



ORIGINAL

Resultados de efectividad de un grupo de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias en el contexto de un hospital de día

O. Torrents^{a,b,*}, A. Mora^a, L. Massana^a, A. Robert^a y A. Tejero^a

^aUnidad de Conductas Adictivas. Servicio de Psiquiatría. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

^bCentro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias. Centro Penitenciario Brians. Barcelona. España.

Recibido el 18 de febrero de 2011; aceptado el 20 de mayo de 2011.

PALABRAS CLAVE

Tratamiento de adicciones; Estrategias de afrontamiento; Resultados de eficacia; Prevención de recaídas

Resumen

Objetivo. El objetivo del presente estudio es mostrar los resultados en términos de efectividad de la aplicación de un grupo de terapia de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias psicoactivas en el contexto de un hospital de día a fin de facilitar el mantenimiento de la abstinencia.

Material y métodos. La muestra del estudio se compone de 38 pacientes asistentes a un programa de 12 sesiones de terapia de apoyo. Para evaluar la eficacia del tratamiento, se ha precisado la administración de un Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento adaptado del *Coping Behaviours Inventory*, así como una subescala de mejoría global de la Escala de Impresión Clínica Global. Por último, también se ha dispuesto de un autoinforme a llenar al final de cada sesión para evaluar la evolución clínica de cada paciente a lo largo del tratamiento.

Resultados. Los datos muestran que los pacientes aprendieron nuevas estrategias de afrontamiento al final del tratamiento ($X = 84,17$), así como una mayor concienciación de la utilidad de dichas estrategias ($X = 89,82$) para afrontar aquellas situaciones que podrían suponer un riesgo de recaída. Los pacientes refieren una menor intensidad del deseo de consumir, así como un mayor grado de control en relación con este al final del tratamiento. Se observa que a mayor frecuencia en el uso de estrategias de afrontamiento hay una mayor efectividad de las mismas ($p < 0,751$).

Conclusiones. Este trabajo plantea que el grupo de estrategias de afrontamiento en un formato terapéutico de grupo puede incluirse como un elemento más dentro del abordaje cognitivo-conductual en la intervención en psicología clínica en el ámbito de las adicciones.

© 2011 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia:

Correo electrónico: orioltg2@hotmail.com (O. Torrents).

KEYWORDS

Addiction treatment;
Coping behaviours;
Effectiveness;
Relapse prevention

Effectiveness of the application of a coping behaviour group in addicts in an out-patient day hospital environment**Abstract**

Introduction. The objective of the present study is to show the results in terms of effectiveness of the application of a coping behaviour group in psychoactive substance addicts in an out-patient hospital environment with the aim of providing the maintenance of abstinence.

Material and methods. The sample of this study is composed of 38 subjects who attended a 12 session program. In order to assess the effectiveness of this treatment, The Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento adapted from Coping Behaviours Inventory has been applied, and also the Global Clinic Impresion Scale Global. Finally, a self-assessment form at the end of each session has also been used to evaluate the clinical evolution of each patient during the entire treatment period.

Results. The data show that the patients are able to learn new coping behaviours at the end of the treatment ($X = 84.17$), and they are aware of the utility of these coping behaviours ($X = 89.82$) to be used in high risk situations. Patients exhibit lower intensity of craving as well as a higher perception of control towards it at the end of the treatment. This study reveals that as higher coping behaviours frequency is the higher their efficacy is ($p < 0.751$).

Conclusions. This study proposes that a coping behaviour group is an element to be included in cognitive-behavioural therapy approaches in the clinical psychology intervention of addictions.

© 2011 Elsevier España, S.L. and SET. All rights reserved.

Introducción

A lo largo de la historia, el tratamiento psicológico de las adicciones ha sufrido varias modificaciones e innovaciones en cuanto a orientaciones teóricas, estilos de intervención y programas de tratamiento. A nivel teórico-práctico, desde el modelo cognitivo-conductual, a raíz de las aportaciones de autores como: Marlatt (1985), con el modelo de prevención de recaídas^{1,2}; Bandura (1977), que contribuye con el concepto de autoeficacia en la teoría del aprendizaje social^{3,4}; Prochaska y Di Clemente (1984), aportando un marco global de conocimiento a través de las etapas de cambio en las adicciones con el modelo transteórico^{5,6}, y Miller y Rollnick (1991), cuyas aportaciones a través de la entrevista motivacional⁷ hacen hincapié en el estilo terapéutico a emplear en la psicoterapia, con la finalidad de motivar al paciente a comprometerse con el cambio de conducta. Se ha podido verificar que la terapia cognitivo-conductual aborda, con índices de mayor eficacia, el tratamiento en el campo de las adicciones. Sin embargo, hay un fenómeno que por ahora sigue resistiéndose al tratamiento y este es el fenómeno de la recaída.

La realidad clínica con la que nos encontramos los profesionales que actuamos en el campo de las adicciones es la evidente dificultad que tiene el paciente para generar cambios a nivel de conducta y pensamiento, así como la capacidad de mantenerlos estables a lo largo del tratamiento. Debido a este fenómeno, un buen abordaje terapéutico debe contemplar la posibilidad de tratar el fenómeno de la recaída con mayor detenimiento: abordando, principalmente, aquellos aspectos concretos que pueden ayudar al paciente a afrontar situaciones de riesgo de consumo, entrenando y potenciando sus estrategias de afrontamiento ante dichas situaciones.

El modelo de afrontamiento en las adicciones es originario del conocimiento teórico-práctico del modelo de afrontamiento al estrés^{3,4} de Bandura (1986), que promovió un estilo de intervención basado en el modelaje, conocido con el término inglés *coping*. Dentro del espectro de las adicciones, las estrategias de afrontamiento se explican a partir del modelo compensatorio, que explica cómo el sujeto tiene cierta responsabilidad al entrar en un comportamiento adictivo, de la misma manera que entiende que es el mismo sujeto quien tiene la responsabilidad de buscar aquellos instrumentos o herramientas necesarias para salir del círculo adictivo. Dichos instrumentos o herramientas a los que se refiere el modelo compensatorio son las estrategias de afrontamiento.

A través de este trabajo, consideramos de gran relevancia realizar un entrenamiento preventivo con pacientes adictos a sustancias (a través de un formato de intervención en grupo), con estrategias de afrontamiento activas ante las situaciones de riesgo de consumo más frecuentes. El objetivo es que los pacientes se sientan más preparados y adopten una postura de mayor concienciación a la hora de afrontar alguna dificultad relacionada con el consumo de sustancias durante y al final del tratamiento. Esta intervención se realizará en el contexto de un hospital de día.

Creemos que este modelo grupal de abordaje puede tener efectos directos por lo que respecta al mantenimiento de la abstinencia a corto plazo, así como la posibilidad de aprender a identificar y a reconocer aquellas conductas de riesgo (conductas desadaptativas) para posteriormente, afrontarlas de una forma más adaptativa en beneficio del compromiso de la abstinencia. Mediante el entrenamiento en estrategias de afrontamiento, los pacientes van a adquirir ciertas habilidades que permitirán obtener una diferencia significativa en el uso de estrategias de afrontamiento entre

el principio y el final del tratamiento. Suponemos, pues, que los pacientes dispondrán de un repertorio de conductas más amplio para afrontar situaciones de riesgo durante el tratamiento, así como en el final. Esto implicará, por una parte, un mayor uso de estrategias de afrontamiento, así como, por otra parte, una mayor concienciación de la utilidad de dichas estrategias para mantener el compromiso de cambio terapéutico. Dicho aprendizaje permitirá dilucidar la utilidad de las estrategias de afrontamiento como indicadores o factores predictores de abstinencia a corto plazo.

Por último, también consideramos que el hecho de hablar sobre los aspectos que pueden complicar la evolución del paciente por lo que respecta a su recuperación hace que este potencie la capacidad de autoobservación consciente (autocontrol) con la finalidad de identificar lo más pronto posible los indicios de deseo de consumo, así como la percepción de control sobre el deseo. Es de esperar que al final del tratamiento, las experiencias relacionadas con el consumo vayan disminuyendo con el tiempo. De forma contraria, es esperable que a medida que el paciente vaya prosperando en el tratamiento, obtenga mayores índices en cuanto a la percepción del control frente el deseo.

La literatura especializada en el campo de las adicciones aporta mucha información atendiendo al concepto de la percepción de autoeficacia^{3,4}. Bandura (1977, pág. 193) define autoeficacia como “la convicción de que uno puede llevar a cabo exitosamente la conducta necesaria para producir los resultados deseados”, lo que en el campo de las adicciones se ha definido como la capacidad para poder manejar el deseo del consumo de drogas. Distintos estudios llevados a cabo han demostrado la evolución variable que sufre la percepción de autoeficacia durante el tratamiento, indicando (en el caso de fumadores) que a medida que avanza el tratamiento el paciente se siente con más confianza para resistir y/o manejar el deseo de consumir, así como que cuanto mayor era la autoeficacia en la etapa de mantenimiento de la abstinencia al terminar el tratamiento, mayor era también el tiempo transcurrido de abstinencia antes de volver a fumar. Burling et al⁸ realizaron de forma similar un estudio sobre la percepción de autoeficacia, pero en este caso en sujetos consumidores de varias sustancias. Los resultados indicaron que los pacientes abstinentes al final del tratamiento presentaron puntuaciones menores en autoeficacia al comienzo del mismo que en el caso de los recaídos, y que su autoeficacia fue en aumento a medida que avanzaba el tratamiento.

El objetivo del estudio es mostrar los resultados en términos de efectividad de la aplicación de un grupo de terapia de estrategias de afrontamiento para pacientes dependientes de sustancias psicoactivas en el contexto de un hospital de día a fin de facilitar el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.

Material y métodos

Sujetos

La muestra del presente estudio proviene de los pacientes que realizan tratamiento en el contexto de un hospital de día, en la Unidad de Toxicomanías del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y que

participan en el grupo de estrategias de afrontamiento que se realiza una vez por semana. Los pacientes han autorizado la utilización de los datos para futuros estudios o publicaciones.

La procedencia de los pacientes es en el 16% de los casos en régimen ambulatorio y el 84% restante, de la unidad de desintoxicación hospitalaria del mismo hospital. De los 38 pacientes estudiados, el 78% son hombres y el 22% mujeres. La media de edad era de 41 años, mostrando la evidencia de una gran heterogeneidad respecto a esta variable. De la misma manera, se constata una gran variabilidad por lo que respecta al uso de sustancias. Por una parte, encontramos que dentro del grupo hay varias personas tratadas por diferentes sustancias que han desarrollado una adicción, y, por otra parte, también destaca la presencia de personas que al mismo tiempo están siendo tratadas por varias sustancias a la vez (policonsumidores). En este sentido, se detecta que, del total del grupo, hay personas que están en tratamiento por una o varias sustancias, siendo éstas mayoritariamente alcohol y cocaína, y en menor medida heroína, cannabis, benzodiacepinas y MDMA o éxtasis. Una amplia mayoría de los pacientes que acceden al hospital de día para tratarse inician el tratamiento con una abstinencia media de unas 2 semanas, que es el tiempo en el que habitualmente están en tratamiento en la sala de desintoxicación.

Procedimiento

Dadas las condiciones asistenciales del hospital de día, el grupo de estrategias de afrontamiento se lleva a cabo con frecuencia semanal y una hora y media de duración. El grupo tiene un formato “lentamente abierto” en el que a medida que va avanzando el programa de sesiones, van ingresando nuevos pacientes, a la vez que van abandonando aquéllos que llevan más tiempo en tratamiento, puesto que finaliza su tiempo de estancia en el hospital de día. El programa terapéutico del grupo de estrategias de afrontamiento dispone de un total de 12 sesiones. Atendiendo a estas circunstancias y a criterios de representación y validez estadística, incluimos en el estudio a todos aquellos pacientes que representan el 50% de la distribución superior en cuanto a la asistencia al grupo. Es decir, se ha seleccionado a aquellos pacientes que han asistido a un mínimo establecido de sesiones en función del nivel de asistencia total, concretamente a un mínimo de cinco sesiones. De los 85 pacientes diagnosticados (según criterios DSM-IV) de trastorno por dependencia a sustancias que entraron en contacto con el grupo de estrategias de afrontamiento, 38 fueron los que cumplieron todos los criterios de inclusión para el estudio que hemos mencionado.

Antes de iniciar el grupo de estrategias de afrontamiento, cuya eficacia terapéutica es el objeto de estudio de esta investigación, a los pacientes que ingresan como nuevos miembros del grupo se les realiza una entrevista diseñada por los psicólogos que dirigen el grupo, en la cual se pregunta, aparte de sus datos personales, la sustancia o sustancias por las cuales se sienten motivados para realizar el tratamiento, la procedencia (unidad de desintoxicación hospitalaria, visitas en dispensario, centros de atención y seguimiento de la red u otros centros), así como su estancia en los servicios previos al ingreso en el hospital de día, el tiempo de abstinencia actual, motivaciones que generan su ingreso o tratamiento, tratamientos realizados con anterioridad, recursos y apoyos

de los que dispone en el exterior (familia, trabajo o entorno social), las expectativas respecto a la temática que abordará el grupo de tratamiento y, por último, se le pregunta si conoce y puede explicar qué quieren decir los siguientes tres conceptos: *craving*, situación de alto riesgo y estrategia de afrontamiento.

Una vez realizada la entrevista, y teniendo en cuenta que uno de los objetivos que nos proponemos en este estudio es conocer el grado de aprendizaje de estrategias de afrontamiento, es en este momento en el que se realiza la administración del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CEA). Este mismo cuestionario se volverá a aplicar de nuevo al final de la estancia del paciente en el hospital de día, obteniendo así un resultado test-retest al final del tratamiento. De los 38 pacientes de la muestra, a 29 se les facilitó el CEA, que proviene de una adaptación del *Coping Behaviours Inventory*⁹. El cuestionario original evaluaba el uso de estrategias de afrontamiento para evitar la respuesta de consumo en casos de pacientes en tratamiento por alcoholismo. Es un cuestionario válido para medir la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales frente a situaciones de riesgo. En los estudios en los que se ha aplicado el *Coping Behaviours Inventory*, se ha observado que pacientes abstinentes mostraban puntuaciones mayores en el *Coping Behaviours Inventory* que los que acababan recayendo. Después de varias aplicaciones en varios estudios y en sustancias diferentes, en nuestro estudio hemos añadido 9 ítems (o estrategias de afrontamiento) al cuestionario original. Estos nuevos elementos del instrumento psicométrico están relacionados con la temática del programa de sesiones del grupo de estrategias de afrontamiento. El CEA adaptado se aplica dos veces, preguntando por dos variables diferentes: la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento (45 ítems) y el grado de efectividad percibida de cada una de ellas (45 ítems).

Los datos del estudio proceden de la aplicación de un programa de 12 sesiones, de frecuencia semanal y con una duración de unos 60-90 minutos cada una de ellas. El contenido de dichas sesiones procede de los autores Marden et al¹⁰ (2001) y Monti et al¹¹ (1989) (tabla 1). Su administración se materializa en formato de grupo. Cada una de las sesiones está específicamente estructurada y originariamente pensada para ser aplicada con un estilo psicoeducativo.

Al final de cada sesión, se deja un tiempo para responder el autoinforme individual que se devuelve a los terapeutas y que recoge: la disposición o preparación del paciente para afrontar alguna situación de riesgo (a valorar del 1 al 10, siendo 1 "no estar nada preparado" y 10 "estar totalmente preparado para afrontar alguna dificultad"), el motivo por el cual se siente así y, por último, el uso de estrategias de afrontamiento durante la semana anterior. Finalmente, se realiza una última pregunta, que consiste en informar sobre el número de experiencias de deseo de consumo que ha tenido la persona durante la semana anterior. Posteriormente, se solicita que valore la intensidad del deseo experimentado (del 1 al 10, siendo 1 "poca intensidad" y 10 "mucha intensidad"), así como que valore la percepción del control sobre dicho deseo (del 1 al 10, siendo 1 "poco control" y 10 "mucho control"). En cuanto a este último apartado, donde se especifica la intensidad y el grado de control respecto al deseo de consumir, no se tienen en cuenta para el análisis estadístico final las puntuaciones de aquellos pacientes que

Tabla 1 Contenido del programa de doce sesiones del grupo de estrategias de afrontamiento^{10,11}

N.º Sesiones	Contenidos
1	El concepto de los estadios de cambio (Prochaska y DiClemente, 1984)
2	Autoeficacia y situaciones de riesgo
3	Control del <i>craving</i> y del impulso de consumir
4	Habilidades para la resolución de problemas
5	Nuevas formas de diversión en la vida y tener acceso a actividades agradables
6	Control de la ira
7	Control de los pensamientos negativos
8	Control de las críticas
9	Uso de un patrón de comunicación efectiva y puesta en práctica de habilidades de rechazo de la sustancia
10	Plan de emergencias y recomrometerse tras un paso atrás
11	Apoyo psicosocial
12	Revisión y cierre

no experimentan deseo de consumir ya que, por consiguiente, no van a poder valorar la intensidad y el grado de control respecto al deseo.

El grupo de estrategias de afrontamiento mantiene la esencia de los grupos terapéuticos, ya que en todo momento mantiene una actitud colectiva hacia el mantenimiento de la abstinencia, pero difiere ligeramente de los grupos de apoyo mutuo, sobre todo en cuanto al papel del terapeuta, que adopta una posición más directiva y, como consecuencia, el paciente asume el papel de colaborador en las instrucciones que recibe del terapeuta.

El número de pacientes que asiste al grupo es muy variable, siempre en función de las características del hospital de día, y puede oscilar de entre un mínimo de 8 pacientes hasta un máximo de 19. El equipo terapéutico titular del grupo de estrategias de afrontamiento está formado por dos o tres terapeutas entrenados para su aplicación.

Cuando el paciente es dado de alta, quedan dos últimos aspectos por abordar. Por una parte, al paciente se le administra por segunda vez el CEA (en su aplicación retest), y por la otra, los terapeutas llenan la Escala de Impresión Clínica Global (CGI), concretamente la subescala de mejoría global¹² (CGI-GI). Esta última subescala informa de la valoración o impresión clínica que tienen los terapeutas, comparando el nivel de mejoría del paciente desde su inicio del tratamiento hasta la situación actual. La valoración se realiza mediante una escala tipo Likert (del 1 al 7, siendo 1 "mucho mejor" y 7 "mucho peor").

Material

El material necesario para la aplicación y recogida de datos ya ha sido mencionado a lo largo de la explicación del procedimiento del estudio y se concreta en los siguientes apartados:

- El manual de aplicación del programa de sesiones para el terapeuta.
- Las “hojas de ejercicio” para trabajar conjuntamente (paciente-terapeuta) en función del contenido de la sesión.
- Una adaptación del CEA de Litman (1983), que se aplica a cada persona en dos ocasiones (test-retest):

- 1) Cuando entra en el grupo.
- 2) Cuando abandona el grupo.

- La CGI (Guy, 1976) para cada paciente, rellenada por los terapeutas al final del período de tratamiento.
- Autoinforme individual aplicado al final de cada una de las sesiones.

Por último, para la recogida y obtención de datos, se han necesitado los programas Excel (del paquete informático Microsoft Office) y el paquete informático-estadístico SPSS V.11.0.

Resultados

Hay varios datos que pueden comentarse dado el elevado número de variables y datos recogidos durante todo el tiempo transcurrido en la aplicación del programa terapéutico. Por este motivo, procedemos a dividir el apartado en dos bloques. La primera parte va a tener un carácter descriptivo de los datos obtenidos mediante el autoinforme y el CEA. Por otra parte, el segundo bloque estará configurado por las conclusiones obtenidas a partir de pruebas estadísticas al realizar varias relaciones entre las variables.

Descripción de los datos

Uno de los primeros datos a tener en cuenta en el estudio son los resultados de la escala disposicional o de preparación para afrontar alguna dificultad o situación de riesgo a

lo largo del tratamiento. Esta escala valora el grado de disposición para mantener los cambios. Los resultados en la figura 1 indican que los pacientes se sienten con menor preparación para afrontar alguna dificultad al final del tratamiento, mostrando puntuaciones más elevadas al principio del programa terapéutico, es decir, autoinformando de una mayor preparación al inicio. En general, hay una gran variabilidad de puntuaciones a lo largo de las sesiones, con una tendencia progresiva a autoinformar puntuaciones más elevadas en el segundo bloque del programa terapéutico.

Por lo que respecta al índice de recaídas durante y a lo largo del tratamiento, los datos se han repartido de la siguiente manera en función de la evolución de cada paciente: del total de los 38 pacientes que configuran la muestra, por una parte, 31 pacientes se han mantenido abstinentes, lo que representa el 81% de la muestra, y por la otra parte, siete pacientes, que representan el 19% restante, han recaído. Haciendo un análisis más específico en el caso de los pacientes que han recaído, hallamos que seis de los pacientes (17% del total de pacientes que constituyen la muestra) han tenido un consumo puntual, volviendo a reiniciar el tratamiento de forma inmediata, así como que un único paciente (2% de la muestra total) ha recaído, reiniciando el patrón de consumo adictivo.

Los resultados obtenidos a través del CEA, en su aplicación test-retest, muestran los siguientes resultados: por lo que respecta a la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, los pacientes concluyen el programa terapéutico registrando un mayor uso de las mismas. La media de los resultados indica que antes de empezar el tratamiento (pre-tratamiento) la media de frecuencia de uso es de $X = 70,1$, y al final del tratamiento (postratamiento), la media de frecuencia de uso es de $X = 84,17$. Por otra parte, las puntuaciones obtenidas de los 29 pacientes que componen la muestra en cuanto al grado de efectividad de las estrategias de afrontamiento muestran un resultado similar, obteniéndose una menor media en las puntuaciones ($X = 81,03$) al inicio del tratamiento y una mayor puntuación ($X = 89,82$) al final del programa de sesiones.

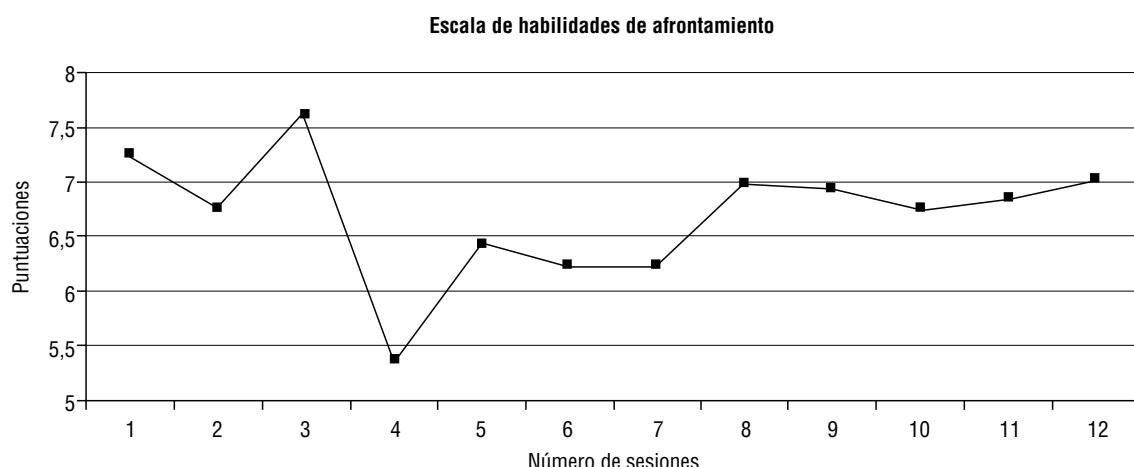


Figura 1 Evolución de los resultados respecto al grado de preparación para afrontar alguna situación de riesgo a lo largo de las doce sesiones del programa terapéutico. Mayores puntuaciones indican una mayor percepción por parte del paciente de la propia capacidad de afrontamiento.

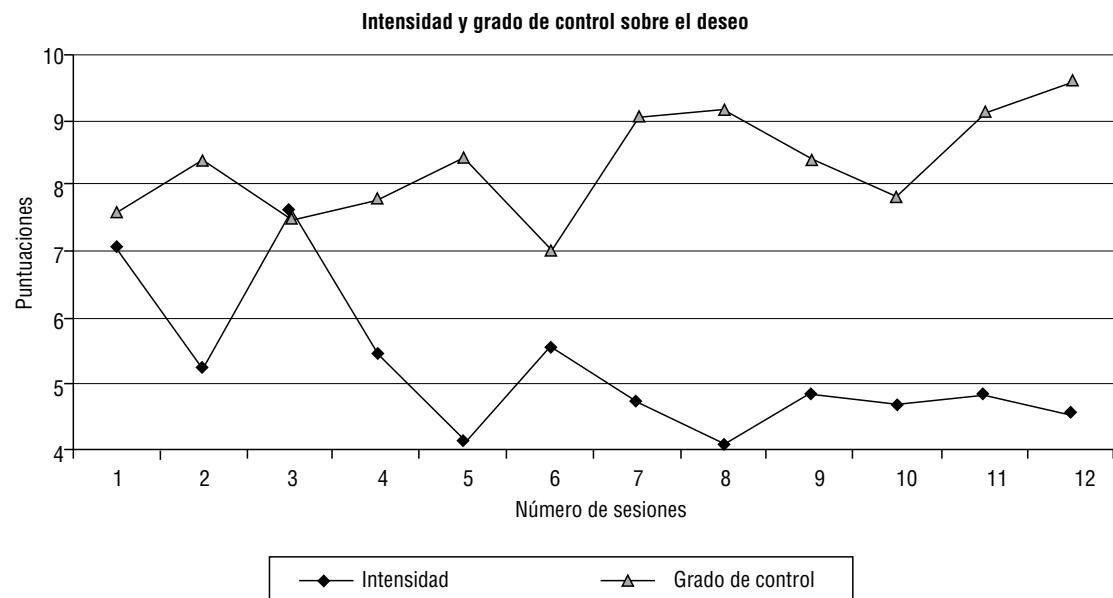


Figura 2 Evolución de los resultados obtenidos a lo largo de las doce sesiones del programa terapéutico, en relación con la intensidad del deseo de consumir y el grado de control experimentado tras el deseo.

En la figura 2 pueden observarse los resultados obtenidos por los pacientes en la valoración de la intensidad del deseo de consumo; los sujetos investigados muestran que tienen una mayor intensidad del deseo de consumir en las primeras fases del programa, con una disminución progresiva de la intensidad en las últimas fases del tratamiento. Es decir, los pacientes perciben o presentan una menor intensidad del deseo de consumir al final del tratamiento. Por lo que respecta a los resultados del grado de control (o percepción de control) sobre la intensidad del deseo de consumir que refieren los pacientes, indica una tendencia general a aumentar el grado de control a medida que avanza el programa de sesiones, obteniéndose una menor percepción del control sobre el deseo en las primeras fases del tratamiento y un mayor grado de control al final del mismo.

Resultados a partir del análisis estadístico

Una vez descritas las variables obtenidas, realizamos un análisis estadístico para ver las conclusiones que pueden obtenerse al combinar ciertas variables significativas.

Uno de los primeros aspectos a tener en cuenta es valorar la consistencia interna de la adaptación del CEA mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. En cuanto a los coeficientes alfa de Cronbach en la aplicación del CEA, en el pretratamiento para cada una de las dos subescalas es de 0,938 para los 45 ítems de la subescala de frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, y de 0,930 para los otros 45 elementos de la subescala grado de efectividad de las estrategias de afrontamiento. También se ha medido la consistencia interna de adaptación del cuestionario en su aplicación postratamiento (retest), obteniéndose unos resultados muy similares para ambas subescalas. El coeficiente alfa de Cronbach en los 45 ítems de la subescala de frecuencia de uso ha sido de 0,930, y de 0,913 en la subescala de grado de efectividad de las estrategias de afrontamiento al final del tratamiento.

Mediante el cálculo de la t de Student, comparando las medias de las dos variables diferenciadas en la aplicación pretratamiento y postratamiento del CEA (tabla 2), obtenemos resultados significativos ($p < 0,005$) por lo que respecta a la diferencia en la subescala de frecuencia de uso

Tabla 2 T de Student ($n = 29$). Comparación de medidas para las dos variables de diferencias pre y postratamiento

	Valor de prueba = 0					
	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior	
Diferencia tras el tratamiento en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento	3,072	28	0,005	10,931	3,64	18,22
Diferencia tras el tratamiento en la efectividad de las estrategias de afrontamiento	1,473	28	0,152	5,655	-2,21	13,52

de las estrategias de afrontamiento antes y después del grupo.

Si procedemos a realizar una nube de puntos entre las puntuaciones pretratamiento y postratamiento para cada una de las subescalas (frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento y grado de efectividad), vemos que en la primera subescala (fig. 3) hay una notable tendencia general a usar más estrategias de afrontamiento al final del tratamiento. De la misma manera, también hay una cierta tendencia (fig. 3) a una mayor conciencia de la utilidad de las estrategias de afrontamiento al finalizar el programa terapéutico.

La última comprobación que hemos realizado con el CEA ha sido su correlación con la subescala CGI-GI, usando como instrumento de cálculo el coeficiente de correlación de Pearson entre CGI-GI y las dos variables de diferencias entre las subescalas del CEA (pre- y postratamiento) (tabla 3). Suponemos que si las diferencias entre las subescalas entre

postratamiento y pretratamiento dan un resultado positivo, es indicativo de un buen funcionamiento del grupo de estrategias de afrontamiento.

Los resultados muestran que a mayor diferencia entre pre- y postratamiento en frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento, hay una menor puntuación en el CGI-GI, lo que equivale a decir que, aquellos pacientes que a nivel clínico son valorados como "mejor" (puntuaciones de 1 y 2 en el CGI-GI) son también los que autoinforman de una mayor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento después de asistir al grupo respecto al uso inicial (antes de iniciar el grupo).

Otro aspecto a resaltar en función de los resultados obtenidos en la correlación estadística es que, a mayor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento hay una mayor efectividad de dichas estrategias. En cuanto a las otras combinaciones entre variables, no aparece ninguna relación lineal significativa más.

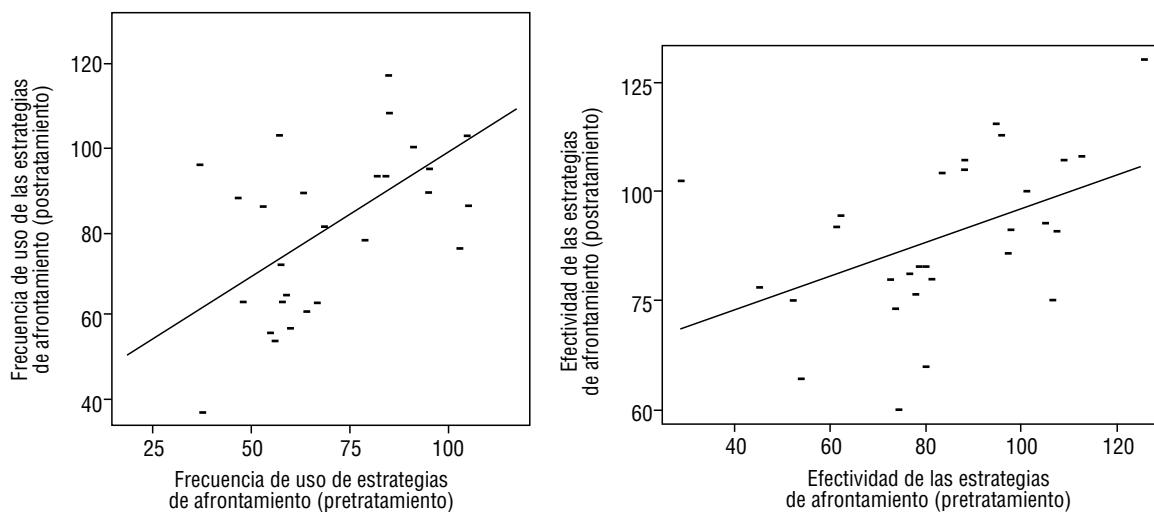


Figura 3 En esta figura puede compararse, por una parte, la línea de tendencia de la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento entre pre- y postratamiento y, por otra parte, la línea de tendencia del grado de efectividad de estrategias de afrontamiento entre pre- y postratamiento.

Tabla 3 Correlación de Pearson entre la subescala de mejoría global de la Escala de Impresión Clínica Global y las dos variables de diferencias de las subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (pre y postratamiento) para los 29 sujetos de la muestra

		CGI	Diferencia tras el tratamiento en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento
Diferencia tras el tratamiento en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,379* 0,042 29	
Diferencia tras el tratamiento en la efectividad de las estrategias de afrontamiento	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-0,237 0,217 29	0,751** 0,000 29

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

CGI: Escala de Impresión Clínica Global.

Discusión

Con base en las conclusiones obtenidas a través de la descripción de datos, y concretamente, por lo que respecta a los resultados obtenidos en las variables “intensidad del deseo” y la “percepción del control” sobre este, vemos que podemos concluir que al final del tratamiento hay una menor intensidad del deseo de consumir (una tendencia progresiva a indicar menos deseos de consumo a medida que avanza el programa de sesiones) y una mayor percepción del grado de control sobre el deseo (también existe una tendencia progresiva, en este caso a la inversa, a obtener mayores puntuaciones en grado de control sobre el deseo al final del tratamiento).

Consideramos que estos resultados muestran que los pacientes se sienten preparados para afrontar alguna dificultad o situación de riesgo con una sensación de autoeficacia. Sin embargo, a tenor de los resultados obtenidos en la escala disposicional o de preparación para afrontar alguna dificultad relacionada con el consumo de sustancias, podemos destacar que los pacientes manifiestan sentirse menos preparados para afrontar una situación de riesgo al final del tratamiento, ya que obtienen puntuaciones mayores en el inicio del programa. Esta ambigüedad en los resultados nos hace reflexionar sobre la posibilidad de existencia de otras variables que puedan estar influyendo la conciencia propia de realidad que parece experimentar el paciente. Consideramos que, a medida que el paciente se está acercando al final del programa de sesiones, cada vez se le hace más evidente el reto de afrontar la salida del tratamiento, lo que le pone en contacto con aquellos procesos cognitivo-emocionales que le producen una mayor inseguridad, lo que inevitablemente afecta a la hora de responder a los instrumentos psicométricos, e informa de una menor preparación para afrontar alguna dificultad o situación de riesgo. A su vez, esto nos plantea otra cuestión referente a las escalas o instrumentos psicométricos, ya que posiblemente hay aspectos psicológicos que no quedan reflejados en los instrumentos de medición. Los casos de la negación son ejemplos de estas situaciones; es decir, considerar que uno está bien cuando la realidad clínica muestra un mal estado del paciente, o por el contrario, los fenómenos como el juicio sesgado por la prudencia del paciente (posiblemente, relacionado por un proceso de atribución interna-estable) que provoca que este tenga un menor autoconcepto sobre su evolución clínica real, y como consecuencia, disminuya su percepción de autoeficacia.

Atendiendo al índice de recaídas del grupo, un 81% de la muestra se ha mantenido abstinente durante el programa de sesiones, lo que es indicativo del éxito y eficacia de la aplicación del grupo. Siguiendo los conceptos de Martlatt^{1,2} (1985) sobre su modelo de la prevención de recaídas en adicciones, no podrían ser considerados sujetos ya recaídos. Probablemente, una ampliación de datos con una mayor muestra de pacientes podría aportar, en términos de eficacia, una mayor significación.

Asimismo, y de cara a futuras aplicaciones o replicaciones del estudio, podría valorarse la posibilidad de realizar un seguimiento de los pacientes a largo plazo para objetivar su evolución, ya que por el momento sólo podemos presentar datos en cuanto a eficacia a corto plazo. También es importante aclarar que los resultados del estudio asumen una muestra de pacientes que están integrados dentro de un

contexto hospitalario donde ellos reciben más prestaciones de cara a su evolución, lo que no permite dilucidar con exactitud la estricta responsabilidad que tiene el grupo sobre la evolución clínica del paciente. Sí podemos responder y mostrar con una cierta seguridad la responsabilidad directa del grupo de cara a la recuperación de los pacientes en lo que se refiere al aprendizaje y adquisición de estrategias de afrontamiento en el caso de las adicciones, y esto sí parece estar suficientemente comprobado por los resultados obtenidos en los datos estadísticos.

A pesar de apuntar la escasa eficacia del grupo en la comparación de medias postratamiento, respecto al aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, así como su incorporación en el repertorio conductual habitual, podemos concluir que hay una tendencia general a indicar que al finalizar el programa de doce sesiones hay un mayor uso de estrategias de afrontamiento, así como una mayor concienciación de la efectividad y utilidad de dichas estrategias para afrontar situaciones de riesgo de consumo que se pueden presentar a lo largo de su tratamiento y postratamiento.

Creemos que el grado de significación sobre la eficacia del grupo puede verse influido por numerosas variables de confusión no controlables como: la gran variabilidad que sufren los pacientes a lo largo de las sesiones, que el instrumento psicométrico valore otros aspectos que no sean los adecuados para extraer conclusiones en términos de eficacia de la intervención, el coeficiente de inteligencia y el nivel socio-cultural del paciente, el deterioro cognitivo asociado al consumo reiterado en el tiempo de sustancias y también la heterogeneidad del grupo en cuanto a la presencia de otros trastornos mentales o de personalidad que cursan en paralelo al trastorno por dependencia a sustancias.

Además, podemos concluir que el mayor uso de estrategias de afrontamiento, es decir, puntuaciones altas en el CEA, es indicativo de buen pronóstico a corto término, ya que las puntuaciones altas en el CEA estaban relacionadas con un buen resultado en la valoración clínica de la evolución del paciente por parte de los terapeutas, así como a una mayor concienciación por parte del paciente a la hora de utilizar estas estrategias como instrumentos válidos para mantener su abstinencia.

Por último, consideramos de especial relevancia destacar que el formato “lentamente abierto” que tiene el grupo produce una limitación importante a la hora de establecer resultados de éxito definitivos, así como en la puesta en práctica del mismo, ya que el ingreso de nuevos pacientes y el aumento del número de participantes a medida que avanza en el programa de sesiones provocan una acumulación excesiva de pacientes y una interferencia en la variabilidad de los resultados. Estos pacientes que ingresan a lo largo del curso del tratamiento grupal presentan una importante carencia de los contenidos trabajados en sesiones anteriores, hecho que dificulta el trabajo grupal e interfiere en el proceso de tratamiento, otorgándoles una clara desventaja respecto a sus compañeros que iniciaron el programa con anterioridad. Por esta razón, consideramos que el grupo de estrategias de afrontamiento podría ser muy útil también para ser aplicado en otros contextos (centros de atención y seguimiento, unidades hospitalarias de desintoxicación, comunidades terapéuticas, centros penitenciarios...) con grupos cerrados y con un número de pacientes que oscilará de ocho a diez miembros.

Conclusiones

En conclusión, consideramos que el grupo de estrategias de afrontamiento aplicado en el contexto del Hospital de Día de la Unidad de Conductas Adictivas del Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, a pesar de sus limitaciones por las condiciones intrínsecas a un servicio de prestación sanitaria, resulta ser un instrumento útil y que aporta resultados terapéuticamente relevantes. Por lo cual, se trata de un elemento más dentro del abordaje cognitivo-conductual en la intervención en psicología clínica en el campo de las adicciones, y de forma específica, un beneficio para el paciente dada la posibilidad de realizar un aprendizaje de aptitudes y habilidades necesarias para afrontar las dificultades reales en las que se encuentra para mantener la abstinencia, y evitar así, el riesgo de una recaída.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*. 1996;91 Suppl:S37-49.
2. Marlatt GA, Donovan DM. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Nueva York: Guilford Press; 2005.
3. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall; 1977.
4. Bandura A. *Self-efficacy in changing societies*. Nueva York: Cambridge University Press; 1995.
5. DiClemente C. *Addiction and change. How addictions develop and addicted people recover*. Nueva York: Guilford Press; 2003.
6. Prochaska J, DiClemente C. *The Transtheoretical approach*. Nueva York: Dow Jones; 1984.
7. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictions behavior*. Nueva York: Guilford Press; 1991.
8. Burling TA, Reilly PM, Moltzen JO, Ziff DC. Self-efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: a predictor of outcome. *J Stud Alcohol*. 1989;50:354-60.
9. Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M. An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British J Addict*. 1993;78:269-76.
10. Marden M, Gaddy G, Crouch C, DiClemente C. *Group treatment for substance abuse. A stages of change. Therapy Manual*. Nueva York: Guilford Press; 2001.
11. Monti PM, Kadden RM, Rohsenow DJ, Cooney NL, Abrams DB. *Treating Alcohol Dependence. A coping skills training guide*. (2.^a ed.) Londres: Guilford Press; 1989.
12. Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville: National Institute Mental Health; 1975.