

# Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas

## *Online group cognitive-behavioral treatment for youth with drug abuse*

Omar Bravo-Alcocer<sup>1</sup>, Kalina Isela Martínez-Martínez<sup>1</sup>,  
Roberto Oropeza-Tena<sup>2</sup> y Cecilia Colunga-Rodríguez<sup>3</sup>

Universidad Autónoma de Aguascalientes<sup>1</sup>  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo<sup>2</sup>  
Universidad de Guadalajara<sup>3</sup>

Autor para correspondencia: Omar Bravo-Alcocer, [omar\\_oba\\_23@hotmail.com](mailto:omar_oba_23@hotmail.com).

### RESUMEN

El abuso de drogas es un problema de salud pública que ha tenido un importante aumento en México. Ante esto, ha sido necesario desarrollar tratamientos psicológicos basados en evidencia empírica. El enfoque cognitivo-conductual ha mostrado ser eficaz para el manejo del consumo de sustancias. Asimismo, el desarrollo de otras modalidades de dichos tratamientos ha generado más alternativas para los usuarios. Así, la modalidad grupal favorece el desarrollo de habilidades sociales y la formación de redes de apoyo, y la telepsicología facilita el acceso al servicio de atención psicológica. El objetivo de la presente investigación fue medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual grupal llevado a cabo en la modalidad de comunicación a distancia. A este efecto, se efectuaron seis sesiones en videollamada y se formó un espacio de interacción asincrónica para los miembros del grupo. Los cambios medidos fueron el patrón de consumo diario a través de un autorregistro, así como los posibles síntomas de ansiedad y depresión. Se utilizó un diseño intrasujeto con tres participantes, siendo las drogas de impacto el alcohol, la marihuana y diversos sedantes. Se hicieron cinco mediciones: pre y postratamiento y tres seguimientos. Los resultados mostraron una reducción del consumo de efecto medio en dos casos y de efecto grande en uno. No fue posible alcanzar la abstinencia en ningún caso; sin embargo, se obtuvo un cambio clínicamente significativo al reducir la ocurrencia de síntomas en los indicadores del estado de ánimo.

**Palabras clave:** Terapia cognitivo-conductual; Psicoterapia de grupo; Trastornos relacionados con sustancias; Telepsicología.

### ABSTRACT

*Drug abuse is a public health problem on the rise in Mexico. Thus, it is necessary to develop psychological treatments based on empirical evidence. The cognitive behavioral approach has shown to be effective for the management of substance use disorders. Likewise, developing other moda-*

<sup>1</sup> Departamento de Psicología, Universidad 940, Ciudad Universitaria, 20100 Aguascalientes, Ags., México. correo electrónico: [isela.martinez@edu.uaa.mx](mailto:isela.martinez@edu.uaa.mx).

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Francisco Villa 450, Col. Dr. Miguel Silva, 58110 Morelia, Mich., México: correo electrónico: [roberto.oropeza@umich.mx](mailto:roberto.oropeza@umich.mx).

<sup>3</sup> Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Pública, Sierra Mojada 950, Col. Independencia, 44340 Guadalajara, Jal., México, correo electrónico: [cecilia.colunga@academicos.udg.mx](mailto:cecilia.colunga@academicos.udg.mx).



*lities of dissemination of treatments generates more alternatives for users. On the one hand, the group modality favors developing social skills and forming support networks. Telepsychology also facilitates access to psychological care services. The objective of the present investigation was to measure the effect of a group cognitive behavioral treatment carried out at a distance. Six video call sessions created a space for group members for asynchronous interaction. The changes measured included the pattern of daily consumption through self-recording, as well as symptoms of anxiety and depression. We used an intrasubject design with three participants to assess the impact on using alcohol, marijuana, and sedatives. Through five measurements: pre and post-treatment and three follow-ups, results showed a reduction in consumption with a medium effect in two cases and a significant effect in one. Total abstinence did not occur in any case but, a clinically significant reduction occurred regarding mood symptoms.*

**Key words:** Cognitive behavioral therapy; Group psychotherapy; Substance-related disorders; Telepsychology.

Enviado: 30/01/2023

Aceptado: 19/09/2023

El consumo de drogas es actualmente un problema de salud en el país y en todo el mundo. De acuerdo con cifras de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés), se estima que 250 millones de personas en el globo (cerca de 5% de la población total de entre 15 y 64 años) ha consumido drogas, siendo las de mayor consumo la cannabis, los opioides, la cocaína y los estimulantes de tipo anfetamínico (UNODC, 2017).

En México, según los datos del *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas* (Organización de los Estados Americanos (OEA), 2019), el consumo de alcohol tiene una prevalencia de consumo de 35.9% en la población general, mientras que la marihuana tiene una de 2%. Los jóvenes y los adultos son los que más consumen dicha sustancia. Respecto a las metanfetaminas, ocupan en México el segundo lugar de consumo en la región, con 0.9%, en tanto que la prevalencia de los

tranquilizantes –entre los que se incluye el clonazepam– es menor de 0.5%.

El consumo de drogas ha mostrado un incremento significativo en el país. Según los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) (Instituto Nacional de Psiquiatría [INP] e Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] (2016), el fenómeno aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016 entre la población total de entre 12 y 65 años. De acuerdo con el INP, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y la Secretaría de Salud (2016), son la marihuana, la cocaína y los inhalables las drogas de mayor consumo.

Tal incremento tiene diversas implicaciones que requieren ser atendidas debido a las consecuencias sociales y de salud en la población derivadas del trastorno por consumo de sustancias (TCS en lo sucesivo), desde la más extrema, como la muerte relacionada con sobredosis por el abuso de ciertas drogas, o el padecimiento de enfermedades como cirrosis, hepatitis y otras, hasta los desórdenes conductuales y los accidentes, entre otras (UNODC, 2017). Ya el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud, en su informe de 2016, reportó que las drogas de mayor impacto son el alcohol, la marihuana y la llamada “cristal”; tal impacto hace referencia a las sustancias que, por su consumo, causan más daño a los usuarios en los aspectos sanitarios, sociales, laborales y escolares (Secretaría de Salud, 2016). Por otra parte, el TCS ha mostrado comorbilidad con otras afecciones a la salud mental. Específicamente, hay estudios sobre la prevalencia de depresión y ansiedad en los usuarios de drogas (Auty *et al.*, 2022; Vaziri-Harami *et al.*, 2022); en efecto, se ha encontrado que los indicadores de depresión y ansiedad son más elevados en las personas que consumen tales sustancias que en quienes no lo hacen (Fooladi *et al.*, 2014).

Debido a lo anterior, en las disciplinas científicas de la salud es necesario desarrollar intervenciones eficaces para las adicciones. Es en este sentido que los tratamientos psicológicos basados en evidencia brindan la posibilidad de probar y

mejorar diferentes opciones para atender a las personas con TCS (Morales *et al.*, 2019; Wood *et al.*, 2020). Entre dichos tratamientos, han sido los derivados del modelo cognitivo-conductual los que han aportado la mayor evidencia acerca de su eficacia (Jiménez *et al.*, 2022). En dicho enfoque, algunas de las estrategias para el manejo del consumo de sustancias son el análisis funcional de las conductas de consumo y el entrenamiento en diversas habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento (McHugh *et al.* 2010; Vujanovic *et al.*, 2017).

El entrenamiento en dichas estrategias se lleva a cabo durante las sesiones de tratamiento, en sus modalidades individual y grupal. En cuanto a la modalidad grupal para el manejo del TCS, también predomina el empleo de tratamientos diseñados a partir del enfoque cognitivo-conductual, de acuerdo con los datos de una revisión sistemática elaborada por Coco *et al.* (2019), según la cual 58% de los estudios analizados corresponden a dicha orientación. En consecuencia, la utilización de tratamientos en la modalidad grupal para la atención de personas con TCS brinda algunos beneficios adicionales respecto a la individual, sobre todo en lo referente a su costo-beneficio al posibilitar la atención a un mayor número de personas en un tiempo relativamente igual (Bernard *et al.*, 2008; Olmstead *et al.*, 2019). Además de lo anterior, en términos terapéuticos para el usuario, favorece la reducción del sentimiento de soledad y una mayor empatía y apoyo social (Söchting, 2014).

Por otra parte, dadas las condiciones de vida que se impusieron ante la pasada pandemia de covid, en las que fue necesario limitar el aforo de personas a un mismo lugar, entre otras medidas, se recurrió a hacer un uso más frecuente de las herramientas tecnológicas para llevar a cabo los servicios de atención psicológica (Gutiérrez, 2020). Ya algunos años antes, se habían investigado las herramientas digitales para llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas a partir de la denominada *telepsicología* (American Psychological Association, 2013; De la Torre y Cebrián, 2018).

Entre los beneficios que brinda utilizar la telepsicología se hallan la agilización de la comunicación entre el usuario y el terapeuta, así como la

posibilidad de llegar a un mayor número de usuarios sin el costo que implica su desplazamiento (Gajarawala y Pelkowski, 2020). Debe considerarse que hay limitaciones debidas a las condiciones de desigualdad social que impiden aún llegar a ciertas zonas debido a que algunas comunidades alejadas de los centros urbanos no cuentan con internet (Lamas y Distéfano, 2015); sin embargo, es esperanzador que los servicios de atención sanitaria se puedan expandir conforme avanza la tecnología.

En cuanto al empleo de telepsicología para el manejo del TCS, también se han desarrollado tratamientos con una base cognitiva-conductual que muestran evidencias de su efectividad. En una investigación de Tiburcio *et al.* (2018) se evaluó un tratamiento autoaplicado en línea frente a dos modalidades presenciales, una autodirigida y otra tradicional, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su eficacia en lo que respecta a los objetivos planteados de reducir el consumo.

Por otra parte, en lo que refiere a los tratamientos grupales en línea, se han hallado evidencias de una efectividad similar entre la aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales llevados a cabo cara a cara y los realizados mediante videollamadas (Gentry *et al.*, 2019). Además, se ha encontrado una menor deserción clínica cuando se llevan a cabo las sesiones a través de videollamada, en comparación con el mismo tratamiento llevado a cabo de forma tradicional (Lin *et al.*, 2019; Tarp *et al.*, 2017).

Por último, en lo que refiere a las técnicas de análisis para medir la efectividad de tratamientos, en el presente estudio se utilizaron métodos propuestos para diseños  $N = 1$ , que son útiles para medidas repetidas en muestras con pocos participantes. Respecto a la evaluación de los cambios en el patrón de consumo, se utilizó la técnica *Nonoverlap of all pairs* (“No solapamiento de todos los pares”, o NAP, por sus siglas en inglés), desarrollada por Parker y Vannest (2009). En un programa de tratamiento de activación conductual para usuarios consumidores de marihuana, Baeza *et al.* (2021) utilizaron dicha técnica en una muestra de ocho participantes, considerándola como la más

adecuada en diseños de caso único debido a que la medición del consumo se efectúa continuamente a lo largo de varias semanas. La otra técnica de análisis fue el CCO (Cambio Clínico Objetivo) (Cardiel, 1994), en este caso para medir los cambios en las pruebas aplicadas pre, post y seguimiento a los participantes en dicho estudio. A ese respecto, Barrera *et al.* (2021), en una muestra de cuatro participantes policonsumidores de drogas, utilizaron asimismo el CCO para medir los cambios en los resultados de las pruebas psicométricas.

Con base en lo anterior, al estar documentados los posibles beneficios de la telepsicología para el manejo del TCS, se llevó a cabo el presente estudio cuyo objetivo fue medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual grupal efectuado en una modalidad en línea, cuya finalidad fue la reducción del consumo de drogas en usuarios jóvenes.

## MÉTODO

### Diseño intrasujetos (N = 1), A-B prospectivo con línea base, de medidas repetidas

Se realizó un muestreo no probalístico por conveniencia. Los participantes fueron tres varones consumidores de sustancias, con una media de edad de 26.3 años (D.E. = 4.62). Las características del tamizaje efectuado para conformar el grupo y las facilidades del tratamiento en línea confirmaron que los participantes habitaban en tres ciudades distintas de dos estados del país (Tabla 1). En los casos de policonsumo, el tratamiento se enfocó en la droga de impacto definida por el propio participante, siendo para el C1 el alcohol, para el C2 la cannabis (consumida como marihuana) y para el C3 los sedantes (clonazepam).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los participantes.

Caso	Edad	Estado civil	Estado de residencia	Ocupación	Puntaje ASSIST	Puntaje CDCS	Puntaje CAD
C1	21	Soltero	Michoacán	Estudiante	Tabaco = 5 Alcohol = 24 Cannabis = 3	9	9
C2	29	Soltero	Michoacán	Técnico quirúrgico	Tabaco = 5 Alcohol = 5 Cannabis = 36 Alucin. = 7	7	5
C3	29	Soltero	Aguascalientes	Profesor	Tabaco = 20 Alcohol = 21 Sedantes = 20	12	15

## Instrumentos

### Línea Base Retrospectiva (LIBARE) (Sobell *et al.*, 2001)

Consiste en 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

Se elaboró un formulario de Google para monitorear la conducta de consumo, consistente en un

cuestionario diario en el que se elegía el día en que se llenaba el formulario, la dosis (con opciones de respuesta desde 0 hasta el consumo máximo reportado) en las semanas de la línea base, así como una pregunta de respuesta abierta para señalar pensamientos y emociones asociadas al consumo.

### Cuestionario Diagnóstico de Consumo de Síntomas (CDCS) (Oropeza y Fukushima, 2011).

Consta de 14 reactivos con opciones de respuesta dicotómicos (sí-no). Su objetivo es conocer si el participante tiene o no dependencia de la sustancia; está basado en los síntomas de dependencia, por lo que cuenta con relevancia clínica aun cuando

no se han medido sus propiedades psicométricas. De acuerdo con el DSM-V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se considera la gravedad del trastorno por consumo de sustancias de la siguiente forma: un trastorno leve si se presentan dos o tres síntomas; moderado de entre cuatro y cinco síntomas, y grave a partir de seis síntomas.

*Cuestionario del Abuso de Drogas (CAD)*  
(De las Fuentes *et al.*, 2001).

Consta de veinte reactivos con respuestas dicotómicas (sí-no) que arrojan cuatro niveles de abuso: puntaje de 0-5, leve; 6-10, moderado; 11-15, fuerte, y 16-20, severo. Su confiabilidad, medida con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, es de .86.

*Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)*  
(Beck *et al.*, 1988).

Adaptado por Sanz *et al.* (2012), está compuesto de 21 reactivos en escala Likert de cuatro opciones de respuesta. Evalúa la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad en la semana anterior a su aplicación. Se reportan cuatro 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  $\alpha$  de 0.90.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI)*  
(Beck *et al.*, 1961).

Adaptado por Sanz *et al.* (2005), consiste en 21 oraciones, cada una con cuatro opciones de respuesta, donde se identifican los síntomas de depresión una semana previa a la aplicación. Se asignan cuatro niveles de depresión según la puntuación final: puntaje de 0-9, mínimo; 10-16, leve; 17-29, moderado, y 30-63, severo). Esta adaptación posee un nivel de confiabilidad  $\alpha$  de 0.89 en la evaluación de los síntomas.

## Procedimiento

El instrumento para realizar el tamizaje en línea fue compartido en una red social digital mediante las opciones de difusión de la propia plataforma de la red, y dirigido a personas residentes en los estados de Michoacán y Aguascalientes (México). Se hizo contacto con quienes respondieron al tamizaje para realizar una primera entrevista y revisar los criterios de inclusión; cuando fue perti-

nente, se les invitó a participar en el tratamiento en línea, informándoles los horarios disponibles.

Un total de diez participantes reunían los criterios de inclusión, de los cuales solo cinco de ellos completaron la entrevista y mostraron interés en participar en el tratamiento grupal. Sin embargo, al final el grupo estuvo compuesto con solo tres de estos participantes, a quienes se les explicó la estructura del tratamiento, que consta de seis sesiones semanales con una duración de una hora y media cada una.

El tratamiento utilizado se basa en la modalidad grupal del Tratamiento Breve para Usuarios de Drogas (TBUD) (Oropeza y Fukushima, 2011). En virtud de la emergencia ocasionada por la pandemia de covid, dicho tratamiento se adaptó para su utilización en línea mediante la revisión de jueces expertos de un material basado en infografías para el usuario. A partir de tal material, se hizo una propuesta para el usuario en archivos digitales a razón de una infografía por sesión, cada una de las cuales se compuso de las principales actividades correspondientes a los objetivos de las seis sesiones. Dicho material fue revisado por otros tres expertos en la aplicación y evaluación de tratamientos cognitivo-conductuales. Después de la revisión y de las necesarias correcciones, el material se compartió en línea con los participantes.

En apego al *Código Ético del Psicólogo* establecido por la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), así como con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 (Secretaría de Gobernación, 2013), se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Se les aclaró que su participación era voluntaria, se especificó el número de sesiones de la intervención, se les explicaron los principios de confidencialidad de las pruebas aplicadas en las distintas fases y los resultados que obtuvieran.

El tratamiento se llevó a cabo por medio de comunicación sincrónica y asincrónica. Se realizaron videollamadas para llevar a cabo las sesiones semanales. Durante el tiempo de las mismas se estableció un tiempo para responder los cuestionarios. Adicional a esto, se abrió un espacio en una aplicación de Google para la comunicación asincrónica. De esta forma, se estableció un sitio donde pudieran externar dudas, se promovió un vínculo entre los integrantes del grupo entre una sesión y otra, y se compartió el material de apoyo

para las sesiones, el cual, como se ha dicho antes, consistió en infografías sobre las actividades centrales de cada una de las sesiones.

### Análisis de resultados

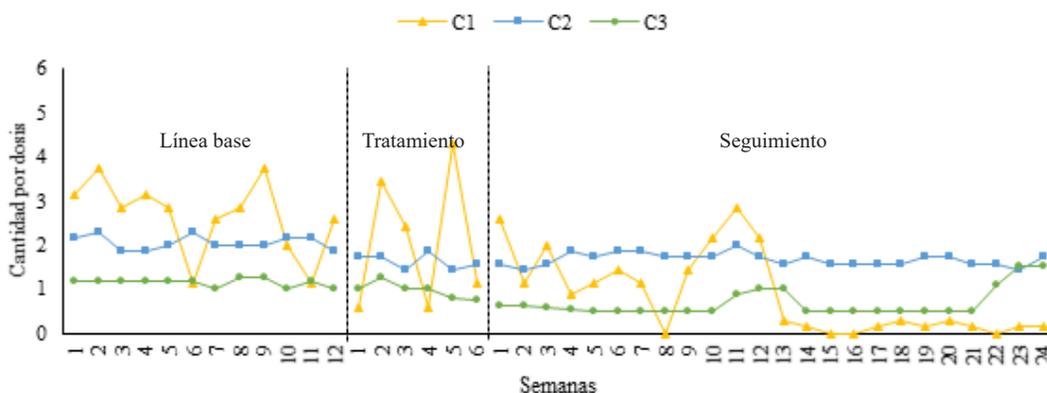
Para identificar el cambio en la conducta de consumo se utilizó la técnica NAP, la cual consiste en comparar cada uno de los datos de la línea base (LB) con los del tratamiento y el seguimiento para obtener un porcentaje de cambio y obtener un porcentaje de no solapamiento de dichos datos. Para ello, a los puntajes en el tratamiento y el seguimiento que son menores a los de la LB se les asigna el valor de 0; cuando son mayores, al dato de tratamiento y seguimiento se les asigna el valor de 1, mientras que en caso de empate se asigna el valor de 0.5. Hecho esto, se suman los valores de solapamientos y empates, se divide entre el total de emparejamientos posibles y se multiplica por 100 para obtener dicho porcentaje. En el presente estudio se obtuvieron los porcentajes de cada seguimiento para evaluar el cambio entre cada una de estas tres mediciones.

Para evaluar el cambio en los resultados obtenidos en las pruebas de depresión y ansiedad se utilizó la técnica de CCO, esto es, obtener un porcentaje de cambio mediante la diferencia entre el postratamiento y el pretratamiento, dividiendo el resultado entre el puntaje del pretratamiento. Se hizo lo mismo para comparar los datos del seguimiento con los del pretratamiento. Debido a que se pretendía la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión, los valores negativos implican una reducción, lo que significa que un cambio igual o menor a 0.20 se consideraría clínicamente significativo, según los criterios de dicho procedimiento.

### RESULTADOS

En lo que atañe al patrón de consumo, se registró la dosis diaria consumida y se obtuvo el promedio semanal (Figura 1). Cabe destacar que solo el C2 reportó un consumo diario, mientras que el C1 y el C3 mostraron en las tres fases más de algún día sin consumo.

**Figura 1.** Patrón de consumo por dosis durante las tres fases.



Del análisis visual resalta que no se logró mantener la abstinencia en ninguno de los tres casos durante la fase de tratamiento. En dicha fase, el C1 presentó reducciones, aunque en dos de las semanas registradas el incremento fue mayor que la mediana de su LB, y en el C2 y C3 hubo una disminución paulatina pero muy leve. Durante las evaluaciones de seguimiento, sólo el C1 mostró

abstinencia durante tres semanas, de forma consecutiva en dos de ellas.

Para identificar el tamaño del efecto mediante la técnica NAP, se comparó la LB con las fases posteriores en cuatro momentos diferentes. Debido a la dependencia serial de los datos (Bono y Arnau, 2014), en cada una de las comparaciones se integran las semanas de evaluación post desde la

primera medición de tratamiento hasta la última de cada fase correspondiente. Para ejemplificar, en lo que se refiere a la evaluación entre LB y S2 se compararon las doce semanas de LB con las seis semanas de tratamiento más las primeras doce de seguimiento, mientras que para evaluar LB y S3 se contrastaron las doce semanas de LB frente a las seis semanas de tratamiento más las veinticuatro de seguimiento.

Como se puede observar en los resultados obtenidos mediante la técnica NAP (Tabla 2), el

cambio en el C1 pasó de un efecto débil al concluir el tratamiento, manteniéndose un ligero incremento en los seguimientos, lo que lo coloca en un efecto medio; en el C2, el cambio se mantiene en un efecto grande tras terminar del tratamiento y en el resto de las fases, y por último, en el C3 se mantiene como un efecto medio después del tratamiento, pese a mostrar cambios sutiles a lo largo de los seguimientos, mostrando así la mayor mejoría en el segundo seguimiento, pero disminuyendo en el tercero.

**Tabla 2.** Resultados del NAP.

Caso	LB – Tx	LB – S1	LB – S2	LB – S3
1	63.89	72.08	71.76	83.06
2	97.92	98.75	95.60	97.36
3	78.47	87.08	92.13	87.36

*Nota:* El rango de los índices del tamaño del efecto y su interpretación para la técnica de NAP son los siguientes: 0-65% = Efecto débil, 66-92%; Efecto medio, y 93-100% = Efecto grande (Bono y Arnau, 2014).

En lo que refiere a las puntuaciones en las evaluaciones de depresión y ansiedad (Tabla 3), se observa un cambio clínico objetivo favorable en dos

de los tres casos (C1 y C2), quienes mantuvieron una reducción igual o menor a -0.20 en las tres mediciones (Tabla 4).

**Tabla 3.** Puntajes totales de la evaluación con el BDI y BAI en las cinco mediciones.

Caso	Depresión					Ansiedad				
	Pre	Post	S1	S2	S3	Pre	Post	S1	S2	S3
1	20	9	12	13	12	7	3	0	4	3
2	5	3	1	2	4	6	3	3	2	2
3	16	22	-	6	10	1	27	-	7	5

*Nota:* el C3 no contestó la evaluación de seguimiento 1, por lo que no se dispone de dicho dato.

**Tabla 4.** Cambio clínico en los inventarios de depresión y ansiedad.

Caso	Depresión				Ansiedad			
	Pre-post	Pre-S1	Pre-S2	Pre-S3	Pre-post	Pre-S1	Pre-S2	Pre-S3
1	-0.55	-0.40	-0.35	-0.40	-0.57	-1.00	-0.43	-0.57
2	-0.40	-0.80	-0.60	-0.20	-0.50	-0.50	-0.67	-0.67
3	0.38		-0.63	-0.38	26.00		6.00	4.00

*Nota:* El C3 no contestó la evaluación de seguimiento 1, por lo que no se dispone dicho dato.

Sin embargo, en el C3 hubo un incremento en la evaluación post, y en lo que refiere al indicador de ansiedad se mantuvieron índices mayores posteriores a la evaluación del pretratamiento.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito medir el efecto de un tratamiento cognitivo-conductual gru-

pal adaptado para efectuarse a distancia mediante videollamadas y comunicaciones escritas asincrónicas. Los indicadores evaluados fueron, en primer lugar, el patrón de consumo, y en segundo, los puntajes de depresión y ansiedad.

En lo que se refiere al consumo, los datos apuntan a una reducción con efecto medio en el C1 y C3 y efecto grande en el C2. Dicho dato se obtuvo con la técnica NAP, que se considera como uno de los métodos de mayor precisión para analizar datos de modificación de conducta en diseños intrasujeto (Bono y Arnau, 2014) debido a que se compara cada uno de los datos de línea base con los de tratamiento y las mediciones posteriores. En sentido estricto, en el presente estudio los datos indican que el consumo durante y después del tratamiento se mantuvo por debajo del observado en las puntuaciones de la línea base; sin embargo, aun con lo anterior podría considerarse como un resultado poco favorable debido a que no se logró la abstinencia sostenida en ninguno de los tres casos.

Tres posibles razones pueden esgrimirse para no haber alcanzado la abstinencia de la sustancias en el presente estudio. En primer lugar, el establecimiento de metas llevado a cabo con los usuarios; en segundo, el policonsumo de la muestra, y en tercero, el tiempo que duró el tratamiento. Cabe mencionar que se trabajó sobre las metas establecidas por los propios participantes durante la primera sesión, cuando solamente el C1 se propuso la abstinencia total como objetivo final, mientras que los otros dos únicamente una reducción. De acuerdo a tales metas, el C2 cumplió su meta final, mientras que el C3 no alcanzó la que se había planteado. En este sentido, y dado el tipo de sustancias utilizadas en cada caso, no haber logrado la abstinencia y permanecer consumiéndolas después del tercer seguimiento, pese a apegarse a las metas personales, se puede considerar como una situación de riesgo para los participantes en virtud de que mantener tal consumo aumenta la probabilidad de recaer en un patrón de consumo igual o mayor que el de la línea base (Chan *et al.*, 2019). La alternativa para futuras intervenciones sería extender el tiempo en el primer tópico, que implica la resolución de la ambivalencia al cambio.

En lo que respecta al policonsumo, hay tratamientos grupales lo suficientemente eficaces en

el enfoque conductual para que los usuarios de drogas logren la abstinencia, si bien en la modalidad presencial (Barrera, *et al.*, 2021). Respecto a la duración del tratamiento, no es posible concluir que haya alterado el logro de dicha abstinencia. Si bien hay reportes de tratamientos de larga duración de hasta sesenta sesiones a través de videollamadas (Tarp *et al.*, 2017), también se logran resultados positivos con tratamientos breves en línea (de entre cuatro a ocho sesiones), también a través de videollamadas, tanto para consumidores de tabaco (Richter *et al.*, 2015) como de alcohol (Kiluk *et al.*, 2016).

Por otro lado, en lo que refiere a los indicadores del estado de ánimo medidos, en dos de los tres casos se obtuvieron cambios clínicos objetivos significativos después del tratamiento (C1 y C2). En el C3 se apreció un incremento de la depresión y la ansiedad en el postratamiento, disminuyendo la primera en los seguimientos, no así la segunda. En los antecedentes revisados en el presente estudio sobre los tratamientos con videollamada no se encontraron mediciones del cambio en el estado de ánimo, pero los datos del presente estudio coinciden con la evidencia de tratamientos grupales presenciales que logran reducir los índices de ansiedad y depresión mediante el tratamiento dirigido al manejo del TCS (Coco *et al.*, 2019).

Por último, como sugerencias para futuras investigaciones en torno a la evaluación de tratamientos psicológicos grupales en línea se propone medir algún otro indicador psicométrico que permita apreciar otro tipo de cambios en los participantes, y además aumentar el tamaño de la muestra y la duración de la intervención. En la revisión sistemática de Lin *et al.* (2019) se reporta a menudo la satisfacción con el tratamiento en más de una intervención en línea. Por otra parte, se sugiere comparar el tratamiento en línea con el mismo tratamiento en la modalidad presencial, así como añadir un grupo control. Pese a no haber conseguido la abstinencia de los participantes, el cambio clínico en el estado de ánimo permite pensar que el tratamiento en línea puede brindar diversos beneficios a la población, por lo que se requiere seguirlo evaluando.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaHCyT) por el apoyo brindado a través de la beca doctoral concedida al primer autor, con número de CVU: 626915.

*Citación:* Bravo-Alcocer, O., Martínez-Martínez, K.I., Oropeza-Tena, R. y Colunga-Rodríguez, C. (2024). Tratamiento cognitivo-conductual grupal en línea para jóvenes con abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 34(2), 225-234. <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2904>

## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2013). *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. Doi: 10.1037/a0035001
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Médica Panamericana.
- Auty, S.G., Lipson, S.K., Stein, M.D. y Reif, S. (2022). Mental health service use in a national sample of college students with co-occurring depression or anxiety and substance use. *Drug and alcohol dependence reports*, 2. Doi: 10.1016/j.dadr.2022.100025
- Baeza T., E.S., Cruz S., E. y Lira, J. (2021). Evaluación de activación conductual en universitarios que consumen marihuana: estudio piloto. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 7(2), 13-22. Doi: 10.28931/riiad.2021.2.02
- Barrera, J.L., Mejía, D. y Moreno A., B. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. Doi: 10.25009/pys.v31i1.2673
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, June, 4, 561-571. Doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Bernard, H., Burlingame, G., Flores, P., Greene, L., Joyce, A., Kobos, J.C. y Feirman, D. (2008). Clinical practice guidelines for group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58(4), 455-542.
- Bono, R. y Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Cardiel R., M. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano y H. García (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp.189-199). Interamericana-McGraw-Hill.
- Chan, G.H., Lo, T.W., Tam, C.H.L. y Lee, G.K.W. (2019). Intrinsic motivation and psychological connectedness to drug abuse and rehabilitation: the perspective of self-determination. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1-17. Doi: 10.3390/ijerph16111934
- Coco, G.L., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M.R., Strauss, B., Schwartz, D., ... y 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. Doi: 10.1016/j.jsat.2019.01.016
- De las Fuentes M., E., Villalpando, J., Oropeza, R., Vázquez, F. y Ayala, H. (2001). *Cuestionario de Abuso de Drogas. Adaptación de un instrumento de tamizaje para población mexicana que consume drogas*. Tesis de licenciatura. UNAM.
- De la Torre M., M. y Cebrián R., P. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Fooladi, N., Jirdehi, R. y Mohtasham-Amiri, Z. (2014). Comparison of depression, anxiety, stress and quality of life in drug abusers with normal subjects. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 159, 712-717. Doi: 10.1016/j.sbspro.2014.12.459
- Gajarawala, S.N. y Pelkowski, J.N. (2020). Telehealth benefits and barriers. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(2), 218-221. Doi: 10.1016/j.nurpra.2020.09.013
- Gentry, M.T., Lapid, M.I., Clark, M.M., Rummans, T.A. (2019). Evidence for telehealth group-based treatment: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(6), 327-342. Doi: 10.1177/1357633X18775855
- Gutiérrez, R. (2020). Propuesta de atención para los servicios de psicoterapia en línea (telepsicoterapia) derivados del Covid-19 en México. *Psicología y Salud*, 30(1), 133-136. Doi: 10.25009/pys.v30i1.2640
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Comisión Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2015). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas*. INPRFM.
- Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Salud Pública (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* (ENCODAT). INP/INSP.

- Jiménez P., A.L., Vargas C., E., Estrada V., N. y Arreola S., I.A. (2022). Práctica basada en evidencia en adicciones: conocimientos y habilidades de psicoterapeutas del noroeste de México. *Acta de Investigación Psicológica*, 12(1), 76-87. Doi: 10.22201/fpsi.20074719e.2022.1.430
- Kiluk, B.D., Devore, K.A., Buck, M.B., Nich, C., Frankforter, T.L., LaPaglia, D.M., Yates, B.T., Gordon, M.A. y Carroll, K.M. (2016). Randomized trial of computerized cognitive behavioral therapy for alcohol use disorders: Efficacy as a virtual stand-alone and treatment add-on compared with standard outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9) 1991-2000. Doi: 10.1111/acer.13162
- Lamas M., C. y Distéfano M., J. (2015). Psicología y tecnología en el nuevo siglo. En V. A. Martínez, P. Godoy P., M.A. Piñeda, M.B. Fantín, M. Cuello P., L. Bower, N. de Andrea, E. González, N. Katzer y E. Lucero M. (Comps.): *Avances y desafíos para la psicología* (pp. 411-421). Nueva Editorial Universitaria.
- Lin, L.A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M.S., Roby, D.H. y McMenamin, S.B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38-49. Doi: 10.1016/j.jsat.2019.03.007
- McHugh, R.K., Hearon, B.A. y Otto, M.W. (2010). Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics*, 33(3), 511-525. Doi: 10.1016/j.psc.2010.04.012
- Morales C., S.M., Félix R., V., Palafox G., P. y Martínez J., L.V. (2019). Conocimientos, habilidades y actitudes profesionales para la intervención breve en adicciones. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 5(2), 8-20. Doi: 10.28931/riiad.2019.2.02
- Olmstead, T.A., Graff, F.S., Ames-Sikora, A., McCrady, B.S., Gaba, A. y 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.
- Organización de los Estados Americanos (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas*. Washington D. C., Oropesa, R. y Fukushima, E. (2011). *Tratamiento breve para usuarios de drogas*. Manuscrito inédito.
- Parker, R.I. y Vannest, K. (2009). An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40(4), 357-367. Doi: 10.1016/j.beth.2008.10.006
- Richter, K., Shireman, T., Ellerbeck, E., Cupertino, A., Catley, D., Cox, L., Preacher, K., Spaulding, R., Mussulman, L., Nazir, N., Hunt, J. y Lambert, L. (2015). Comparative and cost effectiveness of telemedicine versus telephone counseling for smoking cessation. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e113. Doi: 10.2196/jmir.3975
- Sanz, J., García V., M.P., Espinosa, R., Fortún, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121.
- Sanz, J., García V., M.P. y 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.
- Secretaría de Gobernación (2013). Norma Oficial Mexicana. NOM-012-SSA3-2012. *Autorización sanitaria para protocolos de investigación. Criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. Recuperado de [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Informe 2016*. Secretaría de Salud.
- Sobell, L.C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala V., H., Echeverria, L., Leo, G.I., Rybakowski, J.K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, B.S. y Ziolkowski, M. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline follow-back and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331. Doi: 10.1081/JA-100102628
- Söchting, I. (2014). *Cognitive behavioral group therapy: Challenges and opportunities*. John Wiley & Sons.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Trillas.
- Tarp, K., Bojesen, A.B., Mejdal, A. y 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 V., N. y 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. Doi: 10.1080/10826084.2018.1467452
- United Nations Office on Drugs and Crime (2017). *World Drug Report 2017*. UNODC.
- Vaziri-Harami, R., Vaziri-Harami, S. y Tarom, M. (2022). Prevalence of anxiety and depression among engineering students consuming cannabis. *Annals of Medicine and Surgery*, 80. Doi: 10.1016/j.amsu.2022.104144
- Vujanovic, A.A., Meyer, T.D., Heads, A.M., Stotts, A.L., Villarreal, Y.R. y Schmitz, J.M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402-415. Doi: 10.1080/00952990.2016.1199697
- Wood, K., Giannopoulos, V., Louie, E., Baillie, A., Uribe, G., Lee, K.S., Haber, P.S. y Morley, K.C. (2020). The role of clinical champions in facilitating the use of evidence-based practice in drug and alcohol and mental health settings: A systematic review. *Implementation Research and Practice*, 1. Doi: 10.1177/2633489520959072