

Cómo citar este artículo:

Sistal, I. (2023). Intervención psicoeducativa para personas con problemas de adicciones en comunidad terapéutica. *MLS Psychology Research*, 6 (1), 83-103. doi: 10.33000/mlspr.v6i1.1270.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIONES EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Ignacio Sistal Ruiz

Universidad Nacional de Educación a Distancia (España)

nachosistal88@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-6128-1430>

Resumen. La problemática de las adicciones es una realidad palmaria y evidente, la cual es padecida por diferentes culturas a nivel global. El consumo excesivo de sustancias, aparte de su repercusión en el área sanitaria, incide, consecuentemente, en el conjunto de la sociedad. Las comunidades terapéuticas (CT) suponen una modalidad de tratamiento para numerosas personas con problemas de adicciones a diversas sustancias. En ellas se abordan, desde múltiples perspectivas, los cuadros sintomáticos presentes en los usuarios. En muchas ocasiones, el consumo exacerbado de drogas deviene en el desarrollo de una patología dual (PD), la cual se define como aquella asociación entre dos focos clínicos: un trastorno mental (TM) acompañado de un trastorno provocado por el uso de sustancias (TUS). Habida cuenta de este fenómeno, el presente estudio tiene por objeto analizar la eficacia de una intervención psicoeducativa en la calidad de vida de personas con PD, usuarias de una CT (Projecte Home Balears). La muestra seleccionada se divide en dos grupos: experimental y control. Por su parte, la calidad de vida estudiada se evalúa a través de cuatro pruebas: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), y el Cuestionario de Personalidad EPQ-RA (versión abreviada). Se concluye que la PE es eficaz para disminuir los niveles reportados de ansiedad y depresión. Los constructos personalidad y autoestima se mantienen estables para ambos grupos.

Palabras clave: Psicoeducación, Adicciones, Patología Dual, Comunidad Terapéutica.

PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION FOR PEOPLE WITH ADDICTIONS PROBLEMS IN THERAPEUTIC COMMUNITY

Abstract. The problem of addictions is a clear and evident reality, which is suffered globally by several cultures. The excessive consumption of substances, despite its repercussion in the health area, consequently affects society as a whole. Therapeutic communities (TC) represent a treatment modality for numerous people with addiction problems to various substances. They address, from multiple perspectives, the symptoms present in users. On many occasions, exacerbated drug use leads to the development of a dual pathology (DP), which is defined as that association between two clinical focus: a mental disorder (MD) accompanied by a disorder caused by substance use. Given this phenomenon, the present study aims to analyze the efficacy of a psychoeducational intervention on the quality of life of people with DP, users of a TC (Projecte Home Balears). The selected sample is divided into two groups: experimental and control. By means of this selection, the quality of life studied is evaluated through four tests: the Beck Anxiety Inventory (BAI), the Rosenberg Self-Esteem Scale, the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), and the Personality Questionnaire EPQ-R (short version). It is concluded that PE is effective

in reducing reported levels of anxiety and depression. The personality and self-esteem constructs remain stable for both groups.

Keywords: Psychoeducation, Addictions, Dual Pathology, Therapeutic Community.

Introducción

La drogadicción o adicción a sustancias supone una enfermedad cerebral crónica y de carácter recidivante que se determina por la búsqueda y uso compulsivo de drogas, pese a todas las consecuencias dañinas. La adicción se encuentra asociada con el deterioro en diversos aspectos relativos al funcionamiento psicológico, físico y sociolaboral. Se trata de un problema arraigado en todo el mundo y todas las sociedades, responsable directo de millones de muertes, así como múltiples caso de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Singh y Gupta, 2017). Otra definición más sucinta, empero, enfatiza la necesidad imperativa de consumo de una sustancia para experimentar la recompensa que produce; sea ésta de origen natural o sintético (Corvalán, 2017). La figura del adicto es, según Escotado (1998), un arquetipo social por mor del propio personaje adicto. Se trata de una figura sometida a un devenir de menor variabilidad, siendo éste de carácter histórico. Desde hace menos de dos siglos, el adicto deja de ser un agente moral y pasa a convertirse en un enfermo incurable que merece el escarnio público. La imagen que la sociedad tiene de la figura del adicto se ha ido transmutando a lo largo del siglo XX. Es frecuente la polarización en torno a la dicotomía de la opinión sobre personas adictas; moviéndose entre la compasión o el castigo (Bordoy, 1994). Según el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC, 2018): 585.000 personas murieron como resultado del uso de las drogas en el año 2017. 35 millones de personas sufren trastornos derivados de las drogas y requieren servicios de tratamiento. De éstas sólo 1 de cada 7 recibió tratamiento, habida cuenta de que la calidad de los servicios es, a menudo, de peor calidad; aunque el 47% de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial en el año 2017 tuvo lugar entre la población clave (consumidora) y sus parejas. Las personas que se inyectan drogas son 23 veces más propensas a adquirir el virus del VIH que el resto de la población adulta. Respecto de la situación actual en nuestro país (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), el 93% de la población de 15 a 64 años manifiesta haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, convirtiendo al alcohol en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo. Este indicador manifiesta un aumento respecto al dato del año 2017 (91,2%). Por detrás del alcohol, el tabaco ocupa la segunda posición como sustancia psicoactiva de mayor consumo en España. El 70% manifiesta haber fumado tabaco alguna vez en la vida, observándose estabilidad con respecto al año 2017, pues se registró un leve repunte (69,7%). Respecto a los hipnosedantes con o sin receta médica la prevalencia de consumo alguna vez en la vida está situada en el 22,5%, revistiendo un aumento de 1,7 puntos porcentuales respecto del año 2017. En lo concerniente a drogas ilegales, el cannabis aparece, con mucha diferencia, como la que más extendida está en nuestro país; ya que continúa la tendencia creciente de consumo registrada a partir del año 2013, obteniéndose en 2019 el máximo valor del registro histórico (37,5%). Por su parte, la cocaína es la segunda droga ilegal de mayor consumo dentro de nuestras fronteras. El 11,2% de la población de 15 a 64 años reconoce haberla consumido alguna vez en la vida; incrementándose en casi 1 punto porcentual respecto al dato registrado en 2017. En la actualidad, habida cuenta de las diferentes líneas teóricas que pretenden explicar el fenómeno, en la actualidad cobra especial relevancia el prisma teórico de corte cientificista, el cual va a servirse de una serie de conceptos como neuroplasticidad y los mecanismos de recompensa. La neuroplasticidad, por su parte, supone aquella capacidad del sistema nervioso

para poder adaptarse ante condiciones ambientales nuevas, de modo que se permite modificaciones en el comportamiento y estrategias de supervivencia (Apud, 2016). Aquí entran en juego los “mecanismos de recompensa”, unidos a la manera que el cerebro tiene de promover conductas adaptativas de utilidad –alimentación o reproducción–, a través de mecanismos vinculados al placer. El efecto hedónico de recompensa se efectúa por medio del sistema dopaminérgico, el cual involucra a las vías mesolímbico-corticales: área tegmental ventral del mesencéfalo, proyecciones hacia el sistema límbico, y otras áreas, entre ellas la corteza prefrontal (De Sola et al., 2013; Rodríguez et al., 2003). Para los autores Platt et al. (2010) las drogas actúan sobre la neuroplasticidad de los circuitos de recompensa dopaminérgicos, alterando estos mecanismos de ponderación, de modo que se interpondrían entre el premio y la conducta adaptativa; sustituyendo al segundo por el mero placer del consumo.

Comunidades terapéuticas para el tratamiento de adicciones

El término comunidad terapéutica (CT, en adelante) fue acuñado en el seno de hospitales de corte psiquiátrico del Reino Unido, durante la década de los 50. Posteriormente, una década después comenzó a utilizarse con el propósito de denominar a ciertos tratamientos residenciales libres de drogas (Llorente del Pozo y Fernández, 1999). Una CT, -entendida como institución determinada al tratamiento de conductas adictivas-, se encuentra inserta en el “paradigma abstencionista” y, por consiguiente, preconiza que el individuo adicto a sustancias es un enfermo cuya “cura” sólo se logrará si consigue detener el consumo de determinadas sustancias. La CT, en tanto instrumento de cambio y abordaje de la adicción, se adhiere a un modelo simplificado de un sistema social, como revulsivo y catalizador del proceso terapéutico. Dentro de este modelo, todos los acontecimientos acaecidos en la cotidianidad, en su interior, son direccionados, del mismo modo, a la consecución de un resultado terapéutico en el proceso de rehabilitación del paciente (López, s. f.). En este sentido, es precisamente el uso de la comunidad lo que vertebra el tratamiento, sumado al personal de tratamiento y aquellas personas en proceso de recuperación (Farah y Balaguer, 2018). De modo esquemático y, tratando de sintetizar el argumentario de sus principales paladines, las Comunidades Terapéuticas persiguen dos objetivos principales (López, s. f.): 1. Transformar el componente comportamental del usuario, facilitándole las herramientas necesarias para que pueda afrontar con expectativas de éxito los conflictos de tipo ambiental, emocional, y social, que predisponen el consumo de sustancias. 2. Reestructurar o resocializar al paciente o usuario, de modo que sea capaz de interiorizar y poner en práctica los principios y valores inherentes a la comunidad, en tanto que elementos capitales para la reinserción a la sociedad y desarrollo de un estilo de vida saludable.

Psicoeducación como instrumento coadyuvante en el proceso terapéutico

La psicoeducación (PE, en adelante) o intervenciones psicoeducativas constituyen una alternativa eficiente en aras de tratar las exigencias propias de este colectivo. La PE es, desde una concepción meramente informativa, una intervención en la cual se provee a una persona de información sobre una materia determinada; lo cual incluye a un emisor del contenido pertinente. Habida cuenta del colectivo tratado y de su problemática, la PE tiene como primer objetivo ofrecer información concerniente a las drogas, así como sus riesgos; para ello se utilizan lecturas, vídeos, y materiales diversos (Fernández-Castillo et al., s. f.). Por otra parte, la PE es permeable a diferentes métodos que sean susceptibles de ser utilizados en pos del logro de los objetivos originariamente propuestos; esto es, permite integrar de forma sistémica diferentes elementos, técnicas y herramientas (Fernández-Castillo et al., s. f.; Losada y Chica, 2017). El uso de la PE como método para afrontar el consumo de sustancias entre los jóvenes cuenta con ejemplos de su utilidad y eficacia. La Universidad de Minnesota llevó a cabo el

programa Alcohol & College Life, enfocado en ofrecer estrategias de prevención individual para optimizar la seguridad de los estudiantes del campus universitario. Según la estadística, ha quedado demostrado que, dentro de aquellos estudiantes que finalizaron la evaluación del curso, el 97% desarrolló un proceso de autoconciencia en lo que respecta a los contenidos abordados. Por otro lado, también reportaron un aumento en las habilidades aprendidas y, consecuentemente, un cambio real en su comportamiento (Espinosa, 2020). En lo concerniente al impacto de las intervenciones psicoeducativas en la ansiedad y depresión, existe numerosa literatura a propósito de los beneficios en pacientes con enfermedades y trastornos de diversa etiología. En el estudio cuasi-experimental llevado a cabo por Sánchez et al. (2014) se reportaron resultados muy favorables en pacientes de distinto perfil. Los niveles de ansiedad, en una muestra de 65 participantes, presentaron una disminución de casi 8 puntos respecto de la intensidad tras la intervención psicoeducativa. Ésta consistió, entre otros elementos, en la impartición de diferentes técnicas de relajación, a saber, respiración diafragmática, entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz. Por su parte Casañas (2009), tras proceder a una intervención psicoeducativa (modificación de conducta, reestructuración cognitiva y relajación simple) en una muestra de 87 pacientes, obtuvo los siguientes resultados: Se utilizaron las Escalas de Goldberg y HAD. La media de la escala Goldberg al inicio y al final de la intervención grupal fue de 11,7213 (DE 4,63369) y 6,196 (DE 5,208) respectivamente. Tras la comparación del Goldberg al inicio y al final del tratamiento, éste mejoró una media de 5,525 (DE 4,7944) (Intervalo de confianza (IC) 4,297-6,753) siendo este resultado relevante estadísticamente ($p < 0,0001$). La media de la escala HAD al inicio y al final de la intervención grupal fue de 22,282 (DE 7,304) y 14,347 (DE 7,723) respectivamente. Tras proceder a la comparación, la escala HAD, al inicio y al término del tratamiento, mejoró una media de 7,935 (DE 6,357) (IC 6,047-9,823) siendo éste un resultado estadísticamente significativo ($p < 0,001$). De la muestra de 87 pacientes, 74 pacientes mostraron una mejora de la sintomatología en ansiedad y depresión, representando el 85% del total de pacientes intervinientes. Por su parte, la inteligencia emocional (IE), -como componente de PE-, constituye un factor de protección y bienestar; como también facilita la adaptación al entorno, en tanto que dador de capacidad de ajuste social y personal (Martins et al., 2010; Perera y DiGiacomo, 2013). La IE trabajada desde la PE redundará en beneficio de los pacientes o usuarios de un programa terapéutico, pues, de este modo, son capaces de comprender y expresar conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes concernientes a sus emociones (Antonio-Agirre et al., 2017). Con respecto a las intervenciones en PE en grupos de personas con drogodependencias, la intervención llevada a cabo por Benito Delegido (2015) demostró que en pacientes con patología dual (PD) la psicoeducación, en forma de terapia psicoeducativa motivacional breve (TPMB-D), aumenta la motivación para el cambio, así como los conocimientos sobre adicciones y PD más que la terapia ocupacional. La PE muestra su efectividad en casos de psicopatología concomitante, como es el caso de la PD. Es, precisamente, en estos casos donde se debe realizar un abordaje paralelo con las familias de los pacientes o usuarios; de este modo se consigue cubrir todos aquellos aspectos que forman parte del conjunto de la dinámica relacional. De este modo, se consigue: educar a los familiares respecto de la clínica de los diferentes trastornos, etiología, factores que disminuyen o exacerban síntomas graves, alternativas de tratamiento, recursos, enseñar un repertorio de habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda continuada a los familiares, y resolver problemas de diversa índole (Martínez-González, 2012).

Método

Objetivos e hipótesis

El objetivo general de este estudio es analizar si existe relación entre la intervención psicoeducativa propuesta y su impacto en la calidad de vida de los usuarios de una comunidad terapéutica. Los objetivos específicos que se han planteado en esta investigación son los siguientes:

- Abordar temas como la frustración, sentimiento de culpa, inteligencia emocional, y autoestima, en formato de talleres.
- Conocer las estrategias de afrontamiento empleadas por los usuarios en momentos de angustia y desesperación durante su estancia en la comunidad terapéutica.
- Evaluar los resultados de las pruebas de evaluación utilizadas en los constructos de ansiedad, depresión, personalidad y autoestima.
- Analizar si existen diferencias entre el grupo experimental y el grupo control en los resultados de las pruebas de evaluación empleadas.

La hipótesis planteada en este estudio es que aquellos usuarios seleccionados para conformar el grupo experimental puntúen menores niveles de ansiedad y depresión, y mayores niveles en autoestima y personalidad que los usuarios del grupo control. Por consiguiente, el objetivo de este estudio es la constatación de la eficacia y efectividad de la PE en usuarios de una CT para adicciones a sustancias.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 8 pacientes con problemas de adicciones a sustancias y PD. Todos ellos participaron de manera voluntaria en el presente estudio. La edad media de la muestra es de 43, 50 años; la edad más baja fue de 36 años (dos usuarios) y la más alta 58 años. Todos los participantes forman parte de la comunidad terapéutica “Casa Oberta” perteneciente a la fundación “Proyecto Hombre” (Projecte Home Balears), sita en la ciudad de Palma de Mallorca.

Con respecto a las patologías presentes en cada uno de los pacientes, se especifica lo siguiente: paciente 1: depresión unipolar, paciente 2: trastornos límite de la personalidad, paciente 3: depresión unipolar, paciente 4: sin trastorno especificado, paciente 5: depresión unipolar, paciente 6: trastorno límite de la personalidad, paciente 7: depresión unipolar, paciente 8: depresión unipolar.

Para formar parte del estudio, se deberán cumplir los siguientes criterios de inclusión: los participantes deberán vivir en la CT siguiendo el protocolo interno de convivencia, todos ellos deberán pertenecer al grupo de nivel 2 (nomenclatura propia para designar al grupo más avanzado), deberán ser mayores de edad, y aceptar la participación de forma absolutamente voluntaria tras leer la hoja de información del estudio y firmar el consentimiento informado en caso de tener su pleno derecho; o, por el contrario, su tutor/a legal. En este último caso, es asimismo indispensable que el participante acepte la participación voluntaria.

Por su parte, como criterios de exclusión, se establece que aquellos usuarios intervinientes que no tengan capacidad de comprensión para cumplimentar las pruebas de evaluación no podrán, en ningún caso, formar parte de la muestra objeto de estudio. Por otro lado, solamente podrán participar usuarios del programa terapéutico “Casa Oberta” que formen parte del nivel 2, excluyendo al nivel 1.

Diseño

En el presente estudio la metodología se enmarcó en el diseño experimental cuantitativo de tipo longitudinal. El objetivo de esta investigación ha sido analizar el efecto de una intervención psicoeducativa en el grupo experimental, teniendo en cuenta la contrastación por

medio del grupo control. Otros diseños podrían haber sido susceptibles de aplicarse, como el diseño de estudio de casos debido al tamaño de la muestra utilizada.

Las variables que se han considerado son, una variable independiente (VI), constituida por la intervención en PE, y una variable dependiente (VD) –entendida ésta como una evaluación de constructos psicológicos para estudiar el efecto en la calidad de vida–.

Variables estudiadas

Las variables a tener en cuenta son: la intervención psicoeducativa (VI), y el efecto que ésta tiene en el grupo experimental (VD).

La VD está compuesta por un subconjunto de constructos evaluados, a saber, autoestima, depresión, ansiedad, y personalidad.

Instrumentos

Se utilizaron cuatro instrumentos de evaluación. A pesar de tratarse de instrumentos con bastantes años de antigüedad, éstos están estandarizados; contando con la fiabilidad y validez suficientes para llevar a término el cometido propuesto. Todos fueron explicados a los participantes. Se precisan a continuación.

- *Beck Anxiety Inventory* (BAI): es un inventario autoaplicado compuesto por 21 ítems. Éstos describen diferentes síntomas de ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, la puntuación 0 corresponde a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total corresponde a la suma de todos los ítems. Posee elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con respecto a la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. Respecto de la validez, esta prueba tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (Beck et al., 1988).
- Escala de Autoestima de Rosenberg: es una de las escalas de mayor difusión para evaluar globalmente la autoestima. Fue desarrollada originalmente por Rosenberg (1965) para la medición de la autoestima en adolescentes. Incluye 10 únicos ítems, los cuales permiten ahondar en los sentimientos de respeto y aceptación de uno mismo/a. La mitad de los ítems se enuncian en forma positiva, y la otra, en forma negativa. Después de sufrir algunas mejoras, actualmente es común puntuarse en formato tipo Likert, donde los ítems se encuadran en una escala de 4 puntos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). En su corrección se deben invertir las puntuaciones de los ítems enunciados negativamente (3, 5, 8, 9, 10) y posteriormente sumarse todos los ítems. La puntuación total, por consiguiente, oscila entre 10 y 40. La escala muestra índices de fiabilidad altos, a saber, en correlaciones test-retest varía de 0.82 a 0.88, con alfa de Cronbach en un rango de 0.77 a 0.88 (Morris, 1965).
- Escala de Depresión de Hamilton: se trata de una escala diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión de Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptó al castellano y validó la versión reducida de 17 ítems. Su contenido se centra, principalmente, en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, contando con los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad como los que mayor envergadura muestran en el cómputo total de la escala. Cada ítem está valorado de 0 a 2 puntos en algunos casos, y de 0 a 4 en otros. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de

los ítems, constituyéndose un rango de puntuación de 0-52 puntos. Según la Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, se recomienda emplear los siguientes puntos de corte: No deprimido (0-7), Depresión ligera/menor (8-13), Depresión moderada (14-18), Depresión severa (19-22), Depresión muy severa (>23). Respecto de sus propiedades psicométricas, posee buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador varía entre 0,65 y 0,9. En lo concerniente a su validez, según la correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, varía entre 0,8 y 0,9.

- Cuestionario EPQR-A (*Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated*): consta de 24 ítems y 4 subescalas: Extraversión, Neuroticismo, Psicoticismo, y Sinceridad. A éstas corresponden 6 ítems. El formato de respuesta es de Sí (1) vs. No (0), con un rango de puntuaciones entre 0 y 6 para cada una de las subescalas. Las tres primeras se citan para evaluar rasgos de personalidad, mientras que la última evalúa la tendencia a mentir; o más bien, una tendencia a la deseabilidad social. Se han reportado altos niveles de fiabilidad (consistencia interna) y validez convergente y divergente, aunque se asume que la subescala de psicoticismo presenta niveles más bajos de fiabilidad y validez convergente (Sandín et al., 2002).

Procedimiento

Primeramente, y habiendo recibido la pertinente aprobación y autorización de la Fundación Projecte Home y el Comité de Ética e la Universidad, se procedió a la selección de los usuarios para configurar la muestra. A aquellos usuarios que cumplieron los criterios de inclusión, se les informó acerca de la investigación y sus objetivos. Del mismo modo, se les hizo saber que ésta sería totalmente confidencial y anónima; solamente se conocería la edad, el sexo y el nivel de estudios. Asimismo, se les entregó la hoja de información de la investigación y el consentimiento informado, para que lo pudieran firmar en caso de querer formar parte del estudio. Habida cuenta de que la muestra se compondría de 8 sujetos (subdividida en dos subgrupos, experimental y control) y que el número de mujeres es reducido, se asignó a una mujer por grupo.

Una vez firmados los documentos informativos y consentimientos por parte de los usuarios, éstos recibieron instrucciones precisas para la cumplimentación, en primer lugar, de las pruebas de evaluación utilizadas (fase pre-test) durante el mes de octubre de 2021 en las instalaciones de Projecte Home Balears de Palma.

A continuación, se procedió a la realización de cuatro talleres psicoeducativos solamente para el grupo de 4 usuarios que configuraron el grupo experimental. Estos talleres, de una duración aproximada de 80 minutos cada uno, se abordaron temáticas como la frustración, el sentimiento de culpa, la autoestima, y la inteligencia emocional. Se procedió siempre de la misma manera: todos los usuarios del grupo sentados en círculo junto al investigador; primero, se inicia el taller con una lectura del tema a abordar; posteriormente, se procede a plantear situaciones en las cuales se sientan identificados, con los correspondientes estados de ánimo y síntomas físicos/psicológicos, si los hubiera; a continuación, planteamiento de técnicas para mejorar su autoconocimiento, estilos de afrontamiento más adecuados (EA), y reestructurar nodos conceptuales erróneos e ideas disfuncionales (REC); y por último, una breve técnica de relajación en respiración diafragmática con imaginación guiada. Cada una de las cuatro secciones tuvo una duración de 20 minutos, sumando los 80 minutos de cada taller. En el caso concreto de los talleres de inteligencia emocional y autoestima, la segunda sección sufrió modificaciones, centrándose en aquella en situaciones de la comunidad donde ponerse en práctica, y en ésta, se trabajó en torno al diálogo interno.

Posteriormente, una vez finalizados los talleres del grupo experimental, se procedió a la pasación de las pruebas a todos los integrantes de la muestra, es decir, tanto al grupo experimental como al grupo control.

Resultados

El conjunto de datos obtenidos fueron analizados y codificados por medio del programa informático SPSS V.26.0. La matriz de datos efectuada permitió cotejar las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas de evaluación con las características individuales de cada usuario de la muestra. Con posterioridad, se procedió al estudio de datos respecto de la hipótesis planteada y objetivos anteriormente especificados.

La presente investigación tiene por objeto estudiar si, llevando a cabo una intervención psicoeducativa, los niveles de ansiedad y depresión –en primera instancia-, y los niveles de autoestima y rasgos de la personalidad, experimentan variaciones positivas o negativas según el caso. De esta manera, se extrajeron tablas para mostrar los datos descriptivos más relevantes de cara a la investigación, indicándose la media, desviación típica y varianza de las variables (Tabla 1).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos

Edad de los usuarios					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	36,00	2	25,0	25,0	25,0
	37,00	1	12,5	12,5	37,5
	42,00	2	25,0	25,0	62,5
	43,00	1	12,5	12,5	75,0
	54,00	1	12,5	12,5	87,5
	58,00	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Tomada de Autor (2022)

El número de personas que forman parte del estudio, como se ha puntualizado anteriormente, es de 8, (N=8). Atendiendo a la variable edad, se obtiene que las edades de los sujetos se encuentran comprendidas entre 36 y 58 años. (M= 43,5; DT= 8,280). El 75% de los usuarios son hombres y el 25% mujeres. Todos los sujetos pertenecen al programa “Casa Oberta” de Projecte Home Balears y, a su vez, todos padecen algún TUS, quedando circunscritas en el diagnóstico a patología dual. En los anexos se incluyen las tablas con los porcentajes de los usuarios seleccionados en base al grupo del estudio, sexo, edad y nivel de estudios (Tablas 1, 2, 3 y 4). Por otro lado, se incluye también información concerniente a los diferentes diagnósticos clínicos de los sujetos de la muestra (Tabla 5).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos

Nivel de estudios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Elementales	1	12,5	12,5	12,5
	Medios	6	75,0	75,0	87,5
	Superiores	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Tomada de Autor (2022)

Tabla 3

Estadísticos descriptivos

Género de los usuarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mujer	2	25,0	25,0	25,0
	Hombre	6	75,0	75,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Tomada de Autor (2022)

Tabla 4

Estadísticos descriptivos

Grupo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grupo Experimental	4	50,0	50,0	50,0
	Grupo Control	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Tomada de Autor (2022)

Tabla 5

Estadísticos descriptivos

Diagnóstico clínico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TLP	2	25,0	25,0	25,0
	Depresión	4	50,0	50,0	75,0
	Ansiedad crónica	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

Nota: Tomada de Autor (2022)

Con posterioridad, y de cara a poder avanzar con la investigación estadística, se debe conocer si es pertinente y posible realizar pruebas de carácter paramétrico o, por el contrario, se deben usar pruebas no paramétricas. En el supuesto de que se puedan usar pruebas paramétricas, se deben cumplir los supuestos de normalidad y de homogeneidad de varianzas. El supuesto de normalidad se comprueba a través del análisis estadístico de Shapiro-Wilk. Esta

prueba se utiliza en muestras que no superan los 50 sujetos ($N < 50$) y permite contrastar la normalidad mediante el cálculo de la media y la varianza muestral, S^2 , ordenando las observaciones de menor a mayor.

Una vez analizados los resultados obtenidos en la prueba de Shapiro-Wilk, se observa que la muestra no sigue una distribución normal. Habida cuenta de este hecho, se descarta la posibilidad inicial de llevar a cabo un análisis de la varianza (ANOVA) de muestras repetidas. En su lugar, la prueba escogida y apropiada para un caso de estas características es la H de Kruskal-Wallis. Esta prueba permite estudiar, de un modo no paramétrico, si un conjunto de datos proviene de la misma población. Es idéntico al ANOVA, con los datos reemplazados por categorías. La prueba de Kruskal-Wallis no asume normalidad en los datos; sin embargo, sí asume, bajo la hipótesis nula, que los datos empleados provienen de la misma distribución.

Respecto del constructo depresión, evaluado a través de la Escala de Depresión de Hamilton, se observa cómo en la puntuación pre-test para el grupo experimental los valores extremos se ubican entre 2 y 4 (depresión moderada y muy severa respectivamente) con un valor en su mediana de 4 (depresión muy severa). En el caso del grupo control, los valores extremos se sitúan entre 0 y 4 (depresión inexistente y muy severa respectivamente). La misma información se muestra en forma de campos continuos (Figura 1).

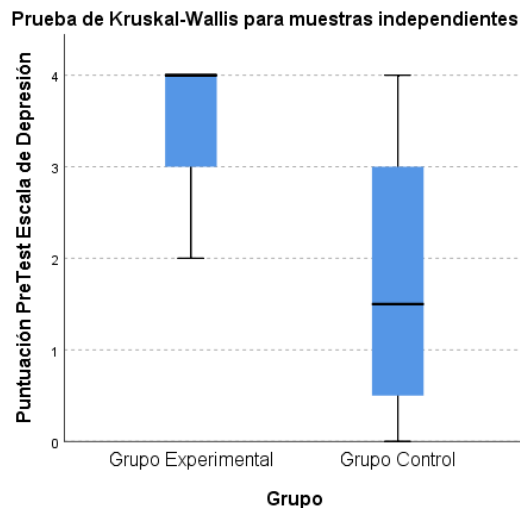


Figura 1: Puntuación PreTest en Escala de Depresión

En contraposición a los valores anteriormente citados, y como resultado de la intervención psicoeducativa, se muestran a continuación los valores en la puntuación relativos al post-test. En el siguiente diagrama de cajas se comprueba cómo los valores extremos para el grupo experimental quedan reducidos a 1 y 3 (depresión ligera/menor y severa respectivamente), con una mediana fijada en el valor 2 (depresión moderada). En cambio el grupo control evidencia un arco mayor para sus puntuaciones en depresión: 0 y 4 (depresión inexistente y depresión muy severa respectivamente). En forma de campos continuos (Figura 2).

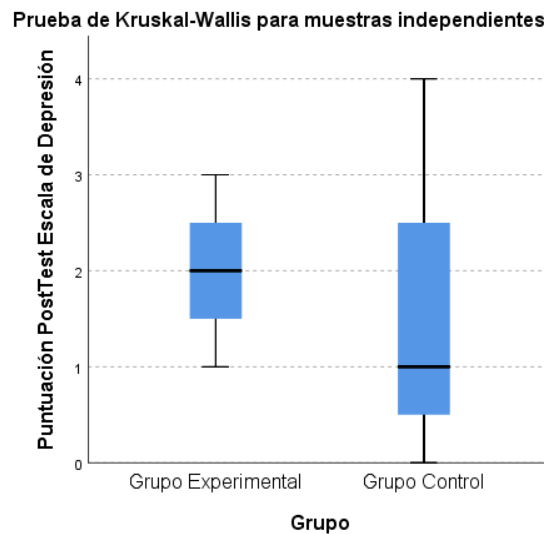


Figura 2: Puntuación PostTest en Escala de Depresión

Con respecto al constructo ansiedad, evaluada a través del BAI (Beck Anxiety Inventory) las puntuaciones en la prueba de Kruskal-Wallis revelan para el grupo experimental en el pre-test una mediana de 3 (ansiedad elevada). Por su parte, es pertinente hacer constar que, la falta del bigote inferior del diagrama asume los mismos valores, es decir, repetidos en la prueba de ansiedad de Beck. En forma de campos continuos (Figura 3).

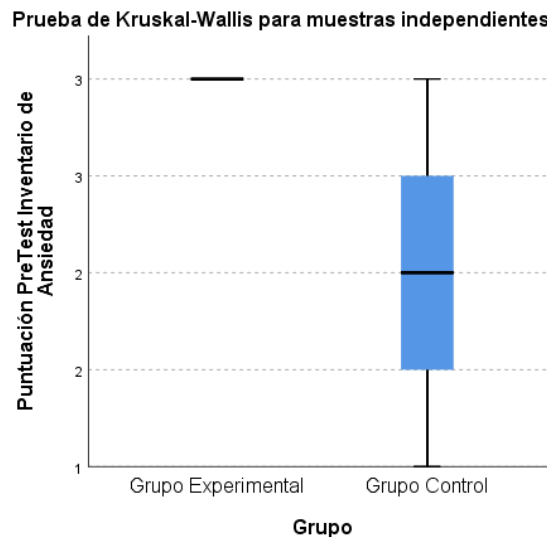


Figura 3: Puntuación PreTest en Inventario de Ansiedad

La siguiente gráfica, perteneciente a las puntuaciones de ansiedad en el post-test, muestran cómo, para el grupo experimental, los valores extremos se sitúan entre el 1 y 2 (ansiedad baja y media respectivamente); con una mediana de 2 (ansiedad media). De este modo se puede observar cómo tras la intervención psicoeducativa el grupo experimental consigue

reducir tanto los valores en la mediana como en valores extremos. En forma de campos continuos (Figura 4).

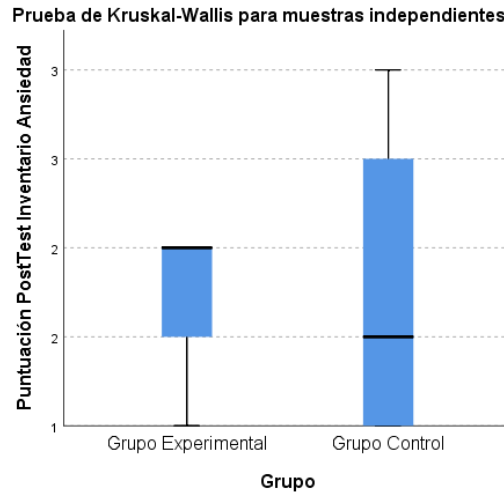


Figura 4: Puntuación PostTest en Inventario de Ansiedad

Para el constructo autoestima, evaluado por medio de la Escala de Autoestima de Rosenberg, la gráfica mostrada a continuación revela las puntuaciones para el pre-test en ambos grupos (Figura 5). En el caso del grupo experimental, los valores extremos se sitúan entre el 1 y 2 (autoestima baja y media) con una mediana de 2 (autoestima media). En el caso particular del grupo control los valores extremos se sitúan entre el 2 y el 3 (autoestima media y elevada), con una mediana de 2 (autoestima media).

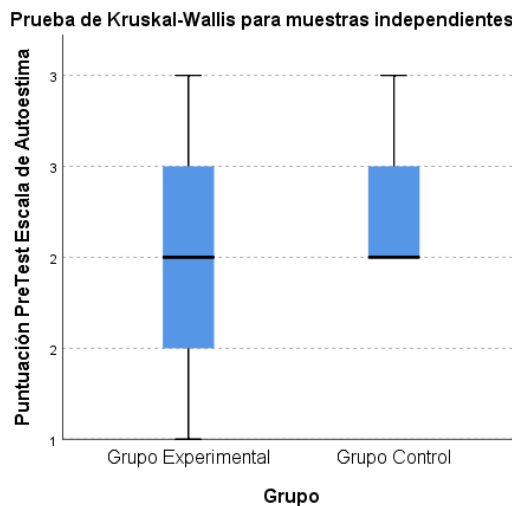


Figura 5: Puntuación PreTest en Escala de Autoestima

La siguiente gráfica, correspondiente al post-test del constructo autoestima (Figura 6). En ella se puede apreciar, para el grupo experimental, unos valores extremos de 2 y 3 (autoestima media y elevada), con una mediana de 2 (autoestima media). En el caso del grupo control, los valores extremos se sitúan entre 2 y 3 (autoestima media y elevada), con una mediana de 2 (autoestima media).

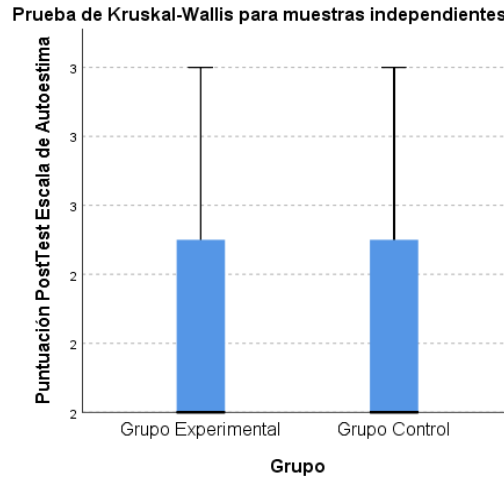


Figura 6: Puntuación PostTest en Escala de Autoestima

A continuación, se muestran las ocho gráficas del constructo personalidad correspondientes a las cuatro subescalas, medida a través del cuestionario EPQR-A (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated), en la fase pre-test y post-test (Figuras 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, y 14) Las cuatro subescalas, como ya se ha citado anteriormente, pertenecen a “neuroticismo”, “psicoticismo”, “extroversión” y “sinceridad”. Los valores posibles abarcan desde el 1 al 5 (siendo el 1 “muy bajo”, el 2 “bajo”, el 3 “Promedio”, el 4 “Alto” y el 5 “Muy alto”). Como se puede apreciar, los resultados observados arrojan puntuaciones muy similares en la fase pre-test y post-test para sendos grupos. Tanto los valores extremos como las medianas ocupan posiciones muy similares en todas las subescalas de personalidad que componen el EPQR-A.

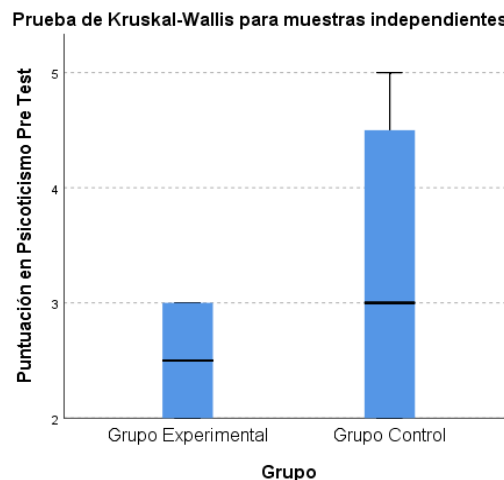


Figura 7: Puntuación PreTest en Psicoticismo

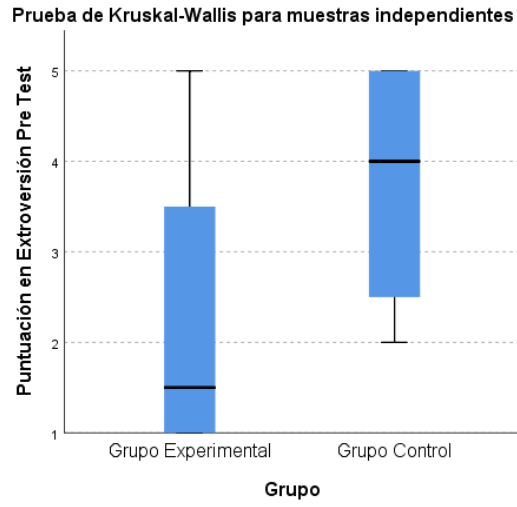


Figura 8: Puntuación PreTest en Extroversión

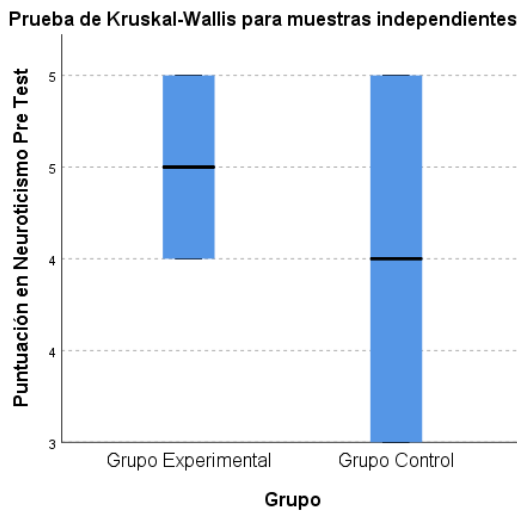


Figura 9: Puntuación PreTest en Neuroticismo

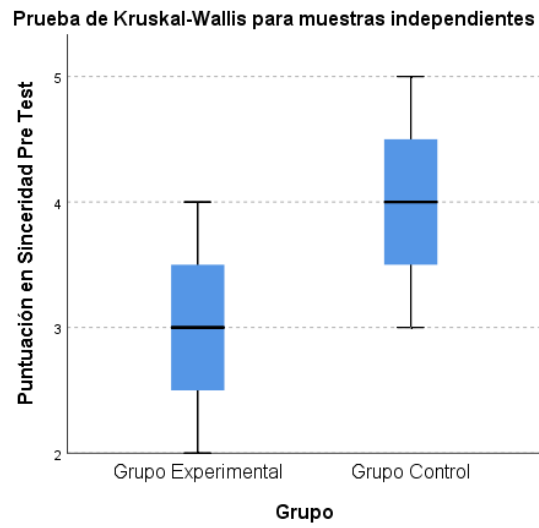


Figura 10: Puntuación PreTest en Sinceridad

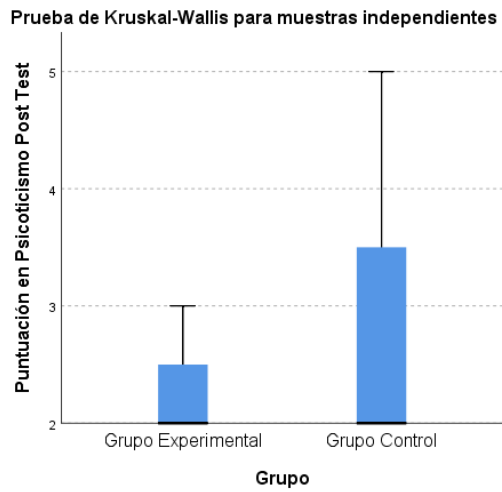


Figura 11: Puntuación PostTest en Psicoticismo

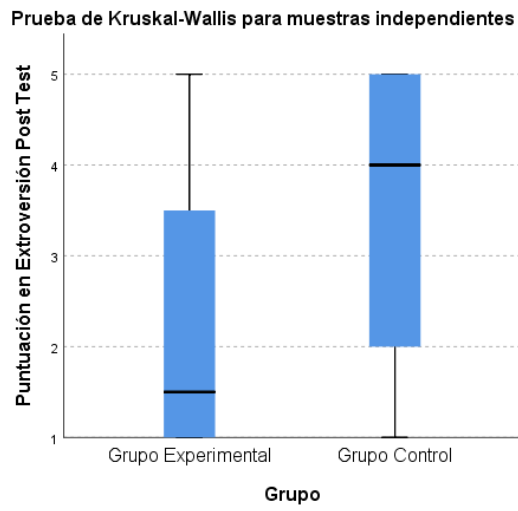


Figura 12: Puntuación PostTest en Extroversión

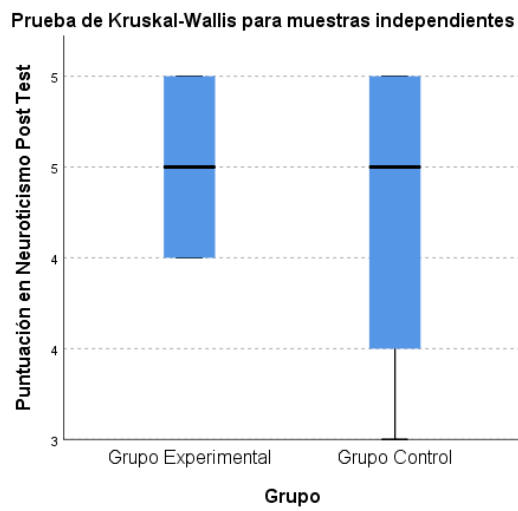


Figura 13: Puntuación PostTest en Neuroticismo

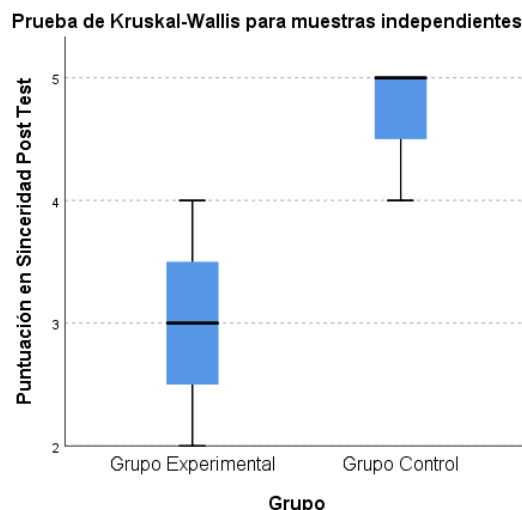


Figura 14: Puntuación PostTest en Sinceridad

Discusión y conclusiones

Conforme a los objetivos iniciales, se ha analizado si se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto a los constructos de ansiedad, depresión, autoestima y personalidad, teniendo en cuenta la intervención en PE llevada a cabo en los grupos control y experimental. Los resultados revelan que, exceptuando los constructos de autoestima y personalidad, la PE es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en usuarios de CT con PD; pues los resultados son estadísticamente significativos. Ha de tenerse en cuenta que todos los participantes que conforman la muestra pertenecen a la misma CT y al mismo programa terapéutico.

La hipótesis inicialmente planteada fue que, tras una intervención psicoeducativa en un programa para usuarios con PD, los usuarios reportaran cambios en los constructos estudiados; siendo el constructo de la personalidad un medidor de rasgos previos al mismo tiempo. Esta hipótesis queda parcialmente rechazada, ya que, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los constructos depresión y ansiedad.

La no plausibilidad de aceptación de la hipótesis inicial para estos dos constructos puede explicarse por diversas razones. En primer lugar, diferentes corrientes teóricas postulan que la personalidad constituye un constructo no tan permeable a los cambios como otros. La personalidad se compone de múltiples componentes y se construye durante la infancia y adolescencia. Es por esto que, habida cuenta de los cambios comportamentales de los usuarios durante su estancia en comunidad, la personalidad es prácticamente fija e inamovible para la práctica totalidad de usuarios. La Teoría de la Personalidad sostiene que la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente configura la personalidad; sumando las expectativas internas de los sujetos (Sinisterra et al., s.f.).

Con respecto a la autoestima, se pudo inferir que, al tratarse de un constructo eminentemente cognitivo, no manifestó cambios lo suficientemente significativos a nivel estadístico para ser tenidos en cuenta. La valoración que una persona hace conscientemente de sí misma atiende a diversos componentes de índole psicológica; es por ello que, en el caso de usuarios con PD y, en su mayoría, con varias recaídas en los consumos de sustancias, la valoración de la autoestima tiende a ser negativa con habitualidad y no manifieste apenas cambios. En un estudio llevado a cabo en Argentina por Cattán (2005) se comprobó que la

autoestima, para los dos grupos de jóvenes que participaron en el estudio, mantuvo niveles bajos y entre niveles bajos y normales respecto de habilidades sociales. Se corroboró la hipótesis de que la autoestima no arrojaba diferencias significativas entre la fase de etapa de admisión y etapa de reinserción social.

Con respecto al constructo ansiedad, se deduce que la impartición de técnicas en relajación como Jacobson (breve) o respiración diafragmática, no sólo redundan beneficiosamente en la disminución de los niveles de ansiedad durante el taller, sino en la calidad de vida de los usuarios de ese momento en adelante. Los niveles de ansiedad reportados en el grupo experimental indican un descenso significativo tras la intervención psicoeducativa; los cuatro usuarios que conformaron este grupo partieron de un nivel de ansiedad grave, y tras la intervención tres de ellos descendieron a nivel de depresión moderada y uno a leve. Esto puede deberse a la comprensión y ulterior asimilación de conceptos inherentes a la ansiedad, así como a la aplicación, por parte de los usuarios, de las técnicas de relajación impartidas. La relajación, dada su aplicabilidad en términos de ejercicios prácticos para el día a día de los usuarios, parece ser de utilidad en momentos de necesidad para ellos: momentos difíciles de la propia convivencia en comunidad, discusiones o disputas entre usuarios, cambios en la medicación por prescripción del equipo médico, etc.

Los niveles de depresión, por su parte, manifiestan un decremento tras la intervención psicoeducativa en el grupo experimental para algunos usuarios. De los cuatro usuarios que conformaron este grupo, uno descendió de “depresión muy severa” a “severa”, y otro de “muy severa” a “moderada”. En base al tamaño muestral, es pertinente subrayar el efecto de disminución en los niveles de depresión. Existen estudios en la literatura científica los cuales resaltan la eficacia de la PE para casos de depresión, siendo ésta más abordable cuando los síntomas son más leves; pero, en cualquier caso, efectiva, aun teniendo en cuenta esta variabilidad en función de la severidad del cuadro sintomático (Casañas et al., 2014).

El tamaño de la muestra (ocho sujetos) supone una limitación al estudio, al no conseguir alcanzar un tamaño muestral más significativo en términos de mayor representatividad de la diversidad de usuarios. La justificación de la pertinencia de este estudio fue contar con el máximo número de usuarios posible para poder realizar la intervención con personas con PD. El resto de usuarios no participantes y miembros de la comunidad terapéutica, declinaron la proposición de participar debido, en su mayoría, a consideraciones de índole médica o de estado emocional frágil. Otro de los motivos que confieren pertinencia a la intervención realizada, y en la línea con lo anterior, es precisamente el conjugar en una muestra a sujetos con PD y el hecho de convivir en una CT; esto es, aunque la muestra sea pequeña, posee valor añadido al incorporar más variables, lo cual lo hace más enriquecedor en el propio hacer investigador.

Como otra limitación muestral, se contempla el hecho de que la muestra seleccionada, así como el conjunto de usuarios convivientes en la CT, no lleve una vida estructurada (vivienda, trabajo, relaciones interpersonales saludables, etc.), repercutiendo en los niveles reportados de los cuatro constructos objeto de estudio en este trabajo. Asimismo, cabe destacar la variedad de diagnósticos presente en los participantes. En este sentido, la muestra es poco representativa de cada trastorno; es por esto que la variable “diagnóstico” únicamente muestra la amalgama de trastornos presentes en una CT centrada en el tratamiento de usuarios con PD. Habida cuenta de este hecho, se propone, como futuras líneas de investigación, realizar otro estudio con una muestra mayor, de modo que sea más representativo y preciso a la hora de establecer relaciones causales entre los diversos trastornos y su mediación en los valores informados de autoestima, depresión, personalidad y ansiedad. Por otro lado, también se sugiere realizar otro estudio en el que, a partir de personas con PD que no se encuentren internas en ningún programa en CT, se tenga en cuenta la posible influencia que pudiera ejercer el hecho de no encontrarse en una comunidad. Algunas fundaciones para personas con problemáticas de adicciones cuentan con programas para aquellos individuos que cuentan con más estructura,

logística y apoyo; se sugiere la posibilidad de abordar otra investigación en programas de esta índole y, de este modo, poder cotejar resultados entre programas de comunidad terapéutica y externos. Por otro lado, se propone la realización de un estudio de mayor duración y de más componentes psicoeducativos en forma de talleres; de manera que se pueda verificar la posible correlación entre tiempo de intervención en PE y resultados en pruebas de evaluación.

En relación a posibles variables que pudieran influir, y como limitación a la hora de registrar con precisión los diferentes constructos medidos por parte de los usuarios, cabe señalar que, no se tiene en cuenta el posible deterioro cognitivo que pudiera tener lugar en algunos usuarios participantes. Como futura línea de investigación, se propone la evaluación del deterioro cognitivo como requisito previo para investigaciones similares de la efectividad de la PE en comunidades terapéuticas.

En consideración a las posibles implicaciones de este estudio, cabe señalarse la aportación en el campo de las adicciones de índole comunitario y social. Por un lado, supone una contribución al sustrato teórico que fundamenta la praxis en materia de intervenciones psicoeducativas similares. Es un aporte a la propia comunidad terapéutica, entendida como concepto adscrito a la rehabilitación y reinserción de personas con estas problemáticas. Las comunidades necesitan aquellos procedimientos terapéuticos que realmente sirvan y sean útiles para los usuarios; por ello, la investigación in situ, contribuye a la mejora en que se conceptúa y se efectúa la terapia, o de complementarla. Por su parte, a un nivel social, la puesta en marcha de estudios que aporten e intenten incidir en la calidad de vida de personas drogodependientes, redundan en beneficio del conjunto de la sociedad.

Conclusión

Las personas con problemas de adicciones que se acompañan de patología dual, manifiestan, con regularidad, diversos problemas conductuales y emocionales. Las consecuencias derivadas de años de consumo y vida desadaptada, revierten en sucesivos desórdenes y trastornos. Por su parte, las comunidades terapéuticas suponen, en muchos casos, una alternativa para personas sin recursos y con adicciones a diferentes sustancias; ya sean cursen éstas con PD o no.

Tras el estudio de los datos obtenidos, se observa que, tras la aplicación de la intervención psicoeducativa en forma de talleres, algunos usuarios de Casa Oberta que conformaron el grupo experimental mejoraron de forma estadísticamente significativa en ansiedad y depresión. Por consiguiente, a partir de estos datos se concluye que el trabajo terapéutico psicoeducativo es, en este sentido, positiva para personas con PD y niveles importantes de ansiedad y depresión.

Respecto del constructo autoestima, se destaca que ésta se mantuvo estable para el grupo experimental, y variable para el grupo control. Por tanto, la intervención en PE no obtuvo resultados positivos estadísticamente significativos.

La personalidad, por su parte, no mostró cambios relevantes para la muestra objeto de estudio. Se concluye que el constructo personalidad tiende a mantenerse de forma prácticamente invariable a lo largo del tiempo y que la intervención psicoeducativa no supuso cambios estadísticamente significativos en la muestra.

En última instancia, y no menos importante, cabe destacar la necesidad de que las CT existentes en nuestro país cuenten con un mayor número de psicólogos clínicos o generales sanitarios. Pues, a pesar de nutrirse de otras disciplinas académicas (trabajo social, pedagogía, orientación laboral, etc.), la labor desarrollada en torno a la terapia grupal o individual debe recaer en profesionales especializados en ese campo y afectos a tal fin.

Referencias

- Antonio-Agirre, I., Esnaola, I., y Rodríguez-Fernández, A. (2017). *La medida de la inteligencia emocional en el ámbito psicoeducativo*. 11.
- Apud, I. (s. f.). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. The crossroad of addiction. Different models in the study of drug dependence. *16*(2), 12.
- Benito Delegido, A. M. (2015). Eficacia de la Terapia Psicoeducativa Motivacional Breve Dual (TPMB-D) en pacientes hospitalizados con trastorno por uso de sustancias y patología dual. <https://doi.org/10.6035/14032.2015.250645>
- Bordoy, H. R. (1994). Los límites, los drogadictos y los tratamientos. 3.
- Casañas, R. (2009). Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: Intervención enfermera. *Presencia*, 5.
- Casañas, R., Catalán, R., Raya, A., y Real, J. (2014). Efectividad de un programa grupal psicoeducativo para la depresión mayor en atención primaria: Ensayo clínico controlado aleatorizado. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(121), 145-146. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000100009>
- Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica. 27.
- Corvalán B., M. P. (2017). El tabaquismo: Una adicción. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, *33*(3), 186-189. <https://doi.org/10.4067/s0717-73482017000300186>
- De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., y Rodríguez de Fonseca, F. (2013). La Impulsividad: ¿Antesala de las Adicciones Comportamentales? *Salud Y Drogas*, *13*(2), 145–155.
- Escohotado, A. (1998). Historia general de las drogas.
- Espinosa, M. S. G. (2020). *Nombre del profesor, Título Académico*. 53.
- Farah, L. E., y Balaguer, G. (2018). *El liderazgo en las comunidades terapéuticas para adictos*. 54.
- Fernández-Castillo, E., Molerio-Pérez, O., y Rodríguez-Martínez, Y. (s. f.). *Pertinencia del empleo de estrategias psicoeducativas en la prevención del consumo de drogas*. 7.
- Llorente del Pozo, J. M., y Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, *11*(4), 329. <https://doi.org/10.20882/adicciones.612>
- López, D. (s. f.). *Dispositivos Contemporáneos de Control Social: Las Comunidades Terapéuticas y “el problema de la droga”*. 21.
- Losada Salgado, N., y Chica Lasso, M. F. (2017). Drogas y educación: Una revisión bibliográfica. *Drugs and Addictive Behavior*, *2*(1), 67. <https://doi.org/10.21501/24631779.2262>

- Martínez-González, J. M. (2012). La psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con dependencia al alcohol y trastorno de la personalidad. *International journal of psychological research*, 1, 8.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 243.
- Perera, H.N. y DiGiacomo, M. (2013). The relationship of trait emotional intelligence with academic performance: A meta-analytic review. *Learning and Individual Differences*, 28, 20-33. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2013.08.002>.
- Platt, M., Watson, K., Hayden, B., Shepherd, S., y Klein, J. (2010). Neuroeconomics: implications for the understanding the neurobiology of addiction. In C. Kuhn G. F. Koob (Eds.). *Advances in the Neuroscience of Addiction*, 193–215.
- Rodríguez, A. C. (2009). *Aspectos teórico-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos*. 12.
- Singh, J., y Gupta, P. (2017). Drug Addiction: Current Trends and Management. *The International Journal of Indian Psychology*, 5, 2348-5396. <https://doi.org/10.25215/0501.057>
- Sinisterra, M. R. M., Cruz, J. L. P., y Díaz, C. A. G. (s. f.). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. 28.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). World Drug Report. https://www.unodc.org/documents/AnnualReport/Annual-Report_2018.pdf

Fecha de recepción: 11/04/2022

Fecha de revisión: 19/10/2022

Fecha de aceptación: 16/01/2023