67 %, seguida de prueba de control personal con 73.33 % y en tercer lugar las emociones placenteras y la presión social de consumo con un 60 %, en el tercer

seguimiento solo puntua en tiempo placentero con otros y presión social de consumo con porcentajes de 6.67 % en ambos.

Figura 10.

Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P8



Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = ISCD, Participante = P

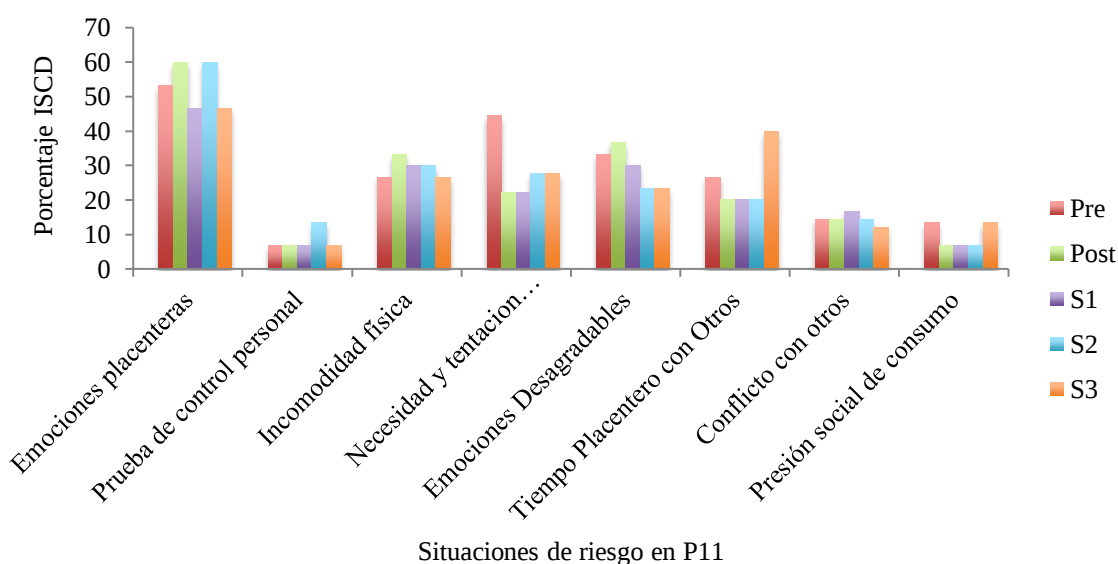
En el P11(ver figura 20) las tres situaciones de mayor riesgo de consumo en el pre test fueron las emociones placenteras con 53.33 %, necesidad y tentación de consumo con 44.44 % y emociones desagradables con 33.33 %. En el caso de emociones placenteras aumenta a 60 % en el post test y segundo seguimiento, concluyendo como la situación de riesgo más elevada en el tercer seguimiento con un 46.67 %. Mientras que necesidad y tentación de consumo disminuye a 22.22 % en post test y primer seguimiento y aumenta ligeramente a 27.78 % en el segundo y tercer seguimiento, también las emociones desagradables pese a tener un ligero incremento en el post test (36.67 %), disminuye en el

primer seguimiento a 30 % y se mantiene en 23.33 % en el segundo y tercer seguimientos.

Por otra parte, solo la situación de prueba de control personal incrementó ligeramente en las diferentes mediciones, pasando de 6.67 % en el pre, post y primer seguimiento a 13.33 % en el segundo seguimiento y regresa a 6.67 % en el tercer seguimiento.

Figura 11.

Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P11



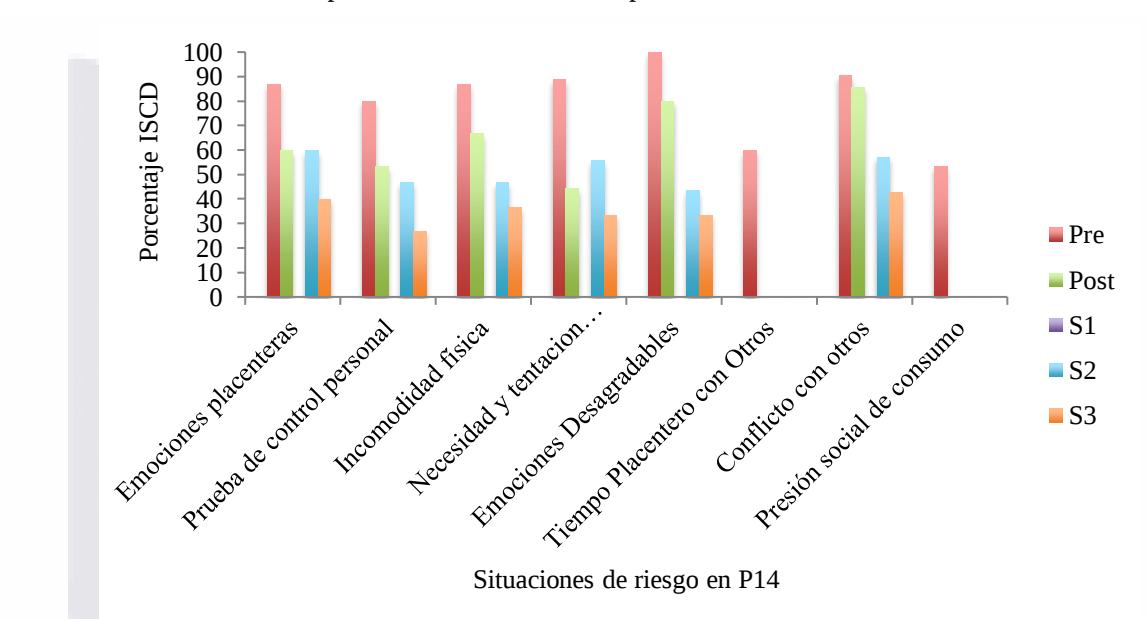
Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = ISCD, Participante = P

En cuanto a los resultados del ISCD del P14 (ver figura 21) las tres principales situaciones de riesgo son en primer lugar emociones desagradables que muestra un 100 % en el pre test, aunque posteriormente va disminuyendo con un 80 % en el post test, no hay registro del primer seguimiento, un 43.33 % en el segundo semiento y un 33.33 % en el tercer seguimiento. En segundo lugar, conflicto con otros que va también disminuyendo también de 90.48 % en el pre test, 85.71 % en el post test, 57.14 % en el segundo seguimiento y un 42.85 % en el tercer seguimiento, siendo está la situación de riesgo de

mayor puntaje en la última medición. En tercer lugar, necesidad y tentación de consumo va disminuyendo también de 88.89 % en el pre test, 44.44 % en el post test, 55.55 % en el segundo seguimiento y 33.33 % en el tercer seguimiento.

Figura 12.

Resultado por cada situación evaluada por el ISCD en el P14



Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = ISCD, Participante = P

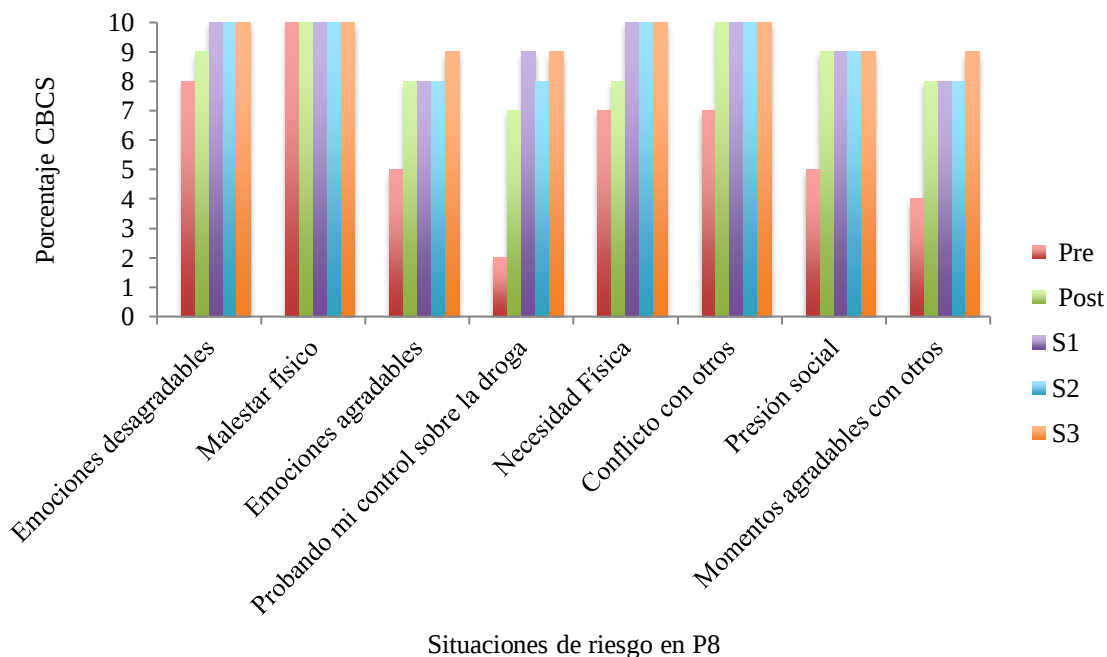
Por otra parte, en lo que respecta a los resultados del CBCS, el P8 aumenta su confianza para mantenerse sin consumo en la mayoría de las situaciones (ver figura 22). La de menor puntaje en el pre test fue probando su control sobre la droga con 2 puntos, incrementa a 7 en el post test, a 9 en el primer seguimiento, baja a 8 en el segundo seguimiento y regresa a 9 en el tercer seguimiento. La segunda situación de puntaje más bajo en el pre test fue momentos agradables con otros con 4 puntos, que incrementa a 8 en

el post, se mantiene así en los seguimientos uno y dos y sube a 9 en el tercer seguimiento.

En el último seguimiento solo reporta puntuaciones de 10 y 9.

Figura 13.

Resultado por cada situación evaluada por el CBCS en el P8



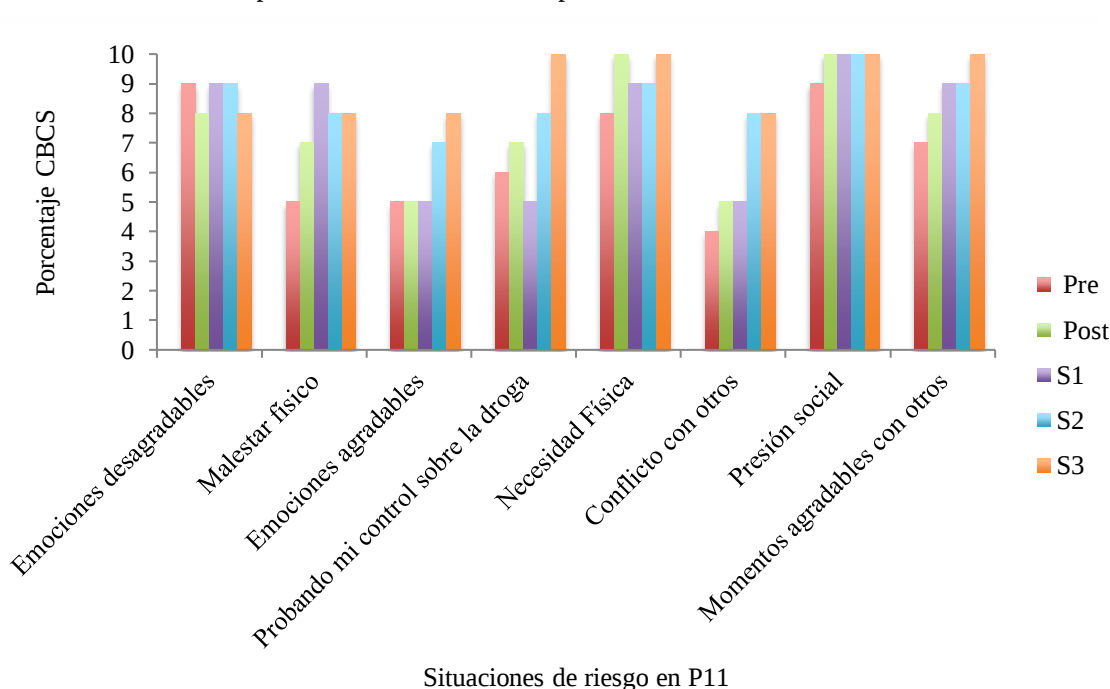
Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = CBCS, Participante = P

En cuanto al P11 (ver figura 23) también se incrementa la confianza para mantenerse sin consumo en todas las situaciones. El puntaje más bajo durante el pre test fue conflicto con otros que inicia en 4 puntos, incrementa a 5 en el post test y primer seguimiento y a 8 en el segundo y tercer seguimientos. Otras dos situaciones con puntaje bajo en el pre test fueron malestar físico y momentos agradables, ambas con 5 puntos al inicio. En la primera de estas se incrementa a 7 en el post test, a 9 en el primer seguimiento, desciende a 8 en el segundo y tercer seguimientos. La de emociones agradables en cambio,

se mantiene en 5 durante post test y primer seguimiento, incrementa a 7 en el segundo seguimiento y a 8 en el tercer seguimiento. En este último seguimiento el participante solo reporta puntuaciones de 10 y 8.

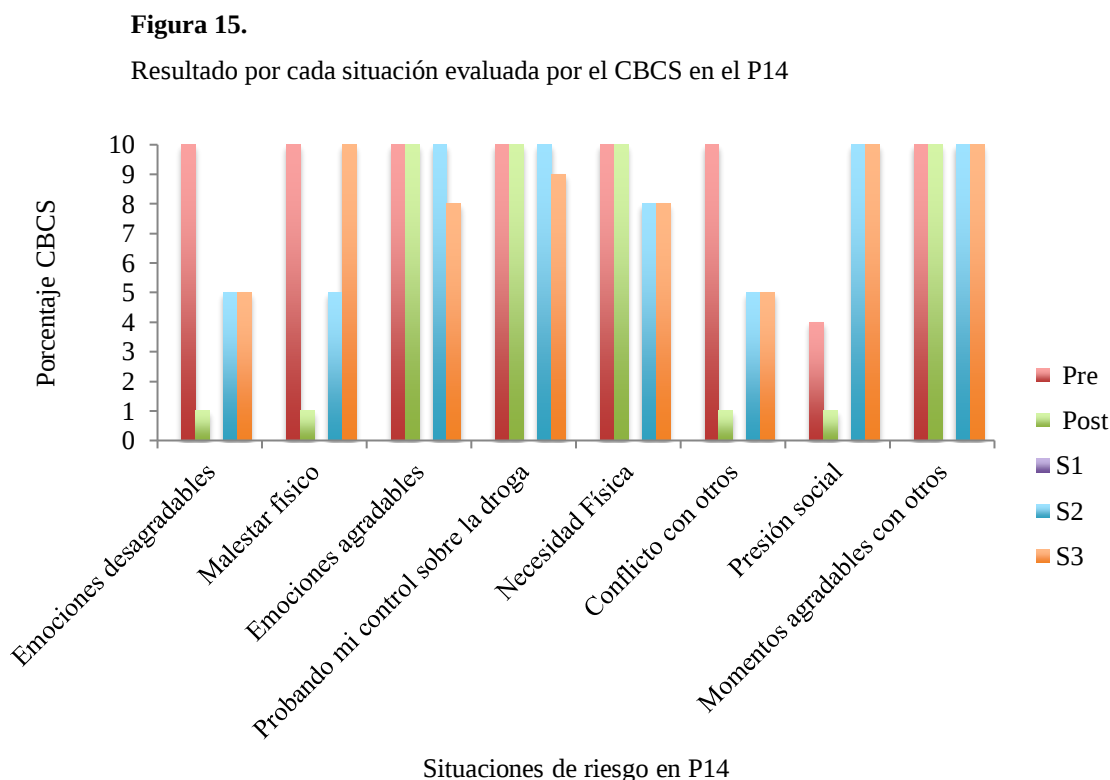
Figura 14.

Resultado por cada situación evaluada por el CBCS en el P11



Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = CBCS,
Participante = P

Por último, en cuanto al P14 la tendencia es distinta (ver figura 24), en 4 de las 8 situaciones la confianza para mantenerse sin consumo disminuye. Disminuye entre el pre y post test de 10 puntos a 1 en emociones desagradables, malestar físico y conflicto con otros, mientras que en presión social pasa de 4 puntos a 1. No se cuenta con el registro del primer seguimiento, por lo que se destacan las dos situaciones donde la confianza para mantenerse sin consumo las puntua más bajo en el último seguimiento. Emociones desagradables y conflicto con otros se mantienen en 5 puntos en el segundo y tercer seguimiento.



Nota: Inventario de Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas = CBCS,
Participante = P

Identificación de barreras

Para el Cuestionario de Barreras aplicado también a través de la plataforma de formularios de google, se obtuvo hasta el momento la respuesta de 4 participantes en total. Debido a que se realizó el formulario sin solicitar correo ni nombre del participante, se muestran como respuesta (R) y se numeran en el orden de aparición en la página. Se obtuvieron porcentajes de acuerdo de cada uno de los reactivos por sección del cuestionario.

En lo que refiere al material (ver tabla 13), hubo mayor acuerdo en la redacción y el uso de los recursos electrónicos. Sin embargo, donde menor acuerdo hubo fue en la utilidad de los ejercicios grupales, seguido de la facilidad para comprender los ejemplos, lo atractivo del material, lo adecuado de las actividades y la utilidad de conservar el material después de concluir el tratamiento.

Tabla 13.

Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al material. R = Respuesta de participante

Reactivo	R1	R2	R3	R4	Porcentaje de acuerdo
La redacción de los temas es clara	4	4	4	4	100
Los ejemplos brindados son fáciles de comprender	3	3	4	4	87.5
Los ejercicios grupales son útiles	2	4	3	3	75
Es atractivo el formato del material para usarlos en sesión	3	3	4	4	87.5
Las actividades propuestas son adecuadas	4	3	4	3	87.5
Resulta útil conservar el material después de concluido el tratamiento	4	3	3	4	87.5
Los recursos electrónicos (meet y classroom) utilizados fueron sencillos de usar	4	4	3	4	93.75
El uso de recursos electrónicos fue un obstáculo para mi al tomar el tratamiento	4	4	4	4	100

En cuanto a los reactivos de evaluación del terapeuta (ver tabla 14), se tuvo mayor porcentaje de acuerdo en la explicación adecuada de las actividades, el mantenimiento del orden en el grupo y el uso de lenguaje adecuado.

Tabla 14.

Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al terapeuta. R = Respuesta de participante

Explica adecuadamente las actividades	4	4	4	4	100
Logra terminar todas las actividades de cada sesión	4	3	4	4	93.75
Se logran resolver las dudas de todos los miembros del grupo	4	4	3	4	93.75
Consigue mantener el orden en el grupo	4	4	4	4	100
Se muestra motivada (o) a realizar las actividades	4	3	4	4	93.75
Presta atención equitativa a todos los miembros del grupo	4	3	4	4	93.75
Logra resolver los posibles conflictos que surgieron en el grupo	4	3	3	4	87.5
El lenguaje utilizado es adecuado	4	4	4	4	100
Explica adecuadamente las actividades	4	4	4	4	100

Por último, en cuanto a lo que se refiere al tratamiento (ver tabla 15), cabe mencionar que no hubo acuerdo del 100 % en ningún reactivo, donde mayor acuerdo hubo fue en el tiempo adecuado para cada sesión, lo adecuado de las tareas y su utilidad, así como en si eran de ayuda los ejercicios realizados o no. Cabe aclarar que en el reactivo del número excesivo de sesiones se trata probablemente de un error al contestar la escala Likert, debido a que en la pregunta abierta el participante señaló que le pareció que fueron pocas sesiones.

Tabla 15.
Porcentaje de acuerdo de los reactivos relacionados a la identificación de barreras respecto al tratamiento.
R = Respuesta de participante

Es excesivo el número de sesiones	0	1	4	4	56.25
El tiempo dedicado a cada sesión es adecuado	4	3	4	4	93.75
El trabajo grupal resulta útil	3	4	3	3	81.25
El grupo se apega a las reglas establecidas	3	2	3	4	75
Las tareas son adecuadas	4	3	4	4	93.75
Las tareas son útiles en las sesiones	4	3	4	4	93.75
El ambiente grupal es agradable para trabajar los ejercicios	3	3	3	4	81.25
Los ejercicios realizados en las sesiones son realmente de ayuda	4	3	4	4	93.75
Es excesivo el número de sesiones	0	1	4	4	56.25

Capítulo 7. Discusión

De acuerdo con la hipótesis del estudio se consiguió disminuir el consumo en la mayoría de los participantes (en 2 de los 3 participantes) del TBUD-G en cuanto al patrón de consumo de sustancias aunque con un efecto medio, mientras que en los indicadores reportados por las pruebas en su mayoría (CDCS, CAD, ISCD y CBCS) se obtuvieron resultados clínicamente significativos. Aún así no se pueden dar conclusiones sobre la eficacia del tratamiento en línea dado lo limitado del tamaño de la muestra. Hubo algunos casos que presentaron peculiaridades que se detallan a continuación. Se desarrolla la discusión con la división de las dos etapas reportadas en los resultados y al termino las conclusiones y los posibles cursos de acción a partir de los hallazgos de la presente investigación.

Primera etapa: Elaboración de GAG y adaptación a modalidad en línea

En cuanto a la elaboración de la GAG y el material del TBUD-G adaptado precisamente para la aplicación grupal se ajustaron los cambios sugeridos por los jueces expertos durante la etapa de revisión, sin embargo, no fue posible llevarlo a cabo como se había planteado en un inicio de manera presencial. Aun así, a partir de esta última versión de tratamiento partió la adaptación que se realizó al final para su utilización como tratamiento en línea.

Resumiendo, las sugerencias brindadas por los jueces expertos a los tres materiales, que implica la GAG y los manuales de terapeuta y usuario, se hicieron recomendaciones que es importante tomar en cuenta al adaptarlas a modalidad en línea. En primer lugar, se sugirió especificar con más detalle el trabajo que realiza el coterapeuta en el TBUD-G, a lo que se añadieron algunas recomendaciones generales (Bernard, et al., 2008). Sin embargo,

en la modalidad en línea que se llevó a cabo, dado que no se conformó un grupo grande no se considero necesario la presencia del coterapeuta.

Aun con lo anterior, es importante para futuras investigaciones plantear cuales serían las funciones precisas que tendría un coterapeuta en tratamientos en línea, en específico las que se añaden en la atención por medios digitales. Algunas de sus funciones podrían dirigirse a reducir los obstáculos metodológicos (Chakrabarti, 2015) que pueden surgir al usar las TIC como medio de interacción con los participantes. Ejemplos de esto son ser la coordinación del coterapeuta de las plataformas de comunicación sincrónica y asincrónica, apoyo en la revisión de los autorregistros y monitoreo de los mismos de una sesión a otra, también participar en la retroalimentación de las actividades dentro de la sesión, entre otras.

Por otra parte, acerca del tiempo que se asigna a las sesiones grupales, se encuentra por un lado la necesidad de extender la duración a no más de dos horas cuando es presencial (Bernard et al., 2008; Wendt & Gone, 2018). Sin embargo, dado que se recomienda que no se extienda demasiado la sesión en línea (Cooper et al., 2019), se encontró una primera dificultad para determinar el tiempo adecuado de la intervención en línea, tomando al final la decisión de sesiones de una hora por videollamada y mantener la comunicación por medio de mensajería instantánea escrita y visible para el grupo completo.

Se sugirió también que los materiales para los usuarios sean más breves y que sinteticen de mejor forma la información, de aquí la decisión de elaborar infografías acerca de los temas que brindaran los puntos relevantes de las actividades a realizar. Sin embargo, existe la limitación de poder hacer anotaciones al archivo mientras se está tomando la sesión, lo cual permite al usuario recuperar con el paso del tiempo alguna información que

sea relevante para cada caso particular. Si bien estaba la alternativa de escribir notas en la plataforma de classroom, esto no se realizó por parte de los usuarios.

La importancia de que se establezca comunicación escrita en los grupos que asisten a tratamientos en línea es que en dichos espacios se puede continuar la discusión de algún tema, plantear dudas o comentarios relevantes que pueden surgir entre una sesión y otra. También es una vía para detectar posibles conflictos entre los participantes (Colón & Friedman, 2003). Al respecto, se añade como sugerencia hacer mayor énfasis en el uso de las plataformas de chat.

Cabría también la alternativa de desarrollar el tratamiento a través de alguna otra plataforma o software en el cual se pueda realizar la videollamada y conservar algunas notas escritas, visibles tanto para el grupo entero como para cada participante. Al respecto, existen algunas otras herramientas informáticas principalmente educativas que cumplen estas funciones (como puede ser Teams o Zoom), pero su uso se limita a correos institucionales o debido a que tienen costo monetario está limitado el tiempo de videollamada.

En cuanto a la difusión de los tratamientos, a pesar de que brinda ventajas el uso de las TIC para llegar a más personas con un coste menor (Gajarawala & Pelkowski, 2020), se vio muy reducido el número de personas que contestaron el formulario de ingreso en las tres convocatorias al tratamiento. Se puede explicar por varios motivos, por un lado, el hecho de que se genera cada vez mayor cantidad de información a través de las redes sociales, lo que hace que se pierdan un poco las publicaciones en redes sociales como el Facebook. Por otra parte, el formato de la infografía se podría optimizar para lograr captar

de manera más efectiva la atención de las personas que navegan en la red, en especial para el público meta al que se pretende llegar.

Profundizando un poco en lo anterior, se detallan dos métricas que informan acerca de la interacción de los usuarios de la red con respecto a la infografía publicada. La primera son los cambios en la visualización de la publicación entre las diferentes convocatorias y en segundo los clics dados al enlace del cuestionario de registro en contraste con los registros completados.

Por un lado, al observar el cambio en las métricas entre la convocatoria por redes sociales sin pago respecto a la convocatoria con pago, donde el punto máximo de vistas en la primera fue de 91 y de 1053 en la de pago. Cabe señalar algunas de las ventajas que brinda la propia plataforma, como es por un lado la segmentación de la población (elegir características de personas a las que se quiere hacer visible la publicación) y otra el mayor alcance de la misma, lo que incrementa el impacto de difusión. Sin embargo, sería importante encontrar la manera en que un mayor número de visualizaciones se traduzca al final en un mayor registro al tratamiento, esto es, dar clic al registro y concluirlo hasta el final.

En segundo lugar, los resultados de la difusión cambiaron bastante al momento de añadir el pago a la publicación del tratamiento, ya que se consiguió el registro en un mismo tiempo de 14 personas, aunque no todos accedieron a participar. Al analizar detenidamente este dato, se observa que en total 68 personas dieron clic en el formulario, pero solo 14 lo contestaron completo. El formulario adjunto al enlace (ASSIST), en realidad resulta breve y los datos de identificación fueron los básicos para establecer la entrevista de admisión. Sin embargo, aun con esto es posible que otra alternativa sea aplicar un formulario de registro

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

más breve, que dé lugar a un contacto por videollamada para recabar la mayor parte de información del tamizaje a través de una entrevista breve y previa a la entrevista de admisión. Se incrementaría el tiempo requerido para la formación de los grupos y quizá los costos, pero podría traducirse en un mayor número de personas que al estar interesadas en lo que vieron en la infografía completen el registro.

Como conclusión de la etapa de difusión del tratamiento, resulta relevante su realización en redes sociales debido al impacto que puede tener en la población en general que pueda requerir de dichos servicios psicológicos. En la mayoría de las ocasiones, los beneficiarios de tratamientos presenciales se encuentran cerca de la zona donde se brinda la atención, lo cual limita a la cantidad de espacios especializados a determinada región geográfica. Sin embargo, al ser un servicio en línea, se tiene la ventaja de poder enlazar a personas incluso de diferentes estados de un mismo país a un mismo grupo de tratamiento (Gajarawala & Pelkowski, 2020). Por otra parte, las redes sociales representan una plataforma idónea para acercar información relacionada con adicciones a la población juvenil.

Segunda etapa: Evaluación de los resultados del tratamiento grupal en línea e identificación de barreras

En cuanto a los resultados de consumo del grupo de tratamiento que se conformó, la disminución del consumo y la severidad de los síntomas coincide con lo encontrado en otras investigaciones de tratamientos mediados por herramientas digitales para impartir las sesiones (Tarp, et al., 2017; Tiburcio, et al., 2018; Vederhus, et al., 2020). En el caso de la investigación de Tiburcio (2018), se encontró que las tres modalidades de intervención

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

evaluadas tuvieron efecto significativo para la disminución de la frecuencia de consumo y la severidad de los síntomas, sin presentar diferencias entre los tres tratamientos incluido el Programa de Ayuda para Abuso de Drogas y Depresión (PAADD) que se buscó evaluar. Lo cual deja al PAADD como una alternativa de tratamiento que se vuelve más accesible a los usuarios e igualmente eficaz. Sin embargo, cabe aclarar que el PAADD es un tratamiento individual llevado a cabo a través de una aplicación o sitio web y es mediado por un psicoterapeuta que monitorea al usuario.

El uso de plataformas más interactivas para el usuario puede ser favorable para motivar la participación en las diferentes actividades, como lo reportado por Seoane & Álvarez (2012) donde la intervención estaba mediada por una plataforma digital en formato de videojuego. Las limitaciones con respecto a acceder a dichas plataformas es el costo para su creación y sostenimiento, en la presente investigación se utilizaron los recursos de plataformas disponibles, pero considerar el diseño de una herramienta digital especial puede generar mayor interacción entre los miembros del grupo.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, si bien se menciona que los tratamientos en línea pueden reducir la deserción como se observa en la investigación de Tarp, et al, (2017). En la intervención llevada a cabo por Tarp et al., se tienen dos sesiones grupales presenciales al inicio y el resto tienen la alternativa de tomarlas por videoconferencia. Es posible que éstas dos primeras sesiones permitan crear un vínculo de cohesión más favorable para los objetivos del grupo que el conseguido en un tratamiento realizado por completo en videoconferencia.

En la presente intervención resulta complejo corroborar si influye o no la modalidad en línea, dado que en las participantes de la primera convocatoria abandonó el tratamiento

una de ellas. En el grupo de la tercera convocatoria ninguno abandona el tratamiento, pero dado los resultados de la convocatoria anterior se añadió el hecho de compensar con un incentivo su participación al término del tratamiento, lo cual, influye probablemente en la adherencia. Ahora bien, en contraste a lo señalado sobre la investigación de Tarp et al., en la presente investigación el grupo se conformó con personas de diferentes ciudades, por lo que la opción de realizar sesiones presenciales al inicio para incrementar la cohesión no es viable.

Otro punto importante para tomar en cuenta en el sentido a la adherencia es la manera como se conformaron los grupos. En la presente investigación se trató de grupos cerrados debido al diseño metodológico. Sin embargo, se ha sugerido también que atender personas con TCS mediante grupos abiertos (Wendt & Gone, 2018), vuelve la atención más flexible, la cohesión grupal se da de manera más natural sin tanta mediación del terapeuta y permite que se puedan integrar más personas a lo largo del tratamiento. Aunque esto puede tener otras desventajas como volverlo un tratamiento de mayor número de sesiones y menos estructurado para el caso de los tratamientos basados en manuales.

Una estrategia adicional para incrementar la adherencia al tratamiento se relaciona con lo planteado por Sobell, et al., (2009) sobre establecer comunicación por llamada con los usuarios entre una sesión y otra, poco antes de la fecha estipulada para la siguiente, a manera de recordatorio de la sesión. Si bien esto se planteó para grupos presenciales, es viable realizarlo en tratamientos en línea.

En lo que se refiere retroalimentación entre los miembros del grupo, que es un componente importante en la terapia grupal (Bernard, et al., 2008), se identificaron ciertas limitaciones. Por un lado, la principal retroalimentación es verbal a través de ejercicios

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

donde se pide la opinión de lo dicho por otro compañero, también se suman propuestas en colectivo en las actividades de lluvia de ideas o a través de los ensayos conductuales, lo cual incluso favorece el apoyo entre pares dentro de la sesión de acuerdo con lo reportado por Epstein, et al. (2018). Sin embargo, hay cierta retroalimentación que se realiza de manera más sutil con las reacciones no verbales hacia lo dicho por los demás (Shingleton & Palfai, 2016), que se limita cuando el grupo se congrega a través de medios digitales, ya que por diversas razones en la cámara no se aprecia la totalidad de la persona o en ocasiones se pierde la imagen de los participantes.

En relación con lo anterior, esta comunicación no verbal que es importante en los ensayos conductuales (Vinogradov y Yalom, 2017), implica por ejemplo la expresión corporal al momento de rechazar el ofrecimiento de droga, se ve limitada debido a que solo se observa una parte del cuerpo del interlocutor, mientras que aspectos como puede ser la postura sirven de indicador para desarrollar mejor las estrategias de comunicación asertiva. Lo anterior se relaciona con lo señalado por Paskewitz & Beck (2018) sobre los obstáculos en la comunicación no verbal a través de comunicación mediada por TIC.

Por otra parte, el modelamiento a través de ejercicios de ensayos conductuales en especial los correspondientes a la cuarta sesión, es un tópico que puede ser cambiado dependiendo de las características de los participantes. Esto dependerá de si la presión social es vista como una situación de riesgo para la mayoría de los integrantes del grupo. Sin embargo, en el caso de los tres participantes no era de tanta relevancia, ya que el consumo se hacía por lo general en solitario, sin el ofrecimiento de otras personas. Otra alternativa en este sentido sería generar una mayor opción de actividades o sesiones de las cuales no necesariamente se utilicen todas con cada grupo, sino que se elijan de acuerdo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

con sus características específicas. La desventaja en este sentido es que implicaría una mayor homogeneización del grupo donde se contemplaría que compartieran también situaciones de riesgo similares además del resto de características que ya se toman en cuenta.

En lo que respecta al consumo de sustancias los tres participantes reportaron consumir diferentes drogas, el nivel de riesgo fue similar en los tres. Sin embargo, el desconocimiento de los efectos con otras sustancias refirió que fue una limitante en ellos para sentirse con mayor confianza de comentarles a sus compañeros alguna retroalimentación en las sesiones. En este sentido el uso de folletos de psicoeducación (Sobell, et al., 2009) con información sobre los efectos de las drogas permitiría que de manera sintetizada todos los miembros del grupo partan de una misma referencia para entender mejor la situación de los compañeros.

Si bien los resultados del análisis del patrón de consumo no permiten adelantar conclusiones de eficacia, debido a lo limitado de su efecto, es relevante analizar otros cambios en los demás indicadores evaluados. En cuanto a estas variables reportadas por las pruebas que se aplicaron se encontró por un lado que los síntomas tanto de dependencia a las sustancias como de abuso en su consumo disminuyó en general (evaluadas con el CDCS y CAD). No hay un participante que muestre incremento en estas variables, pese a que quizá no disminuyera más el patrón de consumo. Como observación, solo hay que mencionar que en algunos casos no se obtuvo una puntuación de 0 en el CAD quizá debido a que en los últimos dos reactivos se pregunta si se ha pedido ayuda a alguien para resolver el problema con la droga y si se ha estado en un tratamiento relacionado con el uso de la droga, reactivos que probablemente se contestaron como negativo en el pre y en las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

siguientes mediciones como afirmativo, debido quizá a que se consideró la participación en el TBUD-G como referencia. Aún con esto se consiguieron cambios significativos en las puntuaciones totales del CDCS y CAD.

En cuanto a los puntajes del BAI y BDI disminuyeron con un porcentaje de cambio clínicamente significativo en casi todos los participantes, a excepción del P14. La disminución de síntomas en los trastornos del estado de ánimo coincide con lo encontrado en otras investigaciones sobre la aplicación de tratamientos grupales aunque de modalidad presencial (Epstein, et al., 2018; Kamp, et al. 2019; Martínez-González, et al. 2018; Milosevic, et al., 2017) donde se consiguen cambios en el estado de ánimo que se ven reflejados en las pruebas aplicadas.

En el P14, el incremento en ansiedad y depresión es posible atribuirlo a algún error en las respuestas del propio participante en alguna de las dos mediciones o a un cambio drástico en tales síntomas como resultado de la disminución en las dosis de la sustancia. En el caso del consumo de los medicamentos controlados del grupo de las benzodiazepinas, que sirven para controlar síntomas de ansiedad es posible que se presenten estos cuando se comienza a retirar su consumo (Castaldelli-Maia, et al., 2019). El propio participante llegó a comentar que comenzó a estar un poco más irritable tras realizar una reducción en la dosis.

Por otra parte, hay características de la población que podrían ser añadidas a tomar en cuenta para la homogeneización del grupo. Se hace la sugerencia de incluir en los criterios la ocupación y escolaridad. En el grupo dos de los participantes planteaban situaciones de riesgo relacionadas con el trabajo y uno de ellos relacionadas con la escuela. Cabe aclarar, que estas diferencias no limitan la interacción de los participantes, ya que se

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

pudo trabajar con situaciones similares como fechas límites que ocurren en ambos contextos y que pueden ser precipitadores de consumo dado que evocan respuestas de ansiedad en los participantes. Aun así, podría ser importante que se formen grupos de tratamiento únicamente con estudiantes o con jóvenes que laboran y ya concluyeron sus estudios.

Identificación de barreras

Antes de mencionar las barreras identificadas con el cuestionario que se aplicó a los participantes, se mencionan algunas dificultades que se encontraron durante las dos etapas de la investigación y que pueden ser entendidas como barreras en el tratamiento, aun cuando no hayan sido mencionadas directamente por los participantes.

En primer lugar, como se señaló en el procedimiento, existieron algunas dificultades para contactar a los participantes una vez que contestaron el tamizaje en línea. La primera fue que no contestaron la llamada o los mensajes, también que hubo fallas en la conexión para la entrevista durante la videollamada, el caso de un usuario que no llenó su formulario personalmente, sino que lo llenó su pareja y al final no se conectó a la entrevista, otro caso en el que no coincidió el horario de las sesiones con los horarios del usuario. Esto redujo el número de participantes por grupo y sería importante analizar los cambios en la interacción grupal con mayor número de usuarios.

Ahora bien, durante las sesiones se tuvieron las dificultades propias del uso de las TIC y de la conexión a internet, en ocasiones la red no fue tan estable por cuestiones del clima (por lluvia) o por fallas de la misma red. Por un lado, como recomendaciones generales en guías de aplicación de tratamientos en línea es favorable que la imagen y el

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

audio sean claros para mejorar la interacción de los participantes (de la Torre Martí & Cebrián, 2018). Sin embargo, la mayoría de las veces no se tiene control de esto. En los grupos no fue como tal un obstáculo que detuviera por completo las sesiones, debido a que cuando ocurrió se solucionó rápido la interrupción. Sin embargo, cuando llegó a suceder si volvía un poco más lento el flujo de la comunicación entre los participantes.

Pasando a las barreras identificadas con el cuestionario, en primer lugar las que se refieren al manejo del material, los participantes que terminaron el tratamiento no tuvieron dificultades con lo escrito en las infografías. Sin embargo, se logró identificar que la participante de la segunda convocatoria que abandonó el tratamiento mencionó en el apartado de pregunta con respuesta abierta que tuvo dificultades para entender los ejercicios. Como ya se mencionó en este cuestionario no se solicitó el nombre, sin embargo, se deduce que fue su respuesta dado la redacción de la respuesta. Al respecto, una revisión y cambios en la redacción permitiría facilitar el acceso a dicha información, aunque también es importante hacer mayor énfasis en la aclaración de dudas y la forma de vencer las limitaciones dadas por la comunicación en línea para detectar cuando un participante está teniendo dificultades para comprender algún tópico (Shore, et al., 2018).

En lo que refiere a las barreras con el terapeuta, la principal que se encontró fue la resolución de conflictos entre los miembros del grupo durante las sesiones, aunque no se especificó en las preguntas abiertas que conflictos se presentaron. El resto de las observaciones tuvieron que ver con el logro de los objetivos por sesión, la capacidad para resolver todas las dudas, la motivación mostrada para realizar las actividades y en que fuera más equitativa la atención para todos los integrantes del grupo.

En cuanto al manejo de conflictos, el trabajo en línea conlleva otros obstáculos que limitan la posibilidad de detectarlos durante la sesión (Paskewitz & Beck, 2018). En ocasiones hay formas sutiles de que se muestren los conflictos entre los miembros del grupo, no siempre en verbalizaciones sino en actitudes y quizá en gestos o cambios de postura corporal (Colón & Friedman, 2003; Söchting, 2014). En el grupo de intervención no se identificó de manera evidente algún conflicto entre los participantes, pese a que algunos refirieron que podrían manejarse mejor. Dichas problemáticas no fueron externadas ni detectadas, aunque se considera que no influyeron debido al logro de los objetivos del tratamiento. Como ya se mencionó, es importante encontrar que las otras vías de comunicación, como puede ser la escrita, compensen la comunicación no verbal que no es perceptible en el tratamiento en línea, así como brindar mayores recursos al terapeuta de detectar posibles conflictos en sesión y de ser necesario que intervenga.

En cuanto a las barreras del tratamiento, se registra que pudo haber mayor apego a las reglas. El apego a las reglas resulta fundamental para el logro de los objetivos del grupo (Söchting, 2014), sin embargo, en el grupo terapéutico es importante poner a discusión el reglamento para que se llegue a un consenso y no se asuma como una imposición del terapeuta (Bernard, et al., 2008). En el grupo formado, se puso a discusión el reglamento y en general se acató el mismo, las inconformidades no se detallaron ni se externaron durante las sesiones pero pudieron deberse a las inasistencias de algunos participantes o la impuntualidad de otros.

Continuando con las barreras del tratamiento también se encontró que no hubo un acuerdo de cien por ciento con la utilidad del trabajo grupal, aunque tampoco se especifico en las preguntas abiertas este punto. Solo uno de los comentarios hizo referencia a que

hubiera preferido que en un inicio fueran dos sesiones semanales para poder dar más tiempo a cada participante y después se pasara a una sesión por semana. Esta sugerencia resulta sumamente valiosa, y puede ser eficaz para posteriores intervenciones grupales en línea que quizá permita generar mayor cohesión al grupo y se traduzca en obtener mejores resultados en cuanto a la disminución del consumo. A su vez es una alternativa a lo planteado por Tarp et al. (2017) cuando las sesiones presenciales iniciales no son posibles debido a la distancia.

Conclusiones

Se concluye en primer lugar que es necesario realizar cambios en el material para la difusión del tratamiento con la finalidad de incrementar el alcance a mayor número de personas, principalmente se considera que funcionaría sintetizar más la información y buscar otros medios para llegar a la población específica que pueda requerir la atención del TBUD-G. Esto implicaría buscar otros medios para la evaluación del impacto en la difusión, dado que la principal fuente de datos fue la misma plataforma donde se difundió el tratamiento.

Por otra parte, llevar a cabo el grupo con la GAG requiere hacer adaptaciones adicionales a las previstas en la modalidad grupal, principalmente lo relacionado a la participación de un coterapeuta en el caso de grupos con más participantes y la manera de sensibilizar más en el uso de las herramientas de comunicación asincrónica y escrita que pueden apoyar en el avance de los objetivos de las sesiones. Dado que en los tratamientos presenciales una herramienta fundamental son los manuales del usuario donde los participantes llenan las actividades y les sirve de repaso una vez terminado el tratamiento,

queda por encontrar la mejor vía para que el usuario registré lo visto en sesiones en línea. También puede ser de utilidad buscar otras plataformas de videoconferencia que optimicen la interacción entre los participantes durante las sesiones y de una sesión a otra.

En cuanto al TBUD-G se concluye que es necesario realizar ajustes en la estructura del tratamiento completo con la intención de mejorar la efectividad de este. La alternativa de realizar dos sesiones a la semana al inicio del tratamiento, probablemente en los dos primeros tópicos, puede ser viable, aunque implicaría más tiempo. Esto permitiría mejorar la cohesión del grupo y repercutir en los cambios conductuales. También resultaría de utilidad el uso de instrumentos que permitan conocer el ambiente grupal y los cambios que ocurren en la interacción de los integrantes de este.

Por otra parte, una limitación del presente estudio es que dada la baja respuesta a las convocatorias no se logró contar con un grupo control que permitiría determinar con más precisión el efecto del tratamiento sobre las variables evaluadas. Otra alternativa puede ser comparar el efecto del tratamiento en línea ante un tratamiento presencial, lo que no fue posible en el presente estudio dada las condiciones restrictivas de la actual pandemia por Covid-19.

Cabe plantear también, que con un tamaño de muestra más grande es posible que se pueda añadir un análisis paramétrico de los resultados. Esto sumaría a la investigación en el sentido de poder verificar si un cambio clínicamente significativo a su vez se traduce o no en un cambio estadísticamente significativo, lo que brindaría la posibilidad de mayor validez externa del estudio.

Por último, en síntesis sobre las barreras identificadas tanto con el cuestionario como lo observado durante las sesiones, la principal dificultad con impartir las sesiones en

línea tiene que ver con la optimización de los recursos electrónicos para que la comunicación entre los participantes permita una mejor interacción grupal. La interacción a través de videollamadas puede ser de suma utilidad para diferentes tipos de reuniones sociales, sin embargo, plantea desventajas al limitar otras interacciones en tratamientos grupales que permiten un mejor manejo de los conflictos. Por la actual situación de pandemia y la necesidad que plantea en mejorar los servicios de telepsicología, resulta necesario encontrar la forma como se disminuyan estas barreras de los tratamientos grupales para adicciones.

Referencias

- Álvarez, M. P. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5 (2), 159-172.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Anthony, K. (2003). The use and the role of technology in counselling and psychotherapy. In *Technology in counselling and psychotherapy* (pp. 13-35). Palgrave, London.
- Apud, I., & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia, *Health and Addictions*, 16 (2), 115-12.
<https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. doi: 10.1037/a0035001
- Ayala, H. E., Echeverría, L., Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (1997). Auto Control Dirigido: Intervenciones Breves para Bebedores Excesivos de. *Revista Mexicana de Psicología*, 14 (2), 113-127.
- Ayala, H., Cárdenas, G., Echeverría, L. y Gutiérrez, M. (1995). Los resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México. *Salud Mental*, 18 (4), 18-24.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. General learning press.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10 (3), 214-217. [doi: 10.1111/1467-9280.00138](https://doi.org/10.1111/1467-9280.00138)

- Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38 (1), 9-44. [doi: 10.1177/0149206311410606](https://doi.org/10.1177/0149206311410606)
- Bardo, M. T., & Bevins, R. A. (2000). Conditioned place preference: what does it add to our preclinical understanding of drug reward?. *Psychopharmacology*, 153 (1), 31-43. <https://doi.org/10.1007/s002130000569>
- Barnett, J. E. (2010). Psychology's brave new world: Psychotherapy in the digital age. *The Independent Practitioner*, 30 (3), 149-152. https://www.researchgate.net/profile/James-Mchale-4/publication/235678524_Focused_Coparenting_Consultation/links/02bfe5127c3a4e0cfe000000/Focused-Coparenting-Consultation.pdf#page=25
- Barragán, L., Flores, M., Medina-Mora, M. E., & Ayala, H. (2007). Modelo Integral de Satisfacción Cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30 (3), 29-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252007000300029&script=sci_arttext
- Barragán, L., Flores, M., Morales, S., Gonzalez, J. y Martínez, M. (2012). *Programa de Satisfactores Cotidianos para Usuarios con Dependencia a Sustancias Adictivas: Manual del Terapeuta*. México: CONADIC
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liese, B. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. The Guildford press.
- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 118-125. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77846055004.pdf>
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.

- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J. C., & Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58 (4), 455-542.
- Blumberg, H., Kent, M. V., Hare, A. P. & Davies, M. F. (2012). *Small Group Research*, Peace Psychology Book Series
- Brewer, C., & Streel, E. (2020). Is alcohol in hand sanitizers absorbed through the skin or lungs? Implications for disulfiram treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 55 (4), 354-356.
- Bossong, M. G., Jansma, J. M., van Hell, H. H., Jager, G., Oudman, E., Saliasi, E., Kahn, R., & Ramsey, N. F. (2012). Effects of $\delta 9$ -tetrahydrocannabinol on human working memory function. *Biological Psychiatry*, 71 (8), 693-699. Doi: 10.1016/j.biopsych.2012.01.008
- Caballo, V. (2015). El entrenamiento en habilidades sociales. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 403-443). Siglo XXI.
- Cabré, R. B., & Gras, J. A. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Casas, M., Bruguera, E., Duro, P. & Pinet, C. (2011). Conceptos básicos en trastornos adictivos. En Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (Eds). *Manual de trastornos adictivos*. (pp. 17-25). Enfoque editorial.
- Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment: Group Therapy. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 41*, (2009). DHHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

- Chakrabarti, S. (2015). Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches. *World Journal of Psychiatry*, 5 (3), 286-304.
- Coco, G. L., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartz, D., ... & Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 104-116. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016>
- Colón, Y., & Friedman, B. (2003). Conducting group therapy online. In *Technology in counselling and psychotherapy* (pp. 59-74). Palgrave, London.
- Consejo General de Psicología de España. (2017). *Guía para la práctica de la telepsicología*. <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- Consejo Nacional contra las Adicciones (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Consumo de Drogas: Prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. Secretaría de Salud.
- Cooper, S. E., Campbell, L. F., & Smucker Barnwell, S. (2019). Telepsychology: a primer for counseling psychologists. *The Counseling Psychologist*, 47 (8), 1074-1114.
- Cordero, M., Cordero, R., Natera, G., & Caraveo, J. (2009). La Terapia Centrada en Soluciones. Una opción de tratamiento para la dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 32 (3), 223-230. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-332520090003000006&script=sci_abstract&tlng=pt
- Corte, L. D. Caballero, A., & la Corte, L. D. (2005). *Psicología de los grupos*. Pearson Educación. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/uaa/45307?page=8>.
- Daud, M. L., & Salvat, F. (2019). Dolores y adicciones. En M. Waisman & A. Benabarre (Eds.), *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la*

- enfermedad adictiva* (pp 207-221). Panamericana.
- Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59 (4), 61-75.
- Dayé, C. (2015). History of Small Group Research. En J. D. Wright, *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp 100-107). Elsevier
- D'Amico, E. J., Houck, J. M., Hunter, S. B., Miles, J. N., Osilla, K. C., & Ewing, B. A. (2015). Group motivational interviewing for adolescents: change talk and alcohol and marijuana outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (1), 68.
[doi: 10.1037/a0038155](https://doi.org/10.1037/a0038155)
- De la Fuente, J. R. (2015). *Marihuana y salud*. Fondo de Cultura Económica.
- de la Torre Martí, M., & Cebrián, R. P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- De las Fuentes, M. E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F., & Ayala, H. (2001) Cuestionario de Abuso de Drogas. En M. E. de las Fuentes y J. Villalpando, *Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R. & Ayala, H. (2001). *Inventario de situaciones de consumo de drogas. adaptación, validación y confiabilidad del Inventory of drug taking situations (IDTS) y el drug taking confidence questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- DeVito, E. E., Dong, G., Kober, H., Xu, J., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2017). Functional neural changes following behavioral therapies and disulfiram for cocaine

dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31 (5), 534.

Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Rodríguez-Machain, A. C., Díaz-Anzaldúa, A.,

Fernández, H., & Hernández-Ávila, C. A. (2011). Eficacia de un programa de intervenciones terapéuticas en estudiantes universitarios diagnosticados con dependencia al alcohol. *Salud Mental*, 34 (3), 185-194.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n3/v34n3a1.pdf>

Dishion, T. J., & Dodge, K. A. (2005). Peer contagion in interventions for children and adolescents: Moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (3), 395-400. doi: 10.1007/s10802-005-3579-z

Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. México: Cengage Learning.

Dozois, D., & Beck, A. (2011). Cognitive Therapy. En Herbert, J. D., y Forman, E. M. (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 26-56). John Wiley y Sons.

Echeburúa, E., Salaberría, K., de Corral, P., & Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19 (3), 247-256. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921798006.pdf>

Epstein, E. E., McCrady, B. S., Hallgren, K. A., Gaba, A., Cook, S., Jensen, N.,

Hildebrandt, T., Holzhauer, C. G., & Litt, M. D. (2018). Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 27-43. doi: [10.1016/j.jsat.2018.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.02.003)

- Fairburn, C. G., & Patel, V. (2017). The impact of digital technology on psychological treatments and their dissemination. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.012>
- Fernández, J., Lorenzo, P., & Leza, J. C. (2009). Cannabis: Farmacología. En Lorenzo, P., Ladero, J. M., Leza, J. C. y Lizasoain, I. (Ed.), *Drogodependencias* (pp. 303-327). Médica Panamericana.
- Franks, C. (2015). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 3-25). Siglo XXI
- Froxán, M. X. (2020). *Análisis Funcional de la Conducta Humana: Concepto, Metodología y Aplicaciones*. Pirámide.
- Froxán, M. X., Alonso-Vega, J., Sánchez, C. T., & Muñoz, V. E. (2018). Eficiencia de las terapias: ¿un paso más allá de la eficacia? Análisis crítico del modelo cognitivo-conductual. *Apuntes de Psicología*, 36 (1-2), 55-62.
- Gajarawala, S. N., & Pelkowski, J. N. (2020). Telehealth Benefits and Barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*.
- García-Ael, C., Molero, F., & Lois, D. (2017). *Psicología de los grupos*. UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uaa/48927?page=11>
- Gómez, J. G., & Carrobes, J. A. (1991). Condicionamiento clásico en la adicción. *Psicothema*, 3 (1), 87-96. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72703107.pdf>
- Greenfield, S. F., Sugarman, D. E., Freid, C. M., Bailey, G. L., Crisafulli, M. A., Kaufman, J. S., Wigderson, S., Connery, H., Rodolico, J., Morgan-Lopez, A., & Fitzmaurice,

G. M. (2014). Group therapy for women with substance use disorders: Results from the Women's Recovery Group Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 245-253.
[doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035)

Grotenhermen, F. (2003). Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids. *Clinical Pharmacokinetics*, 42 (4), 327-360. Doi: 10.2165/00003088-200342040-00003

Homans, G. C. (1958). Social Behavior as Exchange. *American Journal of Sociology*, 63 (6), 597-606.

Hornsey, M. J., Dwyer, L., & Oei, T. P. (2007). Beyond cohesiveness: Reconceptualizing the link between group processes and outcomes in group psychotherapy. *Small Group Research*, 38 (5), 567-592. [doi: 10.1177/1046496407304336](https://doi.org/10.1177/1046496407304336)

Hunault, C. C., Mensinga, T. T., Böcker, K. B., Schipper, C. M. A., Kruidenier, M., Leenders, M. E., de Vries, I., & Meulenbelt, J. (2009). Cognitive and psychomotor effects in males after smoking a combination of tobacco and cannabis containing up to 69 mg delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). *Psychopharmacology*, 204 (1), 85-94. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1440-0>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *En México hay 80.6 millones de usuarios de internet y 86.5 millones de usuarios de teléfonos celulares: endutih 2019*. Boletín de prensa. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/OtrTemEcon/ENDUTIH_2019.pdf

Jones, S. H., Barrowclough, C., Allott, R., Day, C., Earnshaw, P., & Wilson, I. (2011). Integrated motivational interviewing and cognitive-behavioural therapy for bipolar

disorder with comorbid substance use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18 (5), 426-437. [doi: 10.1002/cpp.783](https://doi.org/10.1002/cpp.783)

Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36 (12), 1120–1126.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>

Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviors*, 30 (9), 1765-1774.
[doi:10.1016/j.addbeh.2005.07.002](https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.07.002)

Kamp, F., Proebstl, L., Hager, L., Schreiber, A., Riebschläger, M., Neumann, S., Straif, M., Schacht-Jablonowsky, M., Manz, K., Soyka, M., & Koller, G. (2019). Effectiveness of methamphetamine abuse treatment: Predictors of treatment completion and comparison of two residential treatment programs. *Drug and Alcohol Dependence*, 201, 8-15. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.04.010

Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Manual Moderno.

Lanza, P. V., García, P. F., Lamelas, F. R. & González, M. A. (2014). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women. *Journal of Clinical Psychology*, 70 (7), 644–657. [doi: 10.1002/jclp.22060](https://doi.org/10.1002/jclp.22060)

Levine, J., Moreland, R. L., & Ryan, C. (1998). Group socialization and intergroup relations. *Intergroup Cognition and Intergroup Behavior*, 1 (1), 283-308

Lewin, K. (1945). The Research Center for Group Dynamics at Massachusetts Institute of Technology, *Sociometry*, 8 (2), 126-136

- Liem, A., Sit, H. F., Arjadi, R., Patel, A. R., Elhai, J. D., & Hall, B. J. (2020). Ethical standards for telemental health must be maintained during the COVID-19 pandemic. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 1-3. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102218
- López-Santín, J. M. & Álvaro, P. (2018). La salud mental digital. Una aproximación crítica desde la ética. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38 (134), 359-379. doi: 10.4321/S0211-57352018000200002
- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103648. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103648>
- Marcos, J. A., & Garrido, M. (2009). La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 27 (2), 339-362. URI: <http://hdl.handle.net/11441/59490>
- Marlatt, A. A., Baer, J. S., & Quigley, A. A. (1995). Self-efficacy and Addictive Behavior. En A. Bandura (Ed.), *Self- efficacy in Changing Societies* (289-316). Cambridge University Press.
- Marques, A. C., & Formigoni, M. L. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96 (6), 835-846. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.9668355.x>
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R., & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo:

Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29

(1), 1-8. doi: 10.5093/clysa2018a1.

Martínez, K. I., & Medina-Mora, M. E. (2013). Transferencia tecnológica en el área de adicciones: El programa de intervención breve para adolescentes, retos y perspectivas. *Salud Mental*, 36 (6), 505-512.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n6/v36n6a8.pdf>

Martínez, M., Ayala, V., Salazar, G., Ruiz, T. y Barrientos, C. (2004). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas*. Manual del Terapeuta. CONADIC.

Martínez, K. I., Pedroza, F., & Salazar, M. L. (2008). Programa de intervención breve para adolescentes que abusan del consumo de alcohol y otras drogas: resultados de la aplicación con adolescentes consumidores de alcohol de Aguascalientes y Distrito Federal. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9 (1), 38-46.

Marín-Navarrete, R., Pérez-López, A., & Valtierra-Gutiérrez, E. (2020). Rehabilitación Integral de la Adicción a Sustancias. En Tena-Suck, A. *Psicoterapia Integrativa: una aproximación a la práctica clínica basada en evidencias*. Manual Moderno

Mcgrath, J. E. (1991). Time, Interaction, and Performance (TIP): A Theory of Groups. *Small Group Research*, 22 (2), 147–

174. <https://doi.org/10.1177/1046496491222001>

McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33 (3), 511-525.

- Medina, M., Chavez, M., Lopez, F., Félix, V., Gordillo, T. y Morales, S. (2012). *Manual del Terapeuta para la Aplicación de la Intervención Breve para Usuarios de Marihuana*. CONADIC.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional*. Paidós.
- Milosevic, I., Chudzik, S. M., Boyd, S., & McCabe, R. E. (2017). Evaluation of an integrated group cognitive-behavioral treatment for comorbid mood, anxiety, and substance use disorders: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 46, 85-100.
- Miltenberger, R. G. (2017). *Modificación de conducta: principios y procedimientos*. Difusora Larousse - Ediciones Pirámide.
- Montorio, I., Losada, A., Márquez, M., & Fernández, M. I. (2003). Barreras para el acceso a los servicios de intervención psicosocial por parte de las personas mayores. *Psychosocial Intervention*, 12 (3), 301-324.
<https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818049004.pdf>
- Moreland, R. L., Hogg, M. A., & Sarah, C. H., (1994). Back to the Future: Social Psychological Research on Groups, *Journal of Experimental Social Psychology*, 30 (6), 527-555. <https://doi.org/10.1006/jesp.1994.1025>
- Morgan, B. B., Salas, E., & Glickman, A. S. (1993). An Analysis of Team Evolution and Maturation. *The Journal of General Psychology*, 120 (3), 277-291.
<https://doi.org/10.1080/00221309.1993.9711148>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>

Norma Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012. (2013). Autorización sanitaria para protocolos de investigación. Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

NIDA. 2020, Septiembre 2. Las drogas y el cerebro. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro> en 2021, August 4

OEA (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas*.

Olego, O. (2019). Consideraciones sobre etiopatogenia. En M. Waisman & A. Benabarre (Eds.), *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva* (pp 33-44). Panamericana.

Olmstead, T. A., Graff, F. S., Ames-Sikora, A., McCrady, B. S., Gaba, A., & Epstein, E. E. (2019). Cost-effectiveness of individual versus group female-specific cognitive behavioral therapy for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 100, 1-7. doi: 10.1016/j.jsat.2019.02.001.

Oropeza, R. & Fukushima, E. (2011). *Tratamiento breve para usuarios de drogas*. Manuscrito inédito.

Oropeza, R., Fukushima, E., & García-Quevedo, L. (2015). Descripción y características del Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína, tercera versión (TBUC-III). *Anuario de investigación en adicciones*, 9 (1).

Oropeza, R, Medina-Mora, M. y Sánchez, J. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 219-231.

Palafox, G., Morales, S., Félix, V., López, F., Martínez, K., & Vázquez, J. L. (2017). *Transferencia de las intervenciones breves para la prevención de recaídas en*

adicciones. Recuperado de

<http://www.cicad.oas.org/cicaddocs/Document.aspx?Id=4757>

Paskewitz, E. A., & Beck, S. J. (2018). Exploring member-leader behaviors and interaction in an online support group. *Small Group Research*, 49 (4), 452-474.

<https://doi.org/10.1177/1046496418763889>

Pavlov P. I. (2010). Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Annals of Neurosciences*, 17(3), 136–141. (trabajo original publicado en 1927). <https://doi.org/10.5214/ans.0972-7531.1017309>

Pilkey, D., Steinberg, H., & Martino, S. (2015). Evidence-Based Treatments for Substance Use Disorders. En Kaye, A. D., Vadivelu, N. y Urman, R. D. (Ed) *Substance Abuse. Inpatient and Outpatient Management for every Clinician*. (pp. 209-227). Springer.

Pinjarkar, R. G., Sudhir, P. M., y Bada, S. (2015). Brief Cognitive Behavior Therapy in Patients with Social Anxiety Disorder : A Preliminary Investigation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37 (1), 20-25.

Pons, X. (2018). Revisión reflexiva de las interpretaciones sobre las drogas. En Arenas, C. y Miñarro, J. (comp). *Drogodependencias en el ámbito social y de la salud: Aspectos psicobiológicos, psicosociales y epidemiológicos*. (pp. 45-81). Carrillo Baeza.

Primero, G., & Moriana, J. A. (2011). Tratamientos con apoyo empírico. Una aproximación a sus ventajas, imitaciones y propuestas de mejora. *Revista de Investigación en Psicología*, 14 (2), 185-203

Rachman, S. (2015). The evolution of behaviour therapy and cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 64, 1-8. [doi: 10.1016/j.brat.2014.10.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.10.006)

Real Academia Española (2019). Diccionario de la Lengua Española [versión electrónica],
dle.rae.es

Reece, A.S. (2009). Chronic toxicology of cannabis. *Clinical Toxicology*, 47 (6), 517-524.
doi: 10.1080/15563650903074507

Richter, L., Vuolo, L., & Salmassi, M. S. (2019). Stigma and addiction treatment. In Avery,
J. D. y Avery, J. J. (editors). *The Stigma of Addiction. An Essential Guide* (pp. 93-
130). Springer.

Rojas-Jara, C. (2019). Drogas, drogos y drogodependencias: reformulando el objeto, el
sujeto y el tratamiento psicológico del consumo problemático de drogas. *Drogas:
sujeto, sociedad y cultura*, 107-122. [https://www.researchgate.net/profile/Claudio-
Rojas-
Jara/publication/335401541_Drogas_drogos_y_drogodependencias_reformulando_
el_objeto_el_sujeto_y_el_tratamiento_psicologico_del_consumo_problematico_de_
drogas/links/5d63dc27a6fdccc32cd2671f/Drogas-drogos-y-drogodependencias-
reformulando-el-objeto-el-sujeto-y-el-tratamiento-psicologico-del-consumo-
problematico-de-drogas.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Rojas-Jara/publication/335401541_Drogas_drogos_y_drogodependencias_reformulando_el_objeto_el_sujeto_y_el_tratamiento_psicologico_del_consumo_problematico_de_drogas/links/5d63dc27a6fdccc32cd2671f/Drogas-drogos-y-drogodependencias-reformulando-el-objeto-el-sujeto-y-el-tratamiento-psicologico-del-consumo-problematico-de-drogas.pdf)

Roussos, A., Braun, M., y Asiain, J. (2018). Realidades virtuales en salud mental. *Revista
Argentina de Psiquiatría*, 29, 41-50.

Ruiz, C. M. (2018). Revisión sistemática de intervenciones digitales para la reducción del
consumo de cannabis. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 4 (1),
53-68.

Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas de intervención cognitivo
conductual*. Desclée De Brouwer.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sánchez, J. C. (2002). *Psicología de los grupos. Teorías, procesos y aplicaciones*. Mcgraw-Hill.

Sanchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Moreno, A., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J., & Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23 (1), 107–113.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/120378/1/673547.pdf>

Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, 10 (2), 303-318.

<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7467/7331>

Sanz, J., & García-Vera, M. P. (2015). Técnicas para el análisis de diseños de caso único en la práctica clínica: ejemplos de aplicación en el tratamiento de víctimas de atentados terroristas. *Clínica y Salud*, 26 (3), 167-180.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.09.004>

Sanz, J., García-Vera, M.P., & Fortún, M. (2012). El “inventario de ansiedad de Beck” (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Psicología Conductual*, 20 (3), 563-583.

Schuler, M. S., Puttaiah, S., Mojtabai, R., & Crum, R. M. (2015). Perceived barriers to treatment for alcohol problems: a latent class analysis. *Psychiatric Services*, 66 (11), 1221-1228. doi:10.1176/appi.ps.201400160

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 29-40.

Secretaría de Salud (2016). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

Informe 2016, Secretaría de Salud.

Seoane, A., & Álvarez, G. (2012). Nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento del tabaquismo. Doctor Fum. *Revista Española de Drogodependencias*, 37 (3), 319-322.

Castaldelli-Maia, J. M. Gil, F. & Werneck, M. (2019). Sustancias psicoactivas. En M. Waisman & A. Benabarre (Eds.), *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva* (pp 59-130). Panamericana.

Shingleton, R. M., & Palfai, T. P. (2016). Technology-delivered adaptations of motivational interviewing for health-related behaviors: A systematic review of the current research. *Patient Education and Counseling*, 99 (1), 17-35.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.005>

Shore, J. H., Yellowlees, P., Caudill, R., Johnston, B., Turvey, C., Mishkind, M., & Hilty, D. (2018). Best practices in videoconferencing-based telemental health April 2018. *Telemedicine and e-Health*, 24 (11), 827-832.
<https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0237>

Skinner, B. F. (1975). *Sobre el conductismo* (F. Barrera, Trad.). Fontanella.

Soares, J., & Vargas, D. D. (2019). Effectiveness of brief group intervention in the harmful alcohol use in primary health care. *Revista de Saude Publica*, 53 (04), 1-9. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000498.

Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline follow-back. In *Measuring alcohol consumption* (pp. 41-72). Humana Press.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (4), 672. doi: 10.1037/a0016636.

Sobell, L., & Sobell, M. (2011). *Group therapy for substance use disorders. A motivational cognitive-behavioral approach*. The Guildford Press.

Sobell, L.C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G.I., Rybakowski, J.K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, B.S., & Ziolkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use Misuse*, 36, 313–331. <https://doi.org/10.1081/JA-100102628>

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. 4a ed. Trillas.

Soto, R. M. S., Allauca, V. M. M., & Allauca, K. J. M. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación-reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las Ciencias*, 3 (2), 752-769.

Söchting, I. (2014). *Cognitive Behavioral Group Therapy: Challenges and Opportunities*. John Wiley & Sons.

Staton-Tindall, M., Havens, J. R., Webster, J. M., & Leukefeld, C. (2014). METelemedicine: a pilot study with rural alcohol users on community supervision. *The Journal of Rural Health*, 30 (4), 422-432. <https://doi.org/10.1111/jrh.12076>

- Stewart-Sicking, J. A. (2015). Cognitive Therapy and the Punctual Self: Using an Ascetical Framework to Critique Approaches to Psychotherapy. *Pastoral Psychology*, 64 (1), 111-122. doi: 10.1007/s11089-013-0588-7
- Strauss, B. (2018). Compartir el tratamiento. *Mente y Cerebro*, (89), 26-29
- Tarp, K., Bojesen, A. B., Mejldal, A., & Nielsen, A. S. (2017). Effectiveness of optional videoconferencing-based treatment of alcohol use disorders: Randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4 (3), e38. doi:10.2196/mental.6713
- Tiburcio, M, Lara, M. A., Martínez-Vélez, N., & Aguilar, A. (2018). Web-Based Intervention to Reduce Substance Abuse and Depression: A Three Arm Randomized Trial in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 53 (2), 2220-2231. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1467452>
- Tiburcio, M., Lara, M. A., Aguilar Abrego, A., Fernández, M., Martínez Vélez, N., & Sánchez, A. (2016). Web-based intervention to reduce substance abuse and depressive symptoms in Mexico: Development and usability test. *JMIR Mental Health*, 3 (3), e47. doi:10.2196/mental.6001
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, M. G., Natera, G., Martinez, N. A., Carreno, S., & Perez, D. (2016). Validity and Reliability of the Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in University Students. *Adicciones*, 28 (1), 19-27.
- Trejo, A. P., & Martínez, K. M. (2013). El arte de ser terapeuta.¿ Qué hace efectiva una intervención en el consumo de drogas?. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18 (1), 159-176.

- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2 (4), 419-427.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017*. UNODC.
- Vederhus, J. K., Rørendal, M., Bjelland, C., Skar, A. K. S., & Kristensen, Ø. (2020). Can a Smartphone App for Cannabis Cessation Gain a Broader User Group than Traditional Treatment Services?. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 1178221820902237.
- Verissimo, A. D., & Grella, C. E. (2017). Influence of gender and race/ethnicity on perceived barriers to help-seeking for alcohol or drug problems. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 54-61. doi: 10.1016/j.jsat.2016.12.013
- Vila, J. (2015). Adicción y Aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 8 (2), 79-89. Doi: 10.33881/2027-1786.rip.8207
- Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (2017). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Waisman, M. (2019). Aspectos generales. En M. Waisman & A. Benabarre (Eds.), *Adicciones: Uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva* (pp 3-18). Panamericana.
- Weiss, R. D., & Connery, H. S. (2011). *Integrated Group Therapy for Bipolar Disorder and Substance Abuse*, The Guilford Press.
- Weiss, R. D., Jaffee, W. B., Menil V. P., & Cogley, C. B. (2004). Group Therapy for Substance Use Disorders: What Do We Know?, *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (6), 339-350

- Wendt, D. C., & Gone, J. P. (2018). Complexities with group therapy facilitation in substance use disorder specialty treatment settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 88, 9-17.
- WHO ASSIST Working Group. (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97 (9), 1183-1194.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American Psychological Association*. 59, 224- 235.
- Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Intachote-Sakamoto, R., & Boripuntakul, T. (2013). The group cohesiveness scale (GCS) for psychiatric inpatients. *Perspectives in psychiatric care*, 49 (1), 58-64. doi: [10.1111/j.1744-6163.2012.00342.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2012.00342.x)
- Wu, S. S., Schoenfelder, E., & Hsiao, R. C. J. (2016). Cognitive behavioral therapy and motivational enhancement therapy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25 (4), 629-643.

Apéndices

- 1. Formato de evaluación de jueces de la guía grupal**
- 2. Infografías para la difusión del tratamiento**
- 3. Descripción de sesiones de tratamiento en línea**
- 4. Material de trabajo del usuario**



Alguna recomendación adicional a la guía de aplicación grupal:

Apéndice 2. Infografías para la difusión del tratamiento

Infografía 1



Infografía 2

	TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA PARA JÓVENES CON CONSUMO DE DROGAS Dirigido a personas de entre 18 a 30 años		
¿Tienes problemas por el consumo de sustancias?	???	¿Te interesa recibir apoyo psicológico?	
	Quizá has tenido ya algún conflicto por tu consumo Tal vez alguien cercano te ha sugerido que busques ayuda	El asesoramiento psicológico puede ayudarte a solucionar problemas causados en tu día a día por el consumo de sustancias psicoactivas	
¿En que consiste este tratamiento grupal?			¿Cómo inscribirte al tratamiento?
6 sesiones en línea dirigidas por un terapeuta 1 sesión por semana de 1 hora Entrenamiento en estrategias para dejar de consumir SIN COSTO	Da click en el enlace de esta publicación Resuelve un breve cuestionario. Te informaremos tus resultados, te contactaremos para tener una entrevista y continuar con el tratamiento		
Más información en tbud.grupal@gmail.com			

Apéndice 3. Descripción de sesiones de tratamiento en línea

Descripción de las sesiones

En este apartado se describen las actividades a realizar en cada una de las seis sesiones que componen el tratamiento grupal en línea. Así como algunas recomendaciones acerca del manejo del grupo.

Balance decisional

Objetivo: Resolver la posible ambivalencia ante el cambio hacia la abstinencia y establecer metas de tratamiento

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Presentación del terapeuta y de los integrantes del grupo	20
	Introducción al tratamiento	
	Discusión del reglamento	
Desarrollo	Explicación del cuadrante del balance decisional	20
	Exposición de motivos para cambiar	
	Establecimiento de metas de cambio	
Cierre	Retroalimentación de lo visto en la sesión	20
	Explicación del autorregistro de conducta	
	Cierre de la sesión, felicitar por comenzar el tratamiento	

Identificación de situaciones de riesgo

Objetivo: Explicar y realizar el análisis funcional de la conducta de consumo, para identificar posibles precipitadores de consumo y situaciones de riesgo.

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Revisión del autorregistro y participación voluntaria para exponer un ejemplo	15
Desarrollo	Explicación de las situaciones de riesgo de consumo obtenidos en el ISCD Explicación del análisis funcional a partir del autorregistro Precipitadores, consecuencias y riesgos del consumo	35
Cierre	Retroalimentación de lo visto en la sesión Cierre de sesión, felicitar avances	10

Pensamientos y deseo de droga

Objetivo: Identificar la influencia de eventos privados como el pensamiento y el deseo en las situaciones de riesgo de consumo y conocer algunas estrategias de evitación o enfrentamiento ante tales situaciones.

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Resumen de lo visto en la sesión anterior	10
	Revisión del autorregistro y participación voluntaria para exponer un ejemplo	
Desarrollo	Explicación de pensamientos y deseo de consumo	40
	Entrenamiento en estrategias de evitación y enfrentamiento	
	Autoplática constructiva, hablar con otra persona y sentir el deseo	
Cierre	Retroalimentación de lo visto en la sesión	10
	Cierre de sesión, felicitar avances	

Habilidades asertivas de rechazo

Objetivo: Identificar situaciones de presión social que pueden precipitar un consumo y aprender respuestas asertivas para rechazar ofrecimientos de droga

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Resumen de lo visto en la sesión anterior	10
	Revisión del autorregistro y participación voluntaria para exponer un ejemplo	
Desarrollo	Definir situaciones de presión social	40
	Distinguir entre tipos de respuesta: agresiva, pasiva y asertiva	
	Anticipar situación de riesgo, ensayo conductual de rechazo y evaluación de la respuesta	
Cierre	Retroalimentación de lo visto en la sesión	10
	Cierre de sesión, felicitar avances	

Solución de problemas

Objetivo: Aprender cinco pasos de la estrategia de solución de problemas para distintas situaciones de riesgo de consumo.

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Resumen de lo visto en la sesión anterior Revisión del autorregistro y participación voluntaria para exponer un ejemplo	
Desarrollo	Ejemplificar los pasos de la solución de problemas: reconocer, identificar, generar alternativas, aplicar solución y evaluación de la misma Pedir que escriban brevemente algún ejemplo propio y pedir la participación voluntaria sobre la situación de riesgo propia	
Cierre	Retroalimentación de lo visto en la sesión Cierre de sesión, felicitar avances y recordar que están por terminar el tratamiento	

Metas a largo plazo y planes de acción

Objetivo: Establecer metas a largo plazo en lo personal, escolar/laboral, familiar y social que promuevan el mantenimiento de la abstinencia

Fase	Actividad	Tiempo
Inicio	Resumen de lo visto en la sesión anterior	10
	Revisión del autorregistro y participación voluntaria para exponer un ejemplo	
Desarrollo	Recordar las metas establecidas al inicio del tratamiento y compararlas con lo logrado durante el tratamiento	30
	Establecer nuevas metas de abstinencia ahora que concluye el tratamiento	
Cierre	Retroalimentación de lo visto durante todas las sesiones	20
	Cierre de tratamiento, recordar que se mantengan en abstinencia y realizando su autorregistro, felicitar avances y programar sesión de seguimiento	

BALANCE DECISIONAL

PROS Y CONTRAS DE CONSUMIR

Durante el cambio en el consumo es frecuente sentir ambivalencia entre dos alternativas (consumir o dejar de consumir). Es importante hacer un análisis por escrito de las distintas ventajas y desventajas de ambas opciones.

DEJAR DE CONSUMIR Y % DE IMPORTANCIA

VENTAJAS DE:

DESVENTAJAS DE:

CONTINUAR CONSUMIENDO Y % DE IMPORTANCIA

MOTIVOS PARA CAMBIAR

Piensa en tus principales motivos para dejar de consumir drogas. Pueden ser motivos personales (salud, económicos) o externos (familia, amigos, etc.)

META DE TRATAMIENTO

Tú puedes elegir entre dos metas: la abstinencia o la reducción semanal del consumo para alcanzar al final la abstinencia.

Metas vitales

Es probable que el consumo de drogas haya afectado algunas áreas de tu vida. Piensa en algunos cambios que quieras hacer en cada área y plázatelo en forma de metas.

Personal

Familiar

Social

Escolar/Laboral

MUCHO ÉXITO EN LOGRAR TUS METAS

Sesión 3: Pensamientos y deseo de droga

TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA

PENSAMIENTOS Y DESEO DE DROGA

En torno al consumo, tanto el pensamiento como el deseo en ocasiones pueden ser difíciles de identificar, veamos algunas estrategias.

PENSAMIENTO

En torno al consumo se viven sin un razonamiento previo, pueden ser automáticos, irracionales y difíciles de desviar.



DESEO

Es una sensación subjetiva y, en ocasiones parece dominar nuestras acciones, puede ser vivido con mucha intensidad pero es de tiempo limitado.

Aprende a identificar ambos

Escribir o poner en palabras tus pensamientos puede ser de ayuda, en un inicio quizá resulte complicado pero poco a poco los podrás definir mejor.

Es más sencillo notar tus sensaciones, como el deseo, ya que se percibe en tu propio cuerpo. Sin embargo, lidiar con el deseo requerirá ciertas estrategias.





ESTRATEGIAS

Una vez que experimentas un pensamiento o el deseo de consumo te sugerimos algunas estrategias para:

EVITACIÓN

ENFRENTAMIENTO

LISTA DE ACTIVIDADES

Es útil elaborar una lluvia de ideas sobre actividades prioritarias que necesitas hacer antes de consumir.
¿Qué tan probable es que realices cada actividad? %
Toma en cuenta todo lo que necesitas para realizar cada una.



AUTOPLÁTICA CONSTRUCTIVA

Cambia las autofrases de destructivas a constructivas.

HABLAR CON OTRA PERSONA

Identifica con quien puedes hablar, puedes tener números de emergencia.

SENTIR EL DESEO

En ocasiones, más que enfrentar el deseo puede ser útil permitir que pasé por sí solo, respira, analiza lo que ocurre.



Recuerda que muchas situaciones pueden precipitar pensamientos y deseo de consumo, es importante que tengas en cuenta que estrategias puedes utilizar.



BUENA SUERTE

Sesión 5: Solución de problemas



Sesión 6: Metas a largo plazo y planes de acción

TRATAMIENTO GRUPAL EN LÍNEA

METAS A LARGO PLAZO Y PLANES DE ACCIÓN

Analiza las metas que has establecido a lo largo del tratamiento, con la finalidad de evaluar tus avances. Ahora es buen momento para plantear metas a largo plazo en cada uno de los ámbitos que revisaste al inicio del tratamiento.

Personal Escolar/Laboral Familiar Social

METAS
Plantea en términos específicos que te gustaría conseguir

RAZONES
Menciona que te motiva para realizar cada meta

PLAN DE ACCIÓN
Escribe paso a paso que realizarías para conseguir la meta

OBSTÁCULOS
Anticipa que dificultades podrías tener para llevar a cabo tus planes de acción

APOYO SOCIAL
Ten en mente quien te puede ayudar para coseguir tus metas

MUCHO ÉXITO

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN EN EL TRATAMIENTO