



UNIVERSIDAD ALZATE DE OZUMBA
INCORPORADA A LA UNAM CLAVE 8898-25

“LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO
ALTERNATIVA PARA LA ABSTINENCIA EN EL CONSUMO DE
CANNABIS SATIVA EN ADOLESCENTES DE 14 A 17 AÑOS DE
CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL DE VALLE DE
CHALCO”

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:
EDUARDO VALENCIA GALICIA

Asesora de tesis:
LIC. EN PSIC. LIZBETH CASTRO AMARO

Ozumba, Estado de México

Febrero, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

**ESTE PROYECTO, LO DEDICO A LAS PERSONAS QUE AMO
Y QUE ME HAN APOYADO TANTO HASTA ESTE DÍA,
A LAS QUE SON DIGNAS DE RESPETO Y ADMIRACIÓN;
A MIS PADRES, QUE SIN SUS SABIOS CONSEJOS Y PROTECCIÓN;
NO SE QUE SERIA DE MI PERSONA,
A MIS HIJAS QUE SON UN MOTIVO DE INSPIRACIÓN
A SUPERARME EN LA VIDA,
Y A TI HERMANA, QUE A PESAR DE LA DISTANCIA;
SIEMPRE ESTUVISTE Y ESTARAS CON TU APOYO
INCONDICIONAL,
MI TRIUNFO ES DE USTEDES, LOS AMO.**

AGRADECIMIENTOS

Elaborar un proyecto de titulación no es nada fácil, no sería posible sin el apoyo de personas hábiles y experimentadas que dominan el tema, es por ello que quiero agradecer a todas aquellas personas que me han acompañado, apoyado y que son parte imprescindible del logro profesional que he realizado, y estas grandes personas son:

Mi Padre espiritual Dios, que de no haber sabido en este tiempo que él me acompaña, y su misericordia es infinita con todos sus hijos que lo buscan, no hubiera concluido esta investigación que fue significativa para el apoyo de sus hijos que experimentan con sustancias psicoactivas; “Ilumina a tus hijos”. Me siento bendecido por los logros que me has permitido tener, y ser elegido al tener un tesoro valioso que es mi familia.

A ti Papá Maximino, que llegaste a ver inalcanzable este proyecto, ¡Míralo aquí esta! Por todo el apoyo que me brindas, gracias a tu conocimiento de vida, confianza, carisma, ímpetu y amor, me volviste una persona competente y con varios propósitos en la vida, Te amo Papá.

A ti mamita Esperanza, por ser una gran mujer de la cual he aprendido a tener paciencia y fe hacia mis metas, te admiro y te doy infinitas gracias por creer en mi todo este tiempo. Por estar siempre con nosotros, y brindarnos ese cobijo tan térmico de Mamá, genere mucha confianza hacia ti y te agradezco todas las palabras de aliento, las cuales no serán en vano, pues siempre las llevare en mi mente y mi corazón, Te Amo Mamá.

A Rosario Natali, por todo este tiempo que has estado conmigo y nunca te diste por vencida de lo que realizaríamos juntos; Mira aquí esta otro triunfo que logramos, te agradezco infinitamente por la compañía que me das, todos los días que me la paso contigo son hermosos, sean buenos o malos, sean alegres o tristes, por tu apoyo y por creer en mis proyectos, ¡gracias! me complementas para ser una persona íntegra y competente, mi hermosa Ardilla, mi amada esposa.

A mis hijas María del Rosario y Luna Natali, porque sin ustedes mi vida no tendría dirección, ustedes son mi inspiración a ser algo más, Tu mi angelito precioso que nunca nos dejas, que siempre nos vigilas y nos cuidas que nada malo nos pase, te extraño y espero un día no muy lejano volverte a ver, mi vida; mi Mary infinitamente amada. A mi hermosa e

inteligente Luna que me demuestras la capacidad de la que fueron dotadas mis hijas, tu que comienzas a corregirme cuando estoy mal en algo, y me demuestras que las cosas se alcanzan con perseverancia, ánimo y disciplina, Las amo infinitamente y les dedico este logro.

A mi hermanita Laura, que de igual forma nunca dudaste de mi capacidad para lograr algo, por todo el apoyo incondicional que me has brindado, por estar y ser parte de esta hermosa familia, de la cual sé, que siempre estará unida a pesar de la distancia, te amo hermana, porque de igual forma llegaste a ser mi auxilio en mis lapsos de aflicción, gracias por todo el apoyo, eres mi inspiración a seguir.

A usted Maestra Lizbeth Castro Amaro, gracias por brindarme su apoyo, comprensión y tener ese privilegio de tenerla como asesora, por hacer de las cátedras las más interesantes e importantes, que terminaron en inducirme hacia un amor a la Psicología. Siempre estará muy presente en mí, sus sabios consejos y sus buenas palabras para motivarme.

A usted Maestra Ivonne Carreón Cazares, por su comprensión y paciencia, pues al no tener estructurado el proyecto, usted contribuyo demasiado a constituir y darle forma a esta investigación, que tuvo éxito, gracias por facilitarme los medios, gracias por dedicarme tiempo espacio en la revisión y corrección, por sus fructíferas cátedras en la Institución. A mis profesores: María del Carmen Ortiz; talentosísima e ingeniosa, al Prof. Juan; por su carisma y predilección a la enseñanza, al Prof. Héctor Medina, por la amistad y por los buenos consejos e interesantes cátedras que expuso. ¡Gracias! a su experiencia y conocimiento que transmitieron; contribuyeron a que me interesara en las necesidades psicológicas de las personas.

A usted Profesor Noel, le agradezco la atención y orientación, a pesar de la poca convivencia que se generó, pude apreciar que es una persona extraordinaria, pues puso en mí paciencia e interés hacia mi trámite de titulación, gracias por su amistad, es una gran persona.

Al Director Institucional de Centros de Integración Juvenil de Valle de Chalco, al Lic. Héctor Alfonso Elizalde Gutiérrez, por todo su apoyo, comprensión y experiencia que me brindo en la estancia en el Instituto. Es una persona con un gran corazón, jamás se me olvidara la enorme oportunidad que me brindo de estar en las Instalaciones de Centros de Integración

Juvenil Valle de Chalco, con esos Adolescentes que fueron víctimas de un consumo experimental, sin tener la noción del verdadero riesgo que llevaba consigo.

A todos ustedes; ¡Gracias!, por contribuir a la realización de este proyecto, siempre los llevare en mi mente y mi Corazón...

“No puedo enseñaros nada, solamente
puedo ayudaros a buscar el
conocimiento dentro de vosotros
mismos lo cual es mucho mejor que
traspasaros mi poca sabiduría”

Sócrates (470 – 399 a.C.)

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
RESUMEN.....	11
INTRODUCCIÓN.....	12
JUSTIFICACIÓN.....	15

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

<i>1.1 Definición.....</i>	<i>17</i>
<i>1.2 Adolescentes propensos al consumo de drogas.....</i>	<i>18</i>
<i>1.3 ¿Por qué los Jóvenes consumen Marihuana?.....</i>	<i>20</i>
<i>1.3.1 ¿Son los Padres los responsables del consumo de drogas en sus hijos?.....</i>	<i>22</i>
<i>1.3.2 ¿Cómo Influyen las relaciones familiares para evitar o propiciar el consumo de drogas?.....</i>	<i>23</i>
<i>1.4 Adolescentes consumidores de alcohol y tabaco, proclives a consumir drogas.....</i>	<i>26</i>
<i>1.5 Lugares donde suele conseguir drogas el Adolescente.....</i>	<i>29</i>
<i>1.6 Personas que comúnmente ofrecen drogas por primera vez a los Adolescentes... </i>	<i>30</i>
<i>1.7 Momento en el que se convierte en problema el uso de Drogas.....</i>	<i>30</i>
<i>1.8 Problemas que se asocian al consumo de Drogas.....</i>	<i>32</i>
<i>1.9 Edad en la que se recomienda hablar de drogas con los hijos.....</i>	<i>33</i>
<i>1.9.1 ¿Cómo puedo saber si mi hijo(a) ha estado consumiendo marihuana?.....</i>	<i>35</i>

CAPITULO 2

DROGADICCIÓN O FARMACODEPENDENCIA

<i>2.1 ¿Qué es una Droga?.....</i>	<i>37</i>
<i>2.1.2 Trastornos de conducta y otros problemas de salud.....</i>	<i>38</i>
<i>2.2 Definición de Drogadicción o Farmacodependencia.....</i>	<i>39</i>
<i>2.3 Tipos de Usuarios que Existen.....</i>	<i>40</i>
<i>2.3.1 Efectos que puede generar la Droga.....</i>	<i>41</i>

2.4	<i>Edad de Inicio en el Consumo de Cannabis y Efectos Dañinos</i>	42
2.4.1	Asociación del consumo de marihuana con accidentes automovilísticos.....	43
2.4.2	<i>Problemas de sueño y alimentación</i>	44
2.4.3	<i>Cáncer y cannabis</i>	45

CAPITULO 3

CANNABIS SATIVA (MARIHUANA)

3.1	<i>Origen de la Cannabis</i>	46
3.2	<i>Antecedentes Históricos y propagación en el Mundo</i>	47
3.3	<i>El Consumo de Marihuana en México</i>	51
3.4	<i>Reporte de Drogas por; La ENCODAT (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017)</i>	54
a)	<i>Tendencias en la edad de inicio del consumo de drogas</i> (Población de 12 a 17 años)	54
b)	<i>Tratamiento y necesidades de atención</i>	55
c)	<i>Factores relacionados con el consumo de drogas</i>	59
1.	<i>Percepción de riesgo y tolerancia social</i>	59
2.	<i>Exposición al consumo de drogas</i>	61
3.	<i>Exposición a la prevención</i>	62
3.5	<i>Panorama Epidemiológico del Consumo</i>	64
3.6	<i>Beneficios del Cannabis en la Medicina</i>	64
3.6.1	<i>México moderno</i>	66
3.6.2	<i>Esperanza para el futuro</i>	67
3.7	<i>Legalización general de la Marihuana en México</i>	68

CAPITULO 4

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

4.1	<i>Definición</i>	72
4.2	<i>Modalidades de Psicoterapia</i>	72
4.3	<i>Breve historia de la Terapia Cognitivo Conductual</i>	78

4.4 Generalidades de la Terapia Cognitivo-Conductual.....	82
4.5 Técnicas Cognitivo – Conductuales.....	84
4.6 Objetivos de la Psicoterapia.....	86
4.7 Efectividad de la Psicoterapia.....	87
4.8 Terapia de Grupo v/s Terapia Individual.....	89
4.9 Tipos de terapia de grupo.....	90
4.9.1 Fases del proceso psicoterapeutico.....	91

CAPITULO 5

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ)

5.1 ¿Qué es CIJ?.....	94
5.2 ¿Cómo está Constituido?.....	94
5.3 Estudios realizados en CIJ.....	95
5.4 ¿Qué programas de prevención ofrece Centros de Integración Juvenil?.....	98
5.5 ¿Cómo es el tratamiento que ofrece Centros de Integración Juvenil?.....	100

CAPITULO 6

MÉTODO

6.1 Tema de Investigación.....	103
6.2 Planteamiento del Problema.....	103
6.3 Hipótesis.....	103
6.4 Objetivo.....	104
6.5 Objetivos Específicos.....	104
6.6 Tipo de Investigación.....	104
6.7 Diseño de investigación.....	104
6.8 Característica general.....	105
6.9 Muestra.....	105
6.10 Variables.....	106
6.11 Procedimiento de aplicación.....	108
6.12 Desarrollo de Técnicas.....	127

CAPITULO 7

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN

<i>7.1 Validez del cuestionario “Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers” (POSIT).....</i>	<i>159</i>
<i>7.2 Reporte del diseño de investigación-acción.....</i>	<i>159</i>
<i>7.3 Evidencia de técnicas aplicadas.....</i>	<i>160</i>
ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN.....	176
RECOMENDACIONES.....	179
ANEXOS.....	180
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	187

RESUMEN

El consumo de Cannabis (Marihuana) en adolescentes es un tema que acontece en la actualidad de manera global, los Padres de familia con escaso conocimiento de riesgos en sus hijos, podrían exponerlos bajo ese tipo de problemas, sin embargo las causas que propician el consumo de drogas obedecen a ciertos factores, como lo es; la creencia de que la droga no hace daño, la presión de amistades, la curiosidad, la suposición de que las drogas pueden ayudarlos a olvidar sus problemas o a calmar su angustia, ansiedad o dolor. Las razones pueden ser numerosas, pero lo importante es saber que el consumo de drogas daña al organismo, la mente y la relación con los demás. Por lo que el objetivo de la presente tesis fue conocer la eficacia de la terapia cognitivo-conductual como alternativa para la abstinencia en el consumo de Cannabis Sativa (Marihuana) en adolescentes. Este estudio utiliza el método experimental, con un diseño de tipo pretest-postest, en el que participaron 4 adolescentes entre la edad de 14 a 17 años, que por sus Instituciones Educativas fueron reportados para llevar una intervención en Centros de Integración Juvenil, ubicado en Valle de Chalco. Los resultados en el postest muestran el reconocimiento del problema e iniciativa para resolver el problema en los adolescentes.

NOTA: Finalmente debo señalar que a lo largo de la tesis utilizo de manera indistinta los términos Mariguana y Marihuana como sinónimos, sin que esto signifique un problema ortográfico.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la lucha de independencia de los Jóvenes y la diferencia ante los padres, “La adolescencia pasa por un periodo de profunda atención donde necesitaran de los padres, que es seguida de una necesidad de independencia, es necesario dar libertad y para ello hay dos caminos; dar libertad sin límites: que es los mismo que abandonar a un hijo; o dar una libertad con límites: que impone; cuidados, observación, contacto afectivo permanente, y un dialogo en el que seguiremos paso a paso la evolución de la necesidad y cambio del adolescente. Considerando la vulnerabilidad del adolescente es evidente que de presentarse los factores de riesgo, esto va a tener impacto en diversas áreas de su vida, particularmente en lo que se refiere a la salud mental, emocional y expresarse en conductas diversas.

El consumo de drogas es un tema de suma importancia en la actualidad, y los jóvenes que representan el 31.4 % (más de la cuarta parte de la población total de México), pueden estar expuestos al contacto de las sustancias psicoactivas, de las cuales pueden ser consumidores. La Marihuana droga ilegal de mayor consumo, en edades cada vez más tempranas en nuestro país, es la droga que ha registrado históricamente una mayor prevalencia.

La adolescencia es una etapa en donde ocurren cambios en distintas esferas como la familiar, la escolar, la relación con amigos y con el sexo opuesto. Ante estos cambios, los adolescentes suelen experimentar con diversas conductas, entre ellas las consideradas como de riesgo. Siendo una de ellas, el consumo de sustancias, la cual se manifiesta por diversas razones, entre las que se encuentran la curiosidad, la búsqueda de sensaciones nuevas, los problemas emocionales y el deseo de ser aceptados en grupos sociales. La evidencia empírica ha mostrado que el consumo de drogas está originado y mantenido por diversos factores de naturaleza multidimensional, los cuales son conocidos como factores de riesgo, que son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que pueden predecir la presencia de una conducta problema, en este caso, el consumo excesivo de sustancias. Contrariamente al consumo excesivo, la interrupción de la sustancia en un consumidor de Marihuana, traerá consigo el deseo de volver a consumirla, a este deseo de agitación o inquietud de no proporcionar al organismo lo acostumbrado, se aplicara la terapia cognitivo-conductual, como alternativa, para desarrollar una posible abstinencia.

El Síndrome de abstinencia lo definimos como los síntomas psíquicos y físicos que aparecen al interrumpir o disminuir de forma abrupta el consumo de alguna droga de la cual se dependió físicamente, estos síntomas presentados en las personas consumidoras y las actitudes de autodestrucción, van adjuntas ante situaciones altamente estresantes, al sentirse sin apoyo o al estar presionados por los “amigos y/o compañeros”, sin embargo esto puede propiciar la regresión ante un consumo ahora más fuerte.

Las recaídas en las que el paciente vuelve a usar drogas durante el tratamiento o al término del mismo, en muchos casos son esperables, pues el paciente está en un proceso de cambio en el que debe aprender a comprometerse con el mismo, relacionarse con amigos que no usen drogas y convencerse de que la sustancia lo daña tanto a él como a su familia. Es importante que las personas cercanas a los pacientes lo ayuden a mantenerse dentro del cambio, evitando situaciones, personas y conductas que puedan llevarlo a una recaída.

La dependencia a la Marihuana, no aparece únicamente en personas de edad adulta, pues veremos adelante como el consumo avanza apresuradamente en edades cada vez más tempranas. Las situaciones como; el tiempo que se lleva consumiendo, la frecuencia, la cantidad y el tipo de sustancia; así como condiciones personales (edad, sexo, etcétera), generaran estos efectos diversos en el organismo.

El proceso de intervención terapéutica implicara que el paciente, reaprenda como vivir sin drogas, se relacione con su familia y amigos, y sea una persona productiva. Este proyecto se enfoca principalmente en el tratamiento de abstinencia ante el consumo de marihuana en adolescentes, la población a la que me enfoque fue adolescentes, que consumieron experimentalmente la Marihuana, sancionados por sus instituciones educativas; por cuestiones de consumo, posesión y venta de Marihuana en las instalaciones educativas, reportados a Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco.

Debido a la exposición y forma de aplicar la terapia como intervención, fue favorecida la intervención con tres adolescentes, aplicando inicialmente el Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT), con el objetivo de detectar y atender oportunamente a usuarios de drogas, personas en riesgo de consumo y vulnerabilidad, posteriormente se aplicó una entrevista inicial con el objetivo de obtener información general, historia y problemas relacionados con el consumo de los adolescentes, para el inicio de la intervención se aplicaran

determinadas técnicas de la terapia cognitivo-conductual, con el objetivo de generar abstinencia ante el consumo de Marihuana, reaprendiendo a vivir sin drogas. Aplicado por segunda ocasión el Cuestionario de tamizaje de Problemas en Adolescentes (POSIT) se pudo observar la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual, al generar un promedio diferencial al de la primera aplicación.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente dentro de los problemas sociales, de salud y seguridad en México, el consumo de drogas constituye uno de los principales problemas a nivel mundial. En México las drogas legales han pasado a ser un componente esencial en el tiempo de ocio de los adultos, por lo que los Jóvenes son atraídos a seguir esas costumbres de su medio. La tolerancia social existente a drogas legales y la escasa percepción de riesgo hacia la ingesta de estas, han contribuido a la iniciación del consumo de sustancias denominadas ilegales, que por cuestiones de experimentación, duda o reto son consumidas por la juventud del presente.

La Marihuana, droga ilegal de mayor consumo en edades cada vez más tempranas en nuestro país, ha sido denominada por el Instituto Nacional en el Abuso de Drogas (NIDA); como «la droga de iniciación a otras sustancias». Hay que considerar los cambios que puede producir esta sustancia en un cerebro que aún se encuentra en desarrollo, habiendo consecuencias perjudiciales, agudas y crónicas en adolescentes, hay que tener presente que es una droga de alto riesgo para nuestra juventud mexicana.

El Abuso de la sustancia va generando a través del consumo continuo, drogodependencia en adolescentes, que susceptiblemente al probar por percibir el efecto o salir de la duda, será poco el porcentaje de los jóvenes a los cuales no se les advendrá el deseo de volver a consumirla nuevamente, para sentir el efecto nuevamente, que según para algunos es placentero, sin darse cuenta que a falta de THC en el organismo, la vulnerabilidad a consumir surgirá, ordenando nuevamente la ingesta de Marihuana.

El desafío por el cual se encontraran los jóvenes, será el encontrar la sustancia en los ambientes de desenvolvimiento, pues el entorno escolar y social donde se desarrollen con sus iguales, hará que surja la incertidumbre en volver a ingerir o no Marihuana. Dentro del grupo de iguales habrá consumidores que inciten a otros compañeros a probarla, siendo en este tipo de situaciones donde se manifieste la capacidad apropiada de los jóvenes a tomar una asertiva decisión ante el consumo, gracias a la intervención familiar, educativa y profesional, la decisión que ellos tomen será inflexible, dejando atrás el desequilibrio, para un adecuado juicio ante el consumo.

Observando e investigando la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual hacia una diversidad de trastornos, decidí crear un programa de intervención psicoterapéutico, basado en la teoría cognitivo-conductual, mediante la aplicación de algunas de sus tantas técnicas) con la que se pueda ayudar a los adolescentes de Centros de Integración Juvenil a modificar la percepción que ellos tienen de las sustancias psicoactivas, mantener un control hacia la ingesta y considerar las consecuencias que provoca el estar bajo los efectos de la Marihuana.

Las prácticas inadecuadas, el carente funcionamiento familiar, la rigidez o la inconsistencia de las pautas normativas y disciplinarias, serán factores de riesgo ante el consumo. Se ha encontrado que el consumo se asocia con la desorganización y el carente apoyo y control familiar, la separación de los padres, la falta unión familiar y la rigidez adaptativa al imponer normas.

Se espera que la realización de esta intervención psicológica, tenga beneficios favorables en los adolescentes, pues el objetivo que se espera, es que a través de la aplicación y enseñanza de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual, se pueda generar una abstinencia ante el consumo experimental de Cannabis.

CAPITULO 1

ADOLESCENCIA

1.1 Definición

Según Kimmel, la Adolescencia es el periodo de transiciones, que abarca el final de la infancia marcado por cambios físicos, hasta el inicio de la edad adulta, identificada por la capacidad de hacer frente a nuevos roles sociales.

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta, durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con

las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y bienestar futuros del individuo. De todo ello, se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que puedan ayudarle a hacer frente a las presiones que experimentan, y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas (OMS, 2018).

1.2 Adolescentes propensos al consumo de drogas

Es esperado que en la adolescencia se presente, con variada intensidad, una gama de problemas psicológicos y sociales, que para quien los tiene son difíciles de entender y sobre todo de manejar por la falta de madurez, experiencia, apoyo y en particular, una base sólida sobre el tema.

El adolescente es un ser que reclama con energía su autonomía e individualidad, aunque es profundamente dependiente de su familia, principalmente de sus padres, que a menudo aparecen como uno de los factores determinantes de lo que se ha definido como “la crisis del adolescente”.

Cuando un adolescente vive en un entorno familiar multiproblemático, debe recibir ayuda externa de corte profesional, y sería ideal que la familia participe activamente en un proceso de terapia familiar para entender y ayudar al adolescente. Investigadores como Ruter (1985) habían advertido que cuando un adolescente tiene dificultades psicológicas durante su desarrollo, estas están asociadas a diversos indicios de disfunción o patología familiar como el divorcio de los padres, discusiones parentales crónicas, enfermedad mental e inestabilidad de los padres.

Una población importante de adolescentes que atraviesan dificultades, establecen relaciones muy conflictivas con sus padres, dado que esto formaría parte del comportamiento psicoafectivo del joven. Estas observaciones ya las hacía Sigmund Freud, cuando mencionaba que es normal para un adolescente tener durante largo tiempo un comportamiento incoherente e imprevisible, de amar a sus padres y de odiarlos, de rebelarse contra ellos y de depender de ellos.

El adolescente debe convencer no solo a sus padres sino también a una parte de sí mismo de que no tiene la necesidad de ellos, de que el mismo y sus padres son diferentes. Por lo tanto el adolescente que cree percibir que no es aceptado, valorado o amado por su familia, llega a sentirse con baja autoestima y autoconcepto, generando una proclividad gradual a diversos tipos de riesgo.

La Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito-UNODC (2013), menciona que adolescentes y jóvenes actúan por simple curiosidad, imitación, sentimiento de invulnerabilidad, rebeldía o afán de independencia. Muchos de ellos y ellas enfrentan el peligro de iniciarse en el consumo y posteriormente escalar a la adicción. El y la adolescente colocan a la droga en el lugar que desee, por lo tanto la acción de esta no depende solo de sus características como droga, sino de lo que de ella se espera, de lo que buscan quienes la consumen y la suministran, y de lo que dicta el entorno.

Todo este contexto tiene un cierto impacto en el adolescente, quien viene atravesando un particular periodo de desarrollo para consolidar las bases de su salud mental y física, y alcanzar la estabilidad en su edad adulta. No hay que perder de vista que la adolescencia constituye la última oportunidad de la persona para establecer la estructura de su personalidad.

Los adolescentes que están en lucha interna con sus sentimientos, que no logran canalizar y descargar adecuadamente y de forma constructiva sus inquietudes y emociones, suelen encontrar en los efectos de las drogas la mejor salida a su angustia o desesperación, dado que la droga los libera artificialmente de esas tensiones; así, el joven aprende a evadir su realidad.

Una vez instalada la dependencia a determinada sustancia, el problema queda desplazado, el joven sufre dado que necesita la droga y esta calma el sufrimiento. Una de las consecuencias más severas de la dependencia a sustancias en adolescentes que comienzan el consumo precozmente es que la enfermedad adictiva, tal como se advirtió en las consecuencias neuropsicológicas de abuso de drogas, interfiere significativamente el proceso de elaboración mental necesario, para superar esta fase de desarrollo

Otro factor que interviene tanto en el inicio como en la habituación del consumo es la familia misma. Los riesgos pueden ser la percepción y actitud de los padres respecto al alcohol y otras drogas, y al consumo, la educación y medidas disciplinarias inconscientes con respecto al consumo de sustancias en sus hijos, la vulnerabilidad genética, etc. Otro problema que enfrenta el adolescente es el estrés generado por sucesos familiares como; la separación o el divorcio de los padres, la formación de parejas nuevas o el fallecimiento de uno de ellos, enfermedad, entre otros.

Finalmente, hay ciertas características de la personalidad y comportamiento en adolescentes que pueden servir de indicadores cuando estos, estén involucrados en el abuso o dependencia a sustancias, como son los factores ambientales que influyen en el desarrollo de habituación, como el rendimiento y abandono de los estudios, apatía, déficit motivacional, alejamiento de la familia, actitud pro-consumo, cambios en el carácter, pocas actividades extraescolares y la débil comunicación con los padres, pues los adolescentes consumidores son más proclives a experimentar altas tasas de ansiedad y depresión, frente a los que no consumen sustancias (UNODC, 2013).

1.3 ¿Por qué los Jóvenes consumen Marihuana?

Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en Ingles, 2014) los niños y los adolescentes empiezan a fumar Marihuana por muchas razones. La curiosidad y el deseo de pertenecer a un grupo social son las más comunes. Algunos Adolescentes tienen una red de amigos que consumen drogas y los incitaran a que hagan lo mismo (presión de grupo). Aquellos que ya han comenzado a fumar cigarrillos o a beber alcohol, o ambas cosas, corren un mayor riesgo de consumir marihuana también.

Y los niños y adolescentes con trastornos mentales (como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad-TDAH, el trastorno de conducta o la ansiedad), que no han recibido tratamiento, o que fueron víctimas de abuso físico o sexual, corren mayor riesgo de consumir marihuana y otras drogas a una edad temprana.

Para algunos, el consumo de drogas comienza como una táctica para salir adelante, para lidiar con la ansiedad, la ira, la depresión, el aburrimiento y otros sentimientos desagradables. Pero, en realidad, drogarse puede simplemente ser una manera de evadir los problemas y retos relacionados con el fin de la infancia. Hay investigaciones que también sugieren que el consumo de alcohol y drogas por parte de familiares desempeñan un papel importante a la hora de determinar si los niños o adolescentes comienzan a consumir drogas. Los padres, abuelos y hermanos mayores son ejemplos a seguir para los niños.

Así que de hecho, todos los aspectos del entorno de un adolescente (hogar, escuela y vecindario) pueden influir en su decisión de probar o no probar drogas.

Moreno (2013) estima que las causas que propician el consumo de drogas obedecen a ciertos factores, como la creencia de que la droga no le hace daño, la presión de los amigos, la curiosidad, la suposición de que las drogas pueden ayudarlos a olvidar sus problemas o calmar su angustia, ansiedad o dolor. Las razones pueden ser numerosas, pero lo importante es saber que el consumo de drogas daña el organismo, la mente y la relación con los demás.

Las situaciones o razones múltiples de consumo, se le conoce como “factores de riesgo”. En la adolescencia se inicia con más frecuencia el consumo de drogas. Si se consideran las características del adolescente: necesidad de reafirmar la identidad, búsqueda de la independencia, emociones fuertes, sensaciones intensas, influencia de los amigos y compañeros, etcétera), resulta fácil entender que los jóvenes se encuentren en mayor riesgo de iniciar el consumo.

Algunas personas que consumen alcohol, tabaco u otras drogas se muestran renuentes a admitir que su consumo se pueda convertir en un hábito nocivo y peligroso. Esto puede deberse a que la gran mayoría de los consumidores de estas sustancias conocen a muchas personas que las usan ocasionalmente, y a pocos alcohólicos o drogadictos o con problemas

de adicción graves. La inmadurez en la adolescencia es natural en el desarrollo humano, por lo que el placer momentáneo obtenido por una droga lo llega a ser todo un factor de riesgo.

Se debe tener en cuenta que todos los adictos a algún tipo de droga, fueron alguna vez experimentadores y que, en un principio creyeron que no les pasaría nada, que podrían controlarse, hasta que, casi sin darse cuenta, la droga se fue haciendo cada vez más necesaria, sin importar lo que tuvieran que hacer para conseguirla, ni el daño que ello ocasionaría a la familia o a quienes los rodeaban, pero sobre todo sin que importara el daño causado a sí mismos.

1.3.1 ¿Son los Padres los responsables del consumo de drogas en sus hijos?

No en todos los casos los Padres son los responsables del consumo de drogas en sus hijos. Si bien los padres de familia son los primeros modelos para formar la personalidad de los hijos, además de transmitir costumbres, valores, sentimientos y conductas que van a matizar las actitudes, pensamientos y acciones posteriores, a medida que los hijos crecen, otras personas o medios pueden influir de manera importante para que consuman drogas. Cuando existe una carencia de afecto y apoyo en la convivencia diaria entre padres e hijos, estos se hacen más vulnerables ante las sustancias difíciles que se les presenten en un futuro inmediato, como puede ser el abuso de drogas.

La estructura de la familia mexicana sigue conformándose en la mayoría de los casos por padres e hijos. La convivencia de los padres de familia como pareja y la forma como se relacionan con el hijo, determinan el modo de sentir, pensar y actuar del menor. Como cuando se construye un edificio, los cimientos son los que garantizan su solidez, así los padres son quienes enseñan las habilidades necesarias para que su hijo sea lo menos vulnerable posible; aunque también, tiene que ver la calidad de los ladrillos, el cemento, la mano de obra y otras cosas más. Con ello se pretende ejemplificar, que aun cuando los progenitores son el primer contacto y modelos por imitar, no son los únicos que participan en la constitución psicológica de una persona, aunque sí direccionan desde los primeros días y años de vida, la actuación y el pensamiento del niño.

En un estudio que realizó CIJ a menores que trabajan en la calle para apoyar la economía familiar, se encontró que aquellos que cuentan con una familia completa (padres de familia y hermanos) se hallan mejor protegidos contra el consumo de drogas (Moreno, 2013). Por el contrario cuando hay ausencia de alguno de los padres, el consumo de sustancias tóxicas tiende a ser más frecuente. Lo anterior demuestra la importancia de ambos padres de familia como principales guías y conductores de los hijos.

Cada integrante de la familia desempeña un papel específico, la interacción que día tras día se genera va matizando la personalidad de cada individuo. Por ejemplo, en una familia donde los progenitores discuten constantemente, no hay momentos de tranquilidad en casa, sino instrucciones confusas y/o contradictorias que van coartando la interacción y difícilmente se cubren las necesidades psicológicas y emocionales de los hijos. En cambio, en un ambiente familiar donde se escuchan las opiniones; además, se fomenta en los hijos la confianza, la libertad de expresión, el sentirse capaces de desempeñar diversas actividades, etcétera, todo lo cual aleja a los hijos de situaciones de riesgo como las adicciones (Moreno, 2013).

1.3.2 ¿Cómo Influyen las relaciones familiares para evitar o propiciar el consumo de drogas?

La adolescencia es una etapa de la vida de extrema vulnerabilidad para el inicio del consumo de drogas debido a que implica cambios de gran intensidad en el individuo en el aspecto biológico, psicológico, familiar, escolar y social, cambios que lo preparan para la vida adulta. Todo esto pone en Jaque al adolescente que tiene que adaptarse a cambios que están sucediendo, de igual manera la familia tiene que modificar su dinámica para incorporar al adolescente que deja de ser niño Gonzales, 2011.

Moreno señala que los resultados de diversas investigaciones sobre drogadicción, indican que el núcleo familiar y, particularmente, ciertos aspectos de su dinámica, como la calidad de la relación, la comunicación, la expresión de afectos, los valores, la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas y emocionales, así como el sentido de unión y pertenencia entre los integrantes de la familia, son factores que aumentan o disminuyen el riesgo de consumo de drogas.

Si bien la familia es una de las principales fuentes de apoyo y contención, también es cierto que las relaciones familiares no siempre son las más adecuadas para el sano desarrollo psicológico y emocional de sus integrantes; ejemplo de ello, es la violencia familiar, sobre todo la que abarca a niños y a mujeres. Algunos datos en nuestro país señalan que el 29% de las mujeres que viven en ciudades, han sufrido violencia física por parte de su pareja; de ese porcentaje, en el 60% de los casos estuvo involucrado el consumo del alcohol. También, se reporta que la forma como se conducen los padres, por ejemplo, ser controladores o castigadores, puede influir en el comportamiento futuro de sus hijos al volverse inseguros, retraídos, agresivos, etc.

Específicamente, el riesgo de consumir drogas aumenta cuando en la familia se presentan las siguientes situaciones:

- ***Que los Padres de familia asuman actitudes permisivas ante el consumo de sustancias*** (ya sea alcohol, tabaco u otras drogas), o que sean usuarios de drogas. Este aspecto es muy importante, porque los padres y/o los familiares más cercanos, por ejemplo los hermanos mayores, son una influencia directa y poderosa, ya que promueven lo que se debe o no hacer, lo que se permite o rechaza en casa, etc. En suma, los padres de familia no solo influyen en sus hijos para usar o no drogas., sino que también su relación con estas sustancias genera el aprendizaje de formas de consumo en los menores; es decir, con qué cantidad y frecuencia se utilizan. Por ejemplo: si un adulto bebe alcohol en su casa los fines de semana al ver el futbol y, además, lo hace en compañía de sus amigos y alguno de sus hijos adolescentes, es probable que los hijos consideren el consumo de alcohol, como algo permitido, porque el padre lo hace, fijándose la idea de que es “normal” beber y fumar los fines de semana.
- ***Desintegración familiar***, o vínculos escasos y/o débiles entre los integrantes de la familia, por ejemplo: falta de apoyo, agresión física y verbal constante, etcétera.
- ***Ausencia o falta de claridad en las normas*** y reglas familiares, por ejemplo: pasar por alto la hora límite, para estar en casa después de ir a una fiesta, no hacer los quehaceres o las actividades domésticas encomendadas, etcétera.

- ***Escaso interés, participación o supervisión de los padres*** de familia en las actividades personales y escolares de los hijos, sobre todo, sobre la etapa de la adolescencia, por ejemplo: desconocer quienes son sus amistades, como es su desempeño en clase, etcétera.
- ***Mala comunicación*** o falta de esta en los padres y los hijos. Una situación cotidiana que los adolescentes, sienten que sus padres no los entienden o no respetan sus gustos, como la forma de vestir o hablar, lo que provoca que se corte la comunicación con los padres y se de hostilidad u enojo creciente hacia ellos.
- ***Percepción de hostilidad o rechazo de los adolescentes a los padres***, principalmente cuando se les reprime constantemente por lo que hacen o dejan de hacer en casa, cuando se dificulta aceptar y respetar la forma de ser del otro, etcétera
- ***Sobreprotección, falta de reconocimiento o expresión positiva de pensamientos y afectos, etcétera.*** Existen casos, donde alguno de los padres permite o tolera conductas agresivas o irrespetuosas al hijo, ya sea niño o adolescente, en tanto el otro Padre, por el contrario, trata de corregir la misma conducta con una reprimenda fuerte, lo que en el hijo provoca desconcierto y rechazo a quien le castiga, haciendo que se incremente aceptación con quien lo protege, y ello promueve la creación de un círculo vicioso.

Concretamente, se sabe que en las familias de adictos a las drogas, hay más conflictos o peleas entre padres e hijos, en las que los jóvenes muestran un mayor apego a los amigos, también usuarios de drogas, las personas pueden estar “llenando” el vacío afectivo al no contar en su núcleo familiar con opciones de desarrollo intelectual y emocional (Moreno, 2013).

En sentido opuesto, también las relaciones familiares pueden evitar o disminuir el riesgo de que sus miembros consuman drogas, siempre y cuando:

- ***Se fortalezcan los lazos afectivos y emocionales***, es decir, que los adultos hagan sentir a sus hijos el cariño, la aceptación, el respeto, la importancia, etcétera.

- *Se aclaren y practiquen normas contrarias al uso de drogas*, por ejemplo: evitar fumar cigarrillos o beber alcohol en presencia de los niños y/o adolescentes; no mandar a la tienda a los hijos para comprar cervezas, cigarrillos, etcétera.
- *Que los padres de familia se involucren en las actividades de los hijos*; asimismo, que se interesen en conocer qué tipo de música les agrada escuchar, que les pregunten también; ¿Cómo les va en la escuela y/o trabajo?, etcétera.
- *Se intercambien frases y conductas que muestren afectos positivos*. Es importante que los hijos se sientan queridos, valorados, aceptados y respetados por los adultos, ya que resulta ser relevante para los hijos el reconocimiento positivo.
- *Se mejore la comunicación familiar*, etcétera.

1.4 Adolescentes consumidores de alcohol y tabaco, proclives a consumir drogas

Definida como la etapa entre la niñez y la edad adulta, la adolescencia (10 a 19 años de edad) constituye una de las etapas más vulnerables del ser humano para desarrollar costumbre y hábitos de riesgo para la salud, entre los que destacan el alcoholismo, el tabaquismo y la farmacodependencia. Por otro lado está bien descrito el vínculo entre el uso de alcohol y tabaco y el riesgo para iniciar el uso de otras drogas como marihuana y cocaína (Herrera et al., 2004).

El acceso de los jóvenes al tabaco se facilita gracias a la actividad mercadotécnica que lleva a cabo la industria, la ausencia de programas educativos dirigidos a jóvenes y la falta del cumplimiento de la normatividad relacionada con el control del tabaquismo (Guzmán et al., 2003). En México y otros países, la accesibilidad que tienen los menores de edad a productos como cigarrillos, es un factor primordial que contribuye al desarrollo del tabaquismo, que hoy día constituye uno de los principales desafíos de la salud pública en todo el mundo (Kuri et al., 2006).

En nuestro país está prohibido expender o suministrar alcohol o tabaco a menores, sin embargo un número importante de niños o niñas han bebido alcohol o fumado tabaco alguna vez en su vida; un sector minoritario de ellos ya han usado otra sustancia como los inhalables,

las pastillas, la marihuana o la cocaína, entre otras. Muchos jóvenes cuando llegan a la etapa de la adolescencia inician el empleo experimental de sustancias tóxicas de los cuales algunos se hacen adictos (Guzmán et al., 2003).

La tendencia en el consumo de tabaco en jóvenes es ascendente y una expresión directa de ello es la disminución de la edad promedio de inicio que se ha reducido de 21 a 13 años en cinco décadas (Guzmán et al., 2003). Los adolescentes subestiman la posibilidad de volverse adictos a la nicotina. El tiempo transcurrido entre que se probó el cigarrillo y se empezó a fumar en forma asidua (casi a diario) fue menor de un año, lo que sugiere una formación de la adicción bastante rápida (Urquieta et al., 2006)

El comienzo del hábito a edades cada vez más tempranas señala que no se han vigilado las medidas reguladoras con éxito, como la venta de cigarrillos a menores de edad. En este caso, a pesar de contar con una legislación que lo prohíbe, existe evidencia de la fácil accesibilidad del adolescente al producto (Herrera et al., 2004).

Una de las creencias que se relaciona con la iniciación en el consumo de tabaco, es que se asocia positivamente con tener una imagen social deseada o como un facilitador para establecer relaciones (Urquieta et al., 2006). Entre los factores sociales que más frecuentemente aparecen asociados con el inicio de tabaquismo en la adolescencia es la presión psicosocial de los amigos que puede conducir a la experimentación temprana del consumo (OPS., 2001). La salud de los adolescentes es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Adolescentes y Jóvenes representan el 30% de la población de las Américas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia. Se hace evidente que en México existe la necesidad de ahondar en las investigaciones con relación a las edades de inicio y transición en el uso temprano de alcohol y tabaco, para determinar su papel en el uso posterior de otras drogas (Herrera et al, 2004). Así mismo es muy importante conocer las tendencias actuales del consumo para diseñar intervenciones efectivas que desalienten a los adolescentes para fumar y consumir otras sustancias (Valdés et al., 2002).

Una persona que ha consumido tabaco y bebidas alcohólicas en una edad temprana, tiene mayor probabilidad de usar otro tipo de drogas. Gran parte de las personas que presentan problemas de alcoholismo inician este consumo antes de cumplir los 18 años de edad. Se sabe que las personas que lo hacen anterior a los 15 años, se encuentran en un mayor riesgo de consumir otro tipo de droga; por ello, se dice que el alcohol y el tabaco, son drogas lícitas de entrada o de inicio hacia el consumo de otras. En México, la edad más frecuente para empezar a fumar es entre los 13 y 14 años; por ello señalan que el tabaquismo se puede considerar una “enfermedad pediátrica”.

Es por ello que entre más temprano comience una persona a fumar, mayor será el riesgo de que se convierta en un fumador regular o compulsivo, además de que desarrolle dependencia y sufra las consecuencias a largo plazo derivadas de este hábito. En un estudio realizado en estudiantes de secundaria y bachillerato (hombre y mujeres) se observó una importante relación entre el consumo de tabaco y alcohol con el de otras drogas. El riesgo de pasar de una droga lícita a una ilícita se incrementaba con la severidad del patrón de consumo, es decir, a mayor frecuencia de consumo de tabaco y la cantidad de alcohol por ocasión, más alta era la probabilidad de que los adolescentes probaran otras drogas (Moreno, 2003).

Esta asociación se puede explicar al tomar en cuenta diversos factores, entre ellos los ambientales que se relacionan con las oportunidades de consumir drogas, las cuales son mayores en hombre que en mujeres; otros factores son la disponibilidad y el nivel de tolerancia social hacia el consumo; es decir, si la droga se halla lo suficientemente disponible en su entorno y además se cree que los amigos o compañeros aceptan el consumo, lo que favorece que alguien use drogas.

Algo muy importante que se debe considerar es que los hijos de padres que fuman o beben alcohol tienen más riesgo de repetir estos patrones o usar otras drogas. De igual forma, el riesgo de beber en forma frecuente y presentar dependencia al alcohol es más elevado cuando la edad de inicio es temprana (antes de los 15 años), y disminuye en la medida en que la persona comienza a beber a mayor edad.

1.5 Lugares donde suele conseguir drogas el Adolescente

De acuerdo con Moreno (2013), lo que manifiesta la mayoría de las personas que consumen algún tipo de sustancias, los lugares donde se consiguen con mayor facilidad son: escuela, con los amigos, en las fiestas y discotecas. Aunque también existen algunos otros sitios donde se acostumbra acudir para consumirla: unidades deportivas, bares, cantinas, cárceles, vecindades, etcétera.

A partir de una encuesta con estudiantes a nivel nacional, se pudo conocer que en el caso de los alucinógenos e inhalables, los adolescentes dijeron que los obtuvieron, en primera instancia, dentro de su propia casa o la de otra persona; en segundo término, mencionaron que en la escuela consiguieron los inhalables.

Para el caso de la marihuana, la mayoría de los estudiantes expresaron que la adquirieron por primera vez en la calle o en un parque, en fiestas, en su casa o en la escuela. En cuanto a la cocaína, indicaron que principalmente la tuvieron a su alcance en fiestas, y la heroína, en la calle, en el parque, en un bar, cantina o discoteca.

Cabe destacar que entre 10 y 14 de cada 100 estudiantes consiguieron la marihuana, la cocaína, los inhalables o la heroína en su escuela.

Como puede verse, los lugares que podrían considerarse seguros para evitar el contacto con las drogas, representan también sitios de riesgo. Por lo que es necesario tener presentes algunos aspectos para prevenir el consumo de drogas:

- ◆ Tener una comunicación asertiva con los hijos.
- ◆ Conocer a las amistades de los hijos, sin que necesariamente implique prohibirles su compañía.
- ◆ Saber los lugares que frecuentan.
- ◆ Autorizar que sus hijos asistan a fiestas siempre y cuando respeten las horas de salida y llegada a casa, sin que esto represente ponerlos en riesgo
- ◆ Forjar un común acuerdo con límites y normas dentro de la casa
- ◆ Libertad con límites.

1.6 Personas que comúnmente ofrecen drogas por primera vez a los Adolescentes

Contrariamente a lo que muchos piensan, no es un desconocido el principal responsable de que esto ocurra, sin negar que en ocasiones suceda así. Según las encuestas realizadas a jóvenes estudiantes, se sabe que la persona a través de la cual, se consigue una droga por primera vez (legal o ilegal) es alguien cercano: amigo, familiar o conocido.

Cuando es un conocido quien ofrece la droga, se dan comúnmente una serie de condiciones previas, por ejemplo: que haya cierta confianza para tratar el tema o acudir a lugares donde compartan actividades de interés común.

No se puede asegurar que cuando esto se suscita, la persona que ofrece la droga tenga la intención de hacerle daño a quien ofrece, incluso quizá sea motivado por la existencia de ciertos lazos de amistad o cercanía afectiva que los une. En estos casos, lo más probable es que el amigo que invita al consumo, no sepa o no esté bien enterado de los daños que esto puede provocar en su persona y en la de otro.

Tampoco sería del todo correcto quedarnos con la idea de que el inicio del consumo de drogas se da siempre por invitación directa de otra persona. Los medios de comunicación (televisión, espectaculares, radio, internet) influyen de manera importante para que algunas personas comiencen a experimentar con alguna sustancia tóxica, o para que, en todo caso, busquen a pequeños traficantes o se acerquen a consumidores que los pongan en contacto con ellos (Moreno, 2013).

1.7 Momento en el que se convierte en problema el uso de Drogas

Esto depende de muchos factores, como el tipo de droga que se consume, ya que cada sustancia tóxica actúa de manera diferente en nuestro organismo; algunas sustancias causan daños más fáciles y rápidamente que otras; la edad de la persona, entre más joven, su cuerpo y mente están menos preparados para soportar los efectos nocivos de las drogas. También dependerá de los valores morales que se tengan en los grupos (amigos, familiares, compañeros de escuela, etcétera) con los que se convive.

NIDA (2014) estima que el consumo de marihuana puede llevar a la adicción, lo que significa que la persona con frecuencia no puede dejar de consumir la droga cuando desea hacerlo, aunque el uso de esta esté afectando negativamente varios aspectos de su vida. Se estima que la marihuana produce adicción en aproximadamente el 9 por ciento, o en casi 1 de cada 11 personas de los que la consumen al menos una vez. Esta tasa aumenta a aproximadamente 1 de cada 6 personas, o el 17 por ciento, para quienes comienzan a consumirla en la adolescencia, y entre un 25 a un 50 por ciento entre las personas que la consumen a diario.

En el caso de una droga permitida (legal), tal vez la parte social del consumidor no se afecte de inmediato, porque otras personas no lo reprobaran tan duramente. Sin embargo, el organismo puede verse afectado desde los primeros usos; por ejemplo, la nicotina posee un gran potencial adictivo. A pesar de ello, el consumo de estas drogas se considera un problema solo hasta cuando las personas tienen ya una alta dependencia y graves daños en el sistema respiratorio, lo que provoca que su tratamiento sea más complicado.

Referente a las drogas no permitidas (ilegales), la situación varía un poco: El aspecto social (con el grupo de amigos, familiares, etcétera) se ve seriamente afectado de manera inmediata, cuando se conoce que una persona consume drogas, como la marihuana o cocaína, por el rechazo que existe culturalmente hacia ella, lo que en ocasiones resulta contraproducente para ayudar a una persona, porque se le “etiquetara” de “vicioso”, “vago”, “pacheco”, “grifo” u otro termino negativo y se le excluye cuando más requiere del apoyo de otros. A este rechazo se suman los efectos físicos y psicológicos que producen cada una de las drogas. A veces el mayor problema para quien acude a tratamiento no radica en el consumo, sino en los sentimientos de culpa y el estado de marginación y aislamiento en que se siente.

Por algunos rasgos característicos de su edad, los niños y los adolescentes se encuentran en mayor riesgo de comenzar a utilizar alguna droga; aunado a ello, entre menor edad se tenga, los daños al organismo y a la mente pueden resultar más graves. Las consecuencias por fumar en un adulto que empezó a los once años, no serán las mismas en otro que lo hizo a los veinte años. La capacidad y madurez de los pulmones para responder a las más de cuatro mil sustancias tóxicas que contiene el tabaco, no son comparables entre las personas con esa diferencia de edad.

Todos los individuos forman parte de distintos grupos y de una sociedad. Estos grupos (familiares, de amistad, religiosos, políticos, etcétera) siempre esperan que sus integrantes se comporten y piensen de manera más o menos similar. El hecho de que el consumo de drogas se considere problemático, se basa en las expectativas que un grupo o los miembros que lo forman tengan; por ejemplo; el que un joven de 18 años de edad beba esporádicamente alcohol, se puede considerar un problema en una familia donde no se acostumbra este consumo; en cambio en otra para que el alcohol es elemento común de la convivencia (por ejemplo, en los fines de semana), el consumo esporádico no se consideraría como un problema (Moreno, 2013).

1.8 Problemas que se asocian al consumo de Drogas

Los estudios al respecto muestran que después de un determinado tiempo o del consumo de cierta cantidad de droga, no siempre se presentan inmediatamente problemas serios, aunque si aumenta el riesgo de padecer enfermedades del corazón del sistema nervioso central, del hígado, etcétera. No es solamente nuestro organismo el único perjudicado, sino que también surgen problemas con la autoridad, la familia, el trabajo o la escuela.

La marihuana tiene efectos negativos en la atención, la motivación, la memoria y el aprendizaje, que pueden persistir aun después de que los efectos inmediatos de la droga hayan desaparecido, sobre todo en los que la consumen regularmente. Alguien que fuma marihuana todos los días podría desempeñarse a un nivel intelectual reducido la mayor parte del tiempo o siempre (NIDA, 2014).

Los principales problemas directa o indirectamente asociados al consumo de drogas tienen repercusiones de salud, sociales, legales y económicas; estas consecuencias, además de las relacionadas con la salud, son muy diversas y pueden subdividirse en:

- ◆ *Sociales.* Los adictos a drogas se ven envueltos con frecuencia en agresiones, desorden público y conflictos raciales, así como en diferentes formas de marginación y segregación social.

- ◆ *Relaciones interpersonales.* Cuando el individuo prefiere consumir drogas a estar con otras personas, se pueden arruinar o destruir las relaciones afectivas y perderse las amistades.
- ◆ *Motivacionales.* Por lo general, los adictos dejan de participar en actividades sociales; abandonan metas y planes, además no les importa crecer como personas, ni intentan resolver constructivamente los problemas, recurriendo a más drogas como “solución”.
- ◆ *Familiares y que afectan a terceros.* También, el abuso de las drogas puede perjudicar a personas cercanas al consumidor; por ejemplo, el dinero destinado a comprar drogas puede privar a la familia de satisfacciones elementales, como comida o ropa. Además es frecuente que los problemas y las situaciones de la adicción generen discusiones y conflictos familiares.
- ◆ *Legales.* Las reacciones violentas o la incapacidad de control que provocan algunas drogas pueden involucrar a los consumidores en situaciones problemáticas y en conflictos legales. Por ejemplo, la difícil coordinación y la confianza excesiva que produce la ingesta de alcohol, resulta muy peligrosa cuando se combina con la conducción de un automóvil. Recuérdense que en todo el mundo, una de las principales causas de muerte entre los jóvenes se relaciona con accidentes de tráfico causados por el consumo excesivo de alcohol.

Abusar de las drogas es contra la ley. Los transgresores (tanto los que experimentan, como los que consumen drogas) con cierta regularidad corren el riesgo de tener que pagar multas y/o ser encarcelados. Un arresto puede significar tanto la interrupción de los planes de vida, como el registro de antecedentes penales.

1.9 Edad en la que se recomienda hablar de drogas con los hijos

Según su edad, los niños requieren información directa y clara de las sustancias y los riesgos que presenta consumirlas. Con los hijos, siempre resulta conveniente plantear la postura, cero tolerancia hacia el consumo de drogas. Conforme el hijo crece, se debe ampliar la información, aclarar puntos de vista y conversar acerca de las desventajas de consumir alcohol en las fiestas y reuniones familiares.

En el siguiente cuadro, *CIJ* dan una guía acerca de la información sobre drogas que es más conveniente manejar con los hijos, dependiendo del grado escolar que cursen:

<i>Periodo</i>	<i>Información</i>
Preescolares	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de consumir sustancias almacenadas en casa como detergentes, limpiadores, suavizantes, cáusticos, etcétera. • Información sobre la utilidad de los medicamentos y su uso adecuado, siempre bajo prescripción médica. • Reforzar la autoestima de los niños para prevenir el consumo de drogas.
Primaria 1° y 2°	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a la oferta de sustancias por parte de extraños (dulces, patillas, medicamentos, estampillas, etcétera). • Desarrollar habilidades; como medida protectora: solicitar y ofrecer ayuda, saber escuchar y conversar, seguir instrucciones, etcétera.
Primaria 3°	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de las sustancias inhalables (solventes, pulmones, barniz de uñas, pegamentos, entre otras). • Desarrollar una comunicación clara y directa, expresar emociones y sentimientos sin ofender a los demás; defender sus derechos y obligaciones, saber decir no, etcétera.
Primaria 4° a 6°	<ul style="list-style-type: none"> • Daños y efectos nocivos del tabaco y la defensa de espacios libres de humo. • Daños y efectos del alcohol, el abuso en su consumo y la dependencia. • Daños y efectos de la marihuana y la cocaína en 6° • En 4°, fomentar el estudio, el deporte y las actividades culturales y recreativas. • En 5°, enseñar a los niños a tranquilizarse a través de ejercicios de respiración, de relajamiento muscular, así

	<p>como, repetir una palabra que lo calme, etcétera; para enfrentar las situaciones que lo pongan nervioso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En 6°, impulsarlos a desarrollar habilidades para relacionarse con sus familiares, maestros y amigos.
Secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Repetir con claridad las reglas familiares, respecto al consumo de drogas. • Reforzar o brindar información, sobre los daños a la salud que provoca el consumo de drogas, resaltando que no importa la sustancia, ni la cantidad, ya que las drogas en general son peligrosas. • Enseñar al adolescente a tomar sus propias decisiones; también a saber decir, no, a lo que le puede causar daño, y reforzar las medidas de protección.

1.9.1 ¿Cómo puedo saber si mi hijo(a) ha estado consumiendo marihuana?

NIDA (2014) Menciona, que los Padres deben estar al tanto de los cambios en el comportamiento de sus hijos, como la falta de interés en el aseo personal, los cambios de humor y el deterioro de las relaciones con familiares y amigos.

Asimismo, los cambios en el rendimiento académico, faltar a una clase o a la escuela, la pérdida de interés en los deportes u otras actividades favoritas, cambios en el grupo de amistades, en sus hábitos alimenticios o de sueño, y estar involucrados en problemas en la escuela o con la ley, podrían estar relacionados con el uso de drogas o indicar que existen otros problemas.

Si su hijo(a) consume marihuana, podría:

- Parecer inusualmente risueño o tener menos coordinación.
- Tener los ojos enrojecidos o con derrames, o usar gotas para los ojos con frecuencia.

- Tener dificultad para recordar las cosas que acaban de suceder.
- Tener drogas o parafernalia de drogas, como pipas y papeles para enrollar (quizás argumente que pertenecen a un amigo, si se le confronta al respecto).
- Tener olores extraños en la ropa o el dormitorio.
- Utilizar incienso y otros desodorantes.
- Usar ropa o joyas, o tener carteles que promuevan el consumo de drogas.
- Tener mucho o poco dinero sin alguna explicación.

CAPITULO 2

DROGADICCIÓN O FARMACODEPENDENCIA

2.1 ¿Qué es una Droga?

Moreno (2013) define a la Droga como una sustancia o mezcla de sustancias, distintas a las necesarias para el mantenimiento de la vida (alimento, agua, oxígeno), que al introducirse en un organismo vivo, modifica alguna de sus funciones y a veces la propia estructura de los tejidos. Estos cambios también incluyen alteraciones en el comportamiento, las emociones, las sensaciones y los pensamientos de las personas.

En términos muy amplios, haciendo caso de esta definición, podemos decir que ¡Estamos rodeados de drogas!: los medicamentos que tenemos en el botiquín, como los antibióticos y la aspirina son drogas: el té, el café, los refrescos de cola (que contienen cafeína) las bebidas alcohólicas, el tabaco, todos ellos contienen droga y, por supuesto, las que estamos acostumbrados a llamarles drogas: marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, etc.

El grado de modificación que estas distintas sustancias pueden causar al organismo va en función del tipo de droga consumida, la personalidad del consumidor, las expectativas que este tenga respecto a los efectos y el lugar o la situación donde se consume. Por ejemplo: si una persona que es normalmente tímida se encuentra en una fiesta y tiene deseos de bailar, posiblemente beba cierta cantidad de alcohol para desinhibirse y atreverse a hacerlo.

Se piensa comúnmente que el alcohol y el tabaco, sustancias muy consumidas en nuestra cultura, no son drogas; sin embargo, éstas cumplen con todos y cada uno de los puntos de la definición anteriormente citada para ser consideradas drogas, aunque su consumo les está legalmente permitido a los adultos. El consumo de alcohol y el tabaco suelen afectar severamente la salud, e incidir negativamente en las relaciones y la comunicación de las personas, de la misma forma que las llamadas drogas ilegales o prohibidas, como la marihuana, la cocaína, la heroína, etc.

2.1.2 Trastornos de conducta y otros problemas de salud

Contrario a la creencia popular, la marihuana tiene el potencial de generar dependencia (National Institute on Drug Abuse [NIDA, por sus siglas en inglés] 2013). Las personas consumidoras pueden llegar a experimentar problemas para controlar su consumo o para abandonarlo, aun cuando este afecte su vida de forma negativa. “Cerca de nueve por ciento de quienes usan Cannabis se volverán dependientes de ella en algún momento (Anthony, Warner y Kessler, 199; Volkow, Baler, Compion, y Weiss, 2014;). La cifra se eleva a cerca de uno de cada seis entre quienes iniciaron su consumo a edades tempranas (adolescencia); y a entre 25 y 50 por ciento en quienes la utilizan a diario. (Citado de Sanchez y Nanni, 2017, p. 9).

En la obra “Daños y consecuencias del consumo de marihuana” (2017), menciona un hecho preocupante, que es la concentración del Delta 9-Tetrahidrocannabinol (THC) en la marihuana disponible en el mercado se ha incrementado en las últimas décadas. La exposición a mayores concentraciones del principal componente psicoactivo del cannabis supone una mayor probabilidad de experimentar reacciones adversas, efectos desagradables y consecuencias dañinas, sobre todo por parte de usuarios nuevos o poco experimentados.

Otras investigaciones referidas por Anthony (2002) acerca de la trayectoria que siguen el involucramiento con las drogas, encontraron una progresión que inicia con el consumo de cerveza y vino, continua con destilados y tabaco y sigue con marihuana, que es la primera droga ilícita en la secuencia; según estos informes de ahí se pasa a otras sustancias ilícitas y medicas sin prescripción (Sánchez y Nanni, 2017). No obstante, algunos autores han argumentado que esta sucesión depende sobre todo de los diferentes niveles de disponibilidad y oportunidad para el consumo de las diferentes drogas.

La exposición a las oportunidades de consumo y su uso ocasional y regular de la marihuana se asocia con un mayor riesgo de usar, abusar o desarrollar dependencia de otras drogas. En particular, la mayor disponibilidad de esta sustancia, aun si está destinada a fines médicos, se asocia con mayores tasas de consumo.

2.2 Definición de Drogadicción o Farmacodependencia

La farmacodependencia o drogadicción es la relación que se establece con una sustancia tóxica, la cual puede provocar cambios en el organismo, afectando la salud, las relaciones con la familia, con los amigos, en la escuela, en el trabajo, etc. La relación entre una droga y la persona que la utiliza es por lo regular voluntaria y autoadministrada, y puede provocar un deseo irresistible para continuar usando una o varias drogas.

Es importante considerar que la farmacodependencia o drogadicción modifica el carácter y el comportamiento de las personas, generando cambios en su estado de ánimo, hábitos alimenticios, ocupaciones diarias, etc. Al ser la drogadicción un proceso anormal, prolongado y compulsivo crea “tolerancia”, es decir, necesidad de usar dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos o sensaciones placenteros; a la vez, se genera “un síndrome de abstinencia” física y psicológica, esto es consumo frecuente de drogas para evitar los malestares que conlleva dejar de usarlas por determinado tiempo y creer que si no se consumen, nuestro “rendimiento” no será igual o como esperamos que sea en nuestra vida diaria (Moreno, 2013).

Cuando se identifica que una persona ha desarrollado “tolerancia” y “síndrome de abstinencia”, se puede hablar entonces que ésta tiene dependencia a una droga.

Lo que cada persona desea o espera obtener al usar drogas, es una sensación de bienestar acompañada de: excitación, relajación, modificación de la percepción, los sentimientos o la conducta, así como la importancia que los amigos o la sociedad le otorguen al consumo, por ejemplo: sentir que se es parte del grupo, que se vale más que otros, etc., son algunos aspectos que pueden volver el consumo de drogas una acción importante para el que hace uso de ellas.

Evidentemente, la relación que cada quien tenga con las drogas puede convertirse en una situación problemática o de difícil manejo, debido como ya se mencionó, a toda la serie de consecuencias orgánicas, psicológicas, familiares y/o sociales que implican su uso.

2.3 Tipos de Usuarios que Existen

De acuerdo con el libro “DROGAS: las 100 preguntas más frecuentes” (2013), los usuarios de drogas pueden ser *experimentadores sociales u ocasionales, funcionales o disfuncionales*, de acuerdo con la frecuencia y, en ocasiones, con la cantidad de droga que consumen; *las primeras dos categorías se consideran de uso y las segundas de abuso*.

Conforme la cantidad y frecuencia del uso de sustancias, se desprende una clasificación que considera desde aquel individuo que sólo ha consumido en una ocasión alguna droga para probar sus efectos, hasta el que presenta problemas severos para controlar su consumo, es incapaz de funcionar sin la droga y requiere de tratamiento especializado.

De Uso

Experimentadores: Son aquellas personas que utilizan las drogas en una sola ocasión para satisfacer su curiosidad (“a ver a qué sabe”, “a ver qué se siente”).

Sociales u ocasionales: Las personas que consumen drogas sólo cuando están en un grupo o para hacer frente a una situación esporádica (por ejemplo, el estudiante que toma anfetaminas para mantenerse despierto).

De Abuso

Funcionales: Son aquéllos que necesitan usar drogas para funcionar en sociedad. No pueden realizar ninguna actividad si no la consumen, y presentan trastornos cuando no la ingieren.

Disfuncionales: Aquellos que han dejado de funcionar en la sociedad, toda su vida gira en torno a las drogas y sólo se dedican a conseguirlas y consumirlas.

Es importante tener en cuenta que mientras a una persona no se le diagnostique una dependencia (tolerancia, síndrome de abstinencia y un deseo compulsivo por autoadministrarse una droga), no puede hablarse de farmacodependencia o drogadicción.

Por otro lado, considerando los tipos de sustancias que se consumen, los individuos pueden clasificarse como *monousuarios*, cuando usan un solo tipo de drogas por ocasión (sólo marihuana, cocaína o éxtasis), o *poliusuario*, cuando son más de dos las sustancias que introducen en su organismo, incluyendo las de uso legal como el alcohol y el tabaco (alcohol y cocaína es uno de los ejemplos más frecuentes en la sociedad actual).

2.3.1 Efectos que puede Generar la Droga

Y al menos uno de los siguientes signos:

- Aumento del apetito.
- Boca seca.
- Inyección conjuntival.
- Taquicardia.

Cuando deba hacerse el diagnóstico diferencial sin una historia clínica clara y completa o sin análisis toxicológicos de sangre y orina, el diagnóstico puede clasificarse de provisional. Los indicios de intoxicación usualmente comienzan tras los primeros cinco minutos de que la sustancia ha sido fumada, alcanzando sus máximos efectos en el transcurso de los primeros 30 minutos.

Las manifestaciones suelen persistir a lo largo de tres horas, para luego desaparecer escalonadamente. En el caso de la marihuana ingerida, el tiempo de latencia se prolonga y sus efectos son menos intensos, aunque los síntomas persistan entre 5 y 12 horas. La intoxicación es por lo general un proceso autolimitado que no tiende a progresar o a evolucionar a síntomas severos; Sin embargo, cuando es muy intensa y los niveles plasmáticos de THC son altos, la marihuana actúa como un alucinógeno capaz de producir cuadros esquizofreniformes de intensidad moderada a severa. En estos casos se observa un aumento del diámetro bronquial, con incremento de la circulación periférica y frecuencia cardíaca.

Cuando se ingieren grandes dosis de marihuana pueden observarse movimientos involuntarios de los músculos de extremidades, que en ocasiones se generalizan a todos los músculos del cuerpo (incluso faciales). En los casos más serios existe confusión, delirio, paranoia, alucinaciones y agitación psicomotora, conformándose un verdadero cuadro psicótico de características esquizofreniformes. Grandes dosis también pueden producir disminución de la tensión arterial con pulso rápido y enfriamiento de las extremidades. Algunos síntomas secundarios observados durante el síndrome de intoxicación por marihuana consisten en sensación de despersonalización o desrealización, que a veces son la causa de los estados de pánico de cierta intensidad.

2.4 *Edad de Inicio en el Consumo de Cannabis y Efectos Dañinos*

Se ha encontrado que el inicio del consumo de la droga en edades tempranas, en especial al comienzo de la adolescencia, es un factor que condiciona la severidad de los efectos nocivos y un mayor número de problemas, probablemente por los cambios que puede producir esta sustancia en un cerebro que aún se encuentra en desarrollo. Por ejemplo, ahora se sabe que el inicio del uso de cannabis en la adolescencia temprana, favorece la aparición de trastornos mentales y del comportamiento, déficits neuropsicológicos y problemas de rendimiento escolar en los jóvenes. Estudios recientes muestran que el abuso entre la población adolescente disminuye el material blanco del cerebro (encargada del aprender y funcionar del cerebro), aumentando los síntomas depresivos. Así mismo, que el abuso durante periodos críticos del desarrollo tiene como consecuencia efectos neuroconductuales duraderos que se manifiestan como alteraciones en el comportamiento en la vida adulta.

Kena Moreno (2014), menciona que el uso durante la adolescencia también puede ocasionar cambios neurobiológicos sutiles pero persistentes, que podrían llegar a afectar el funcionamiento cerebral y la conducta en la vida adulta, alterando las respuestas emocionales y el funcionamiento cognitivo. Asimismo, puede aumentar el riesgo de utilizar otras drogas más agresivas o representar un factor de riesgo importante para desarrollar esquizofrenia en la adultez. Por su parte, el uso en dosis altas o el consumo

más frecuente en edades posteriores de la vida se asocia con una mayor posibilidad de continuar el consumo y más dificultades para abandonarlo.

Las investigaciones en las últimas tres décadas con relación a los daños a la salud asociados al uso de cannabis han puesto énfasis en el desarrollo de metodologías científicas que permitan fundamentar las observaciones anecdóticas previamente realizadas. El término “evidencias basadas en experiencias” indica una premisa fundamental de las ciencias, en la cual se da prioridad a la observación y la repetición para la confirmación de supuestos que subyacen a las observaciones. Esto significa que áreas como la medicina, la genética y la epidemiología han llevado a cabo diversos estudios, para la comprobación de esas consideraciones. Esta búsqueda de asociaciones entre eventos ha intentado demostrar relaciones causa-efecto que esclarezcan el grado en el cual drogas como la marihuana tienen participación en los procesos de mortalidad y morbilidad de las poblaciones humanas.

En esta revisión se comentaran los hallazgos más importantes de la investigación en relación con estos daños y de forma particular los efectos que en la salud mental han sido documentados.

2.4.1 Asociación del consumo de marihuana con accidentes automovilísticos

De acuerdo con el informe Mundial sobre Drogas 2015 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, por sus siglas en inglés], 2015), la marihuana es una de las sustancias ilícitas cuyo consumo ha ido en aumento a lo largo de los años. En México, según la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones, es la droga ilegal más consumida, sobre todo entre los jóvenes. A nivel nacional, la prevalencia de consumo alguna vez entre estudiantes de secundaria y bachillerato alcanza 10.6 por ciento; resalta que su uso representa casi dos terceras partes de la prevalencia del consumo de drogas en la población de alumnos de estos niveles (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Comisión Nacional contra las Adicciones [Conadic], & Secretaría de Salud [SS], 2015).

Debido a esta popularidad en su consumo y a que es la segunda droga más detectada en conductores que han sufrido un accidente vial, manejar bajo la influencia de la marihuana

(MIM) es un tópico que ha cobrado importancia y llamado la atención de científicos y tomadores de decisiones (Grotenhermen et al., 2007).

Los principales factores que impactan la seguridad vial son la velocidad, el uso de elementos como casco, cinturón y sistemas de retención infantil, así como la conducción bajo los efectos del consumo de alcohol (OMS, 2015). En México, durante 2013, el porcentaje de conductores que tuvieron un accidente bajo la influencia del alcohol fue de 7.3 por ciento (STCONAPRA & Observatorio Nacional de Lesiones, 2013). Mientras que durante 2014, en 8.1 por ciento de los jóvenes de 15 a 29 años que sufrieron accidentes terrestres se detectó aliento alcohólico (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014). De acuerdo con el Servicio Médico Forense, en 90.2 por ciento de las muertes ocurridas por algún accidente se confirmó la presencia de alcohol en el cuerpo del fallecido (SS, 2012).

La marihuana es la segunda sustancia más detectada en la sangre de los conductores que han sufrido un percance vial, solo después del alcohol (Lopera Valle & Rojas Jiménez, 2014). (Citado en Sánchez y Nanni, 2017 p. 126).

2.4.2 Problemas de Sueño y Alimentación

En la obra “la evidencia en contra de la legalización de la marihuana” (2014), menciona que el consumo de Cannabis induce sueño, quizá como consecuencia del incremento en los niveles de melatonina, con lo que se produce una modificación del patrón sueño-vigilia. Después de suministrar dosis altas de forma continua es posible observar durante la mañana siguiente un efecto parecido a la “cruda”. También puede presentarse un efecto de rebote en la cantidad de sueño REM como consecuencia de la interrupción brusca de cantidades elevadas de la droga.

El uso de cannabis aumenta el apetito en un periodo comprendido entre una y tres horas después del consumo. Tanto el THC por vía oral como la marihuana fumada incrementan el número de veces que se ingiere alimento, así como la cantidad total de comida ingerida. Sin embargo con el consumo continuado de cannabis se produce una cierta disminución de este efecto.

2.4.3 Cáncer y Cannabis

Se han descrito cambios histopatológicos e inmunohistológicos del tipo escamosa bronquial y sobreexpresión de marcadores moleculares de progresión pretumoral en seres humanos fumadores de marihuana, lo que sugiere que el humo de esta podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer pulmonar. El humo de la combustión de la cannabis actúa como un carcinógeno y se asocia con cambios displásicos, lesiones premalignas dentro de la mucosa oral y cáncer oral, el cual, por lo general, se desarrolla en el piso anterior de la boca y la lengua (Cho et al., 2005)

Científicos del Centro de Investigación del Cáncer Fred Hutchinson, en Seattle, encontraron que el consumo de marihuana a largo plazo puede aumentar hasta 70 por ciento el riesgo en un hombre de desarrollar el tipo más agresivo de cáncer testicular, este riesgo es alrededor de dos veces mayor para aquellos que consumen marihuana cada semana o la fuman desde la adolescencia, en comparación con los que nunca la han usado.

Aun cuando el cáncer de vejiga es de los más comunes en población adulta de más de 60 años, en la actualidad los estudios se enfocan en pacientes más jóvenes con cáncer de vejiga de células transicionales, en quienes se encontró una prevalencia de 88.5 por ciento de consumo de marihuana la cual contiene los mismo alquitranes y cancerígenos que el tabaco (Nor-dqvist, 2006).

En un estudio comparativo de casos de pacientes diagnosticados con carcinoma escamoso de cabeza y cuello, contra un grupo control de sujetos sanos, se encontró que los fumadores de marihuana tienen un efecto positivo de relación causal y de dosis, es decir, que en aquellos que consumían más y por más tiempo, el riesgo era mayor (Del Bosque et al., 2013). La asociación entre el consumo de marihuana y el cáncer de cabeza y cuello es más frecuente en pacientes jóvenes (menos de 50 años), cuyo pronóstico a largo plazo es malo, debido a que sus tumores son más agresivos, además de que requieren un tratamiento más radical como resección generalizada y radioterapia (Cho et al., 2005) (Citado en Sánchez y Nanni, 2017 p.88-89).

CAPITULO 3

CANNABIS SATIVA (*MARIHUANA*)

3.1 Origen de la Cannabis

Cuenta una antigua leyenda india que cuando los dioses batieron el océano de leche para obtener *amrita* (néctar divino), lo que obtuvieron fue *bhang* (cannabis), nombre científico de la marihuana). Fue consagrado a Shiva y construyó la bebida favorita de Indra. Los demonios trataron de conseguirlo, pero fracasaron en su intento (Alatraste, 2016), los dioses lograron impedirlo, por lo que dieron a la cannabis el nombre de vijaya (victoria) para conmemorar su triunfo (Moreno, 2010). Una tradición india sostiene que los dioses obsequiaron a la humanidad el cáñamo para que pudiera obtener deleite, valor y deseos sexuales potenciados. (Evans et al., 2002).

Desde entonces, los hindúes creen que la planta de marihuana, en cuyo interior se forman diversas sustancias medicinales, confiere poderes extraordinarios a quien la consume. Los escritos antiguos de medicina hablan de las bondades de la planta (Alatraste, 2016). 650 a.C. Heródoto describió el efecto euforizante de los baños de vapor de las encitas que la usaban para aliviar el dolor familiar en los ritos funerarios. Los relatos de Marco Polo y las Mil y una noches, cuentan que era cultivada por el cáñamo y los efectos psicoactivos en Asia y Oriente (Franchi, 2005). Por ejemplo, en el antiguo texto del Atharvaveda, redactado entre los años 1500 y 1200 a.C., se describe a la cannabis como una planta mágica con propiedades curativas. Los preparados de la planta también se mencionan en el tratado médico Susruta-Samitá. (Alatraste et al., 2016).

El cáñamo o mariguana, como también se conoce a la cannabis, tiene al parecer sus orígenes en Asia central; a través del tiempo los intercambios culturales diseminaron la planta por el mundo, esparciéndose por tres rutas: hacia el este de China, hacia el sur de la India y el sureste de Asia y hacia el oeste asiático, desde donde se difundió hacia África, Europa y, finalmente América.

La marihuana, famosa por contener alcaloides con efecto psicoactivo y también por producir una fibra muy resistente: se ha usado en la manufactura de cuerdas y tejidos. Las primeras referencias de la marihuana datan de 2737 a.C. donde es mencionada en un tratado atribuido al emperador Shen-nung (China), del 2000 a.C. en la India al Atarva Veda y a tabletas cuneiformes de la época de Asurbanipal (Franchi, 2005). Existen textos provenientes del antiguo Egipto, Asiria, Persia, Tibet, Azerbaiyán, Grecia Israel, Palestina y otros países árabes, que documentan el uso terapéutico del cannabis.

Existen tres especies de cannabis: *índica*, *sativa*, y *rudelaria*. Se cultiva prácticamente en cualquier clima, excepto en el desierto y en los ambientes extremadamente fríos. La planta se conoce también como mariguana, nombre que incluye a cualquier cannabácea, siendo Carlos Linneo, en 1753, quien clasificó a la planta que hoy conocemos como *cannabis sativa* (Brailowsky, 1994).

Aunque se desconoce el origen de la palabra cannabis, el cáñamo es el término castellano que reciben las plantas pertenecientes al género cannabis en cualquiera de sus variedades. Hace 2 mil 700 años la planta se usaba con fines mágicos y adivinatorios, pero los más antiguos restos de fibra de cáñamo hallados en Asia tienen una antigüedad de 6 mil años. Los caracteres chinos del cannabis significan insensibilidad o letargo, lo cual hace suponer que ya se conocían las propiedades sedantes de la planta (Moreno, 2010).

3.2 Antecedentes Históricos y propagación en el Mundo

Durante la Edad Media, la marihuana fue ampliamente conocida y usada como planta sanadora. El médico y filósofo Paracelso (1493-1541) menciona al cannabis como componente del Arcana Compositum, medicamento que consideraba sumamente importante, lo que demuestra el uso de esta planta alucinógena que ha formado parte de la experiencia humana por milenios. Sin embargo, múltiples factores e intereses convergieron para estigmatizarla a pesar de tantos servicios brindados al hombre a lo largo de la historia (Alatríste, 2016).

En el siglo VII a.C. la cultura Celta ya cultivaba el cáñamo en Massilia, la actual Marsella; era utilizado para hacer cuerdas, velas y estopa que se distribuían en toda la región mediterránea. Los celtas dejaron huella en el uso del cáñamo desde Austria hasta las Islas Británicas. En el caso de los griegos, ellos utilizaban, además del opio, el vino y la cerveza, algunas otras plantas con poderes psicoactivos como el beleño, la mandrágora y el cáñamo. Este último era hervido, se mezclaba con vino y mirra y era utilizado para animar algunas reuniones privadas. Los griegos utilizaban la planta en forma de cocción, mientras que los romanos ofrecían flores de cáñamo en reuniones sociales, costumbre propia de los celtas y aprendida en Roma. Por los pocos datos con los que se cuenta el uso del cáñamo en la cultura grecorromana, se sabe que éste debió haber tenido sobre todo un carácter lúdico en las clases acomodadas (Escohotado, 1999).

En España se cultivó durante varios siglos sirviendo para la elaboración de vestimentas, velas navales, piezas de barcos, cordajes y papel. Desde el siglo V a.C. hasta finales del siglo XIX, 90% de las cuerdas y velas para navegación, así como la mayoría de las redes de pesca se hacían con cáñamo.

Durante la Edad Media el uso de plantas estuvo severamente castigado y perseguido, ya que se asociaba con cultos paganos y demoniacos. Por ejemplo, alrededor de quienes conocían el uso de las plantas y su poder psicoactivo se construyó una imagen de brujas, quienes en la tradición de la baja Edad Media utilizaban ungüentos y pomadas (compuestos principalmente de opio, cáñamo y ciertas solanáceas) para tener contacto con los demonios.

Entre los árabes esta planta era nombrada bangah y la utilizaban ya sea por fe religiosa o por condición social, siendo la droga predilecta de campesinos, jornaleros y siervos, por lo que se le conoció como haschisch al-haraftsh (hierva de los truhanes).

Las tropas de Napoleón I introdujeron el cáñamo a Europa después de la campaña de Egipto, y para 1840 la intelectualidad de Francia e Inglaterra ya fumaba opio o hachís. En 1844, Alejandro Dumas mencionaba al hachís en su obra *El conde de Montecristo*, al tiempo que participaba en las reuniones del *Club des Hachichins*, junto con Charles Baudelaire, Théophile Gautier y otros famosos intelectuales de la época. En 1850, psiquiatras franceses recomendaban a sus estudiantes el uso del hachís como modelo de alteraciones mentales, y

a finales del mismo siglo los psicólogos hablaban de esa droga como una herramienta para profundizar los estados psíquicos y estudiarlos más ampliamente (Brailowski, 1994).

Para el caso del continente americano, el cáñamo fue traído por Cristóbal Colón y después de la conquista de México-Tenochtitlan, Hernán Cortés pidió a la corona española que enviara cáñamo a la nueva España, siendo Pedro Cuadrado de Alcalá quien trajo las primeras semillas de cáñamo a tierras americanas en 1530 y en ese mismo año fue introducido a otras colonias españolas. Dos años después, la segunda Real Audiencia autorizó la siembra de cáñamo en todo el territorio conquistado.

De la grafía original del Diccionario de Francisco Icaza (1923) podemos citar:

Pedro Quadrado, dize en efecto, ques natural de la villa de Alcalá del rrío, tierra de Sevilla, e hijo legítimo de Joan Colín y de Isabel Quadrada, su mujer; y que ha que pasó a esta Nueva Spaña quinze años, y fué con el Marqués a la ysla de California, donde estuvo con sus armas y cavallos hasta los postreros; y benydo a esta ciudad, dió a Terrazas yndustria cómo sembrase y enviase cáñamo, y él fué el primero que lo hizo.

El cronista clerical Francisco López de Gómara, en su historia de la Conquista de México, se refiere a la inexistencia del cáñamo en tierras novohispanas: “Muchas cosas les faltaban también de las que acá percibimos, que son más deleitosas que necesarias, como decir seda, azúcar, lienzo y cáñamo”. A los pocos años de su introducción en la Nueva España, el virrey Antonio de Mendoza limitó el cultivo del cáñamo porque los indios ya lo usaban para su consumo con fines tóxicos (López, 1997).

La propagación de los cultivos de cáñamo a toda la Nueva España corrió a cargo de la orden de los jesuitas, quienes usaban el hilo para la confección de sus hábitos y calzado. El historiador Silvio Zavala explica muy bien cómo se trajeron campesinos españoles para el cultivo del cáñamo, con muy buenos salarios. “Hay que distinguir entre taller artesanal y obraje y la jerarquía de oficios que había en la Ciudad de México, no cualquier gente, mestizo, indio o criollo podía trabajar el cáñamo u otros oficios” (Zavala, 1984). El obispo Fray Juan de Zumárraga hace lo propio en su rancho de Chalco. La primera de las leyes directamente relacionadas con el cáñamo se expidió en Ponferrada, España, el 13 de junio de 1545; en ella se ordenó que todos los virreyes fomenten el cultivo de cáñamo.

Esta ley se encuentra en el “Libro III, Título Diez y Ocho, Del Comercio, Mantenimientos, y Frutos de las Indias”:

Ley XX. Que los Virreyes, y Gobernadores hagan sembrar, y beneficiar lino y cáñamo. El emperador D. Carlos y el Príncipe Gobernador en Ponferrada á 13 de Junio de 1545. Encargamos á los Virreyes, y Gobernadores, que hagan sembrar, en la India lino, y cáñamo, y procuren, que los Indios se apliquen á esta grangería, y entiendan en hilar, y tener lino.

Durante el gobierno de los Borbones se inició en gran escala el cultivo de cáñamo en la Nueva España y en el siglo XVIII el sacerdote Juan de Esteyneffer recomendó el uso de las semillas de cannabis para el tratamiento de la gonorrea y la disminución de la secreción láctea, prescripción que se consignó en su obra Florilegio de todas las enfermedades, tratado médico redactado con la finalidad de servir a los misioneros que practicaban la medicina en los lugares más remotos.

“Para mitigar esta abundancia de leche, Comer ruda, o Comino, o femilla de Cáñamo, ó de Curlatro, Saus, Lanten, que estos aminoran la leche” (Esteyneffer, 1712).

En 1796 el marqués de Branciforte, virrey de México, emitió el documento “Instrucciones para sembrar lino y cáñamo en Nueva España”. Un grupo de expertos españoles fue traído para promover su cultivo en California, Puebla y Sinaloa (De la Grúa, 1976).

El uso de Cannabis comenzó a ser penalizado en varios países al comenzar el siglo XX. En 1911 fue prohibida en Sudáfrica, en 1913 en Jamaica y en la década de 1920 en el Reino Unido y Nueva Zelanda. Canadá hizo ilegal el uso de la marihuana en su Ley del Opio y Drogas de 1923. En 1925, en la Convención Internacional del Opio de la Haya, se formalizó el compromiso de prohibir la exportación de “cáñamo de la India” a países que no permitieran su uso y a exigir a los países importadores que emitieran certificados indicando que su uso sería sólo para fines médicos o científicos. En los Estados Unidos las primeras restricciones para vender marihuana datan de 1906, en el Distrito de Columbia. En 1937 fue aprobada la Ley de Acto Fiscal de la

Marihuana o Marijuana Tax Act, donde fue prohibida la producción de cáñamo además de la marihuana.

A mediados de los años sesenta con la llegada del movimiento psicodélico, el uso de la mariguana se extendió rápida y masivamente entre la juventud. Esa fue una época de situaciones críticas (por ejemplo la guerra de Vietnam) y cambios sociales que se reflejaron en el llamado movimiento hippie, caracterizado por actitudes contestatarias y contraculturales. Los jóvenes se declararon enemigos de la sociedad de consumo y pronto serían los grandes consumidores de las llamadas drogas alucinógenas.

Así hasta entonces los productores de mariguana habían sido México, Colombia y algunas zonas del Caribe, a partir de la década siguiente el primer productor mundial pasó a ser Norteamérica, y mediante técnicas avanzadas de cultivo, tanto en campo abierto como en interiores, llegó a desarrollar las mejores variedades del mundo (Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, 2012).

3.3 El Consumo de Marihuana en México

En nuestro país, la planta fue introducida por los conquistadores, que la plantaron, además en el virreinato de Perú, de donde se expandió a Estados Unidos y Canadá por los colonos franceses e ingleses.

Es probable que este haya sido el motivo principal por el que fue prohibida. Al menos en México todavía se podía usarla abiertamente hasta 1920. El cannabis formaba parte de la medicina tradicional, por lo que fue una de las primeras especies vegetales en aparecer en la lista de sustancias medicinales del reglamento de farmacias y boticas que estuvo en vigor desde 1892. Precisamente en enero de 1920, el Consejo de Salud propuso que se añadiera a la lista de sustancias peligrosas: *La marihuana no es una planta medicinal –decía la propuesta –, no es medicina. Es una de las manías más perniciosas de nuestro pueblo.*

La prohibición es probable que haya atendido a otros intereses, ya que si se analiza con detalle la historia, México no hizo más que continuar una acción que comenzó en

Norteamérica. La persecución no se limitó a los consumidores y traficantes, sino a todos los círculos donde pudiera estar usándose la planta.

Hasta hace unas décadas, los estudiantes de medicina, Química y Farmacología basaban parte de sus estudios en los compendios de historia de las drogas. El libro de Juan Manuel Noriega era uno de los más consultados; en este se consignaba a la marihuana como un medicamento describiendo seis preparaciones de la misma. Sin embargo, en una edición póstuma (1941) el mismo apartado refiere: desde el punto de vista medicinal, la acción de la Cannabis no es bien conocida. Se usa como antiespasmódico y, en algunos casos como estimulante del sistema nervioso, desapareciendo prácticamente las seis preparaciones de las que se hablaba en ediciones anteriores algo que sin duda atendía a una prohibición tajante que ya se estaba viviendo.

Para el mexicano de la década de los cuarentas, la marihuana era lo que el opio y la cocaína para los Estados Unidos, una sustancia cuyo uso debía ser erradicado a como diera lugar. En esa época aparecieron los primeros estudios sobre su consumo; el doctor Ignacio Guzmán se graduó presentando una tesis llamada *“Intoxicación por marihuana”*, donde presento las primeras estadísticas de su uso, basadas en la población de la Penitenciaría del Distrito Federal. Ya para entonces la clasificación de la cannabis era la de una planta ilegal. Más no se estaba tomando en cuenta a las personas que debían consumirla por motivos de salud.

El panorama no cambio. La última estadística al respecto que se dio a conocer fue en el año 2002 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (*INEGI*), donde se destaca a la marihuana dentro de la temática del consumo de drogas hasta entonces ilegales, estimando que 3.5 millones de mexicanos entre los 12 y 65 años de edad han usado drogas alguna vez. Pero hay una gran diferencia entre consumir cannabis para uso recreativo, que hacerlo por necesidad médica, solo que en este país ambos motivos podrían estar permitidos. Como quiera que sea, los datos llevan a confirmar que la marihuana es la droga más consumida por los mexicanos. (Alatriste et al., 2016).

Como ya se señaló anteriormente, la tendencia del uso de marihuana en México es, al igual que la de otras drogas ilícitas, creciente. Tratándose de la droga que ha registrado históricamente una mayor prevalencia la Tabla 1, muestra la proporción de aumento en su uso alguna vez en la vida entre 2002 y 2008 (Córdoba, V, J.A. 2008) fue menor –esto es, de

cerca de una cuarta parte , al pasar de 3.5% a 4.4% -comparada con el alza observable en otras sustancias en la cuales, con una proporción inicial más reducida, pueden apreciarse aumentos del 100%, como en el caso de la cocaína y la heroína, o que llegan a quintuplicarse, como ocurre con las metanfetaminas (Villatoro et al., 2003; Córdoba Villalobos, 2008). No obstante, la marihuana se mantiene como la droga de mayor consumo, pudiendo estimarse grosso modo que en 2008 sus usuarios alguna vez en la vida podrían ascender a cerca de 3.3 millones de personas en el país.

Tabla 1

Uso de drogas ilícitas alguna vez en la vida en población mexicana de 12 a 65 años, comparación encuesta nacional de adicciones 2002 y 2008

Sustancias	2002	2008
Cualquier sustancias	5.03	6.0
Incluye medicamentos utilizados fuera de prescripción	3.5	4.5
Drogas Ilícitas	4.6	5.5
Mariguana	3.5	4.4
Cocaína	1.23	2.5
Inhalables	0.45	0.7
Metanfetamina	0.1	0.5
Alucinógenos	0.25	0.4
Heroína	0.09	0.2

Nota: Elaborado con base en la Encuesta Nacional de Adicciones 2002 y datos presentados por J.A. Córdoba Villalobos en conferencia de prensa de presentación de resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2008.

3.4 Reporte de Drogas por; La ENCODAT (Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017)

La ENCODAT 2016-2017 es una encuesta de hogares diseñada para hacer inferencias a nivel nacional y para las 32 entidades federativas del país. En la ENCODAT 2016-2017 se encuentran representadas poblaciones rurales, urbanas y metropolitanas. La ENCODAT probó nuevas metodologías que buscan dar más privacidad a las personas a fin de evaluar su potencial de aumentar la calidad de información.

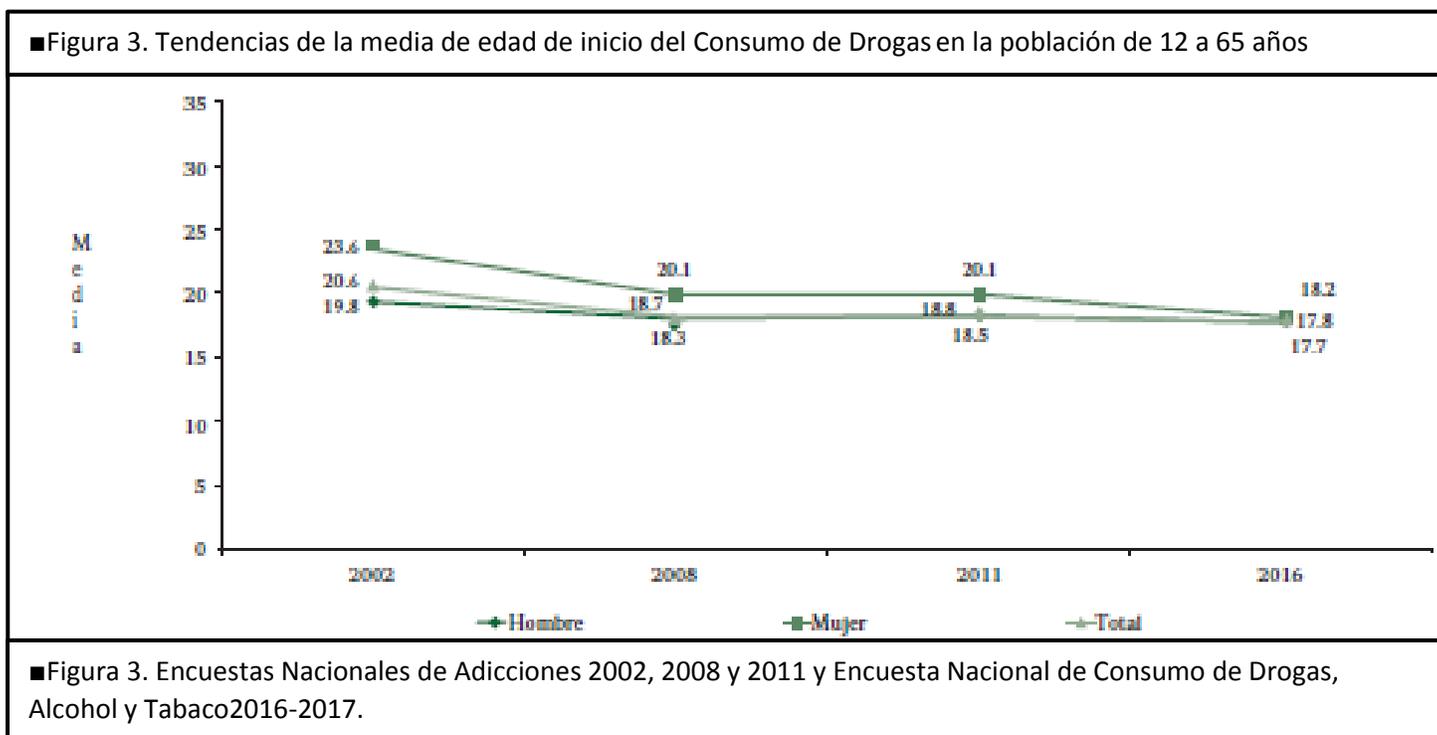
Los resultados obtenidos de la ENCODAT 2016-2017 permiten:

- Estimar para cada entidad federativa la prevalencia del consumo de drogas.
- Identificar las entidades federativas donde hay mayor consumo de drogas.
- Evaluar la relación entre los factores de riesgo ambientales, interpersonales, familiares y personales con la experimentación, uso habitual y uso problemático de drogas, alcohol o tabaco.
- Desarrollar y evaluar modelos de predicción del consumo de drogas, alcohol y tabaco, con objeto de incidir en la creación e implementación de programas de prevención.
- Proveer información a los sectores de Salud y Educación que ayude a desarrollar y fortalecer medidas preventivas sobre el uso habitual y el uso problemático de alcohol y tabaco.
- Desarrollar nuevas líneas de investigación en el campo del abuso de sustancias.
- Conocer la relación que existe entre uso de drogas, comportamiento antisocial, violencia y salud mental.

a) Tendencias en la edad de inicio del consumo de drogas en la población de 12 a 65 años

Con respecto a la edad de inicio del consumo de drogas (Figura 3), se observan disminuciones a lo largo de los años (20.6 años en 2002, 18.7 en 2008, 18.8 en 2011 y 17.8 años en 2016). Por sexo también se observa este patrón, en los hombres paso de 19.8 años en

2002 a 17.7 años en 2016 y en las mujeres de 23.6 años a 18.2 años. Adicionalmente se observa que la edad de inicio de los y las consumidores (as) es prácticamente la misma.



b) Tratamiento y necesidades de atención

De los consumidores de drogas en el último año, el 8% ha acudido a tratamiento (9.3% hombre y 3.9% mujeres); en tanto, en quienes reportaron dependencia en el último año, el 20.4% ha asistido a tratamiento (22.1% hombres y 12.8% mujeres) (Tabla 8).

Tabla 8

Consumidores de drogas que han recibido tratamiento población de 12 a 65 años

	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
Total	200 110	8.0	111 002	20.4
Hombres	177 003	9.3	98 343	22.1
Mujeres	23 107	3.9	12 659	12.8

Nota: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Respecto al tipo de tratamiento, de quienes presentan dependencia en el último año, más de la mitad de los hombres acude a tratamiento residencial o consulta externa (54.2%),

seguido de estancia en un anexo (53%) y tratamiento por desintoxicación (51.1%). En las mujeres estos porcentajes se reducen a 31.5% en tratamiento por desintoxicación y 22.9% tanto en tratamiento residencial como en estancia en un anexo (Tabla 9).

Cerca de una cuarta parte de los consumidores de drogas en los últimos 12 meses (21.4%) y de las personas con dependencia en el último año (24.5%) completaron el tratamiento con algún profesional de la salud; en tanto que casi tres cuartas partes solo lo hicieron en forma parcial (70.1% de los consumidores en el último año y 72.4% de los consumidores con dependencia en el último año). En los hombres se observa una situación similar, donde el menor porcentaje se encuentra entre quienes completaron el tratamiento (17.6% consumidores último año y 19.8% consumidores con dependencia en el último año); mientras que en las mujeres este patrón se invierte y el menor porcentaje se encuentra entre quienes solo cubrieron de manera parcial el tratamiento con algún profesional de la salud (42.6% con consumo en el último año, 9.5% con dependencia en el último año) (Tabla 10).

Tabla 9

Tipo de tratamiento recibido por los consumidores de drogas población de 12 a 65 años

Tratamiento	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
Total				
Desintoxicación	93 919	46.9	54 250	48.9
Residencial	81 008	40.5	56 237	50.7
Ambulatorio	45 472	22.7	25 621	23.1
Por internet	23 322	11.7	14 189	12.8
Clínica de metadona	14 233	7.1	12 370	11.1
Anexo	86 242	43.1	55 029	49.6
Hombres				
Desintoxicación	85 447	48.3	50 259	51.1
Residencial	75 146	42.5	53 335	54.2
Ambulatorio	42 506	24.0	23 155	23.5
Por internet	23 322	13.2	14 189	14.4
Clínica de metadona	13 874	7.8	12 174	12.4
Anexo	78 368	44.3	52 130	53.0
Mujeres				
Desintoxicación	8 471	36.7	3 991	31.5
Residencial	5 862	25.4	2 902	22.9
Ambulatorio	2 966	12.8	2 466	19.5
Por internet	--	--	--	--
Clínica de metadona	359	1.6	196	1.5
Anexo	7 874	34.1	2 898	22.9

Nota: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Tabla 10

Tipo de tratamiento recibido por los consumidores de drogas población de 12 a 65 años

Tratamiento	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
Total				
Completo con profesionalista	21 908	21.4	14 912	24.5
Parcial con profesionalista	71 716	70.1	44 015	72.4
Autoayuda	8 707	8.5	1 867	3.1
Otro tipo	--	--	--	--
Hombres				
Completo con profesionalista	16 254	17.6	11 230	19.8
Parcial con profesionalista	67 518	73.0	43 629	76.9
Autoayuda	8 707	9.4	1 867	3.3
Otro tipo	--	--	--	--
Mujeres				
Completo con profesionalista	5 653	57.4	3 682	90.5
Parcial con profesionalista	4 198	42.6	386	9.5
Autoayuda	--	--	--	--
Otro tipo	--	--	--	--

Nota: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

En general, los consumidores de drogas en el último año acuden a consultar a un psicólogo (40.3%), seguido de grupos de autoayuda (33.5%) y médico familiar o general (28.5%); esto es similar en los hombres (41.3%, 37.1%, 30.4%); en tanto que las mujeres acuden con el psicólogo (33.1%, trabajadores sociales (21.9%) y médicos familiares o generales (13.5%) (Tabla 11).

Tabla 11

Consumidores de drogas que consultaron algún profesional de la salud población de 12 a 65 años.

Profesional al que acudió	Consumo Último Año		Con Dependencia	
	N	%	N	%
Total				
Psiquiatra	55 096	27.5	38 017	34.2
Médico familiar o general	56 979	28.5	39 312	35.4
Otro médico especialista	31 967	16.0	22 394	20.2
Psicólogo	80 668	40.3	53 373	48.1
Trabajadora Social	50 849	25.4	32 666	29.4
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	47 821	23.9	34 216	30.8
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	36 249	18.1	24 590	22.2
Consejero espiritual	49 251	24.6	33 411	30.1
Grupo de autoayuda	67 028	33.5	40 638	36.6
Consultó a algún otro especialista	11 222	5.6	11 222	10.1
Hombres				
Psiquiatra	52 038	29.4	37 432	38.1
Médico familiar o general	53 869	30.4	37 571	38.2
Otro médico especialista	31 566	17.8	22 394	22.8
Psicólogo	73 021	41.3	49 692	50.5
Trabajadora Social	45 793	25.9	30 725	31.2
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	45 232	25.6	32 275	32.8
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	34 308	19.4	22 649	23.0
Consejero espiritual	46 810	26.4	31 471	32.0
Grupo de autoayuda	65 740	37.1	40 252	40.9
Consultó a algún otro especialista	11 222	6.3	11 222	11.4
Mujeres				
Psiquiatra	3 058	13.2	586	4.6
Médico familiar o general	3 110	13.5	1 741	13.8
Otro médico especialista	401	1.7	--	--
Psicólogo	7 647	33.1	3 682	29.1
Trabajadora Social	5 056	21.9	1 941	15.3
Enfermera u otro/a profesional de la salud en un Centro de Salud	2 589	11.2	1 941	15.3
Terapeuta u otro/a profesional de la salud de forma independiente	1 941	8.4	1 941	15.3
Consejero espiritual	2 441	10.6	1 940	15.3
Grupo de autoayuda	1 288	5.6	386	3.0
Consultó a algún otro especialista	--	--	--	--

Nota: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Finalmente, al analizar las necesidades de atención por el consumo de drogas para la población total (Tabla 12), se observa que el 0.6% de los consumidores con dependencia y 9.7% de los consumidores sin dependencia requieren algún tipo de ayuda por el consumo, mientras que en la población de 12 a 17 años, estos porcentajes son 0.6% y 5.8% respectivamente.

Es de suma importancia promover campañas de prevención en los adolescentes que han estado expuestos al consumo (16.5%) y en los que nunca han consumido drogas (77.1%).

Tabla 12

Necesidades de atención de la población por el consumo de drogas, población de 12 a 65 años.

	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Dependencia	445 798	1.1	99 073	0.2	544 870	0.6
Uso sin dependencia	6 203 419	15.1	2 033 927	4.6	8 237 345	9.7
Exposición a drogas sin consumo	10 599 504	25.7	4 748 302	10.8	15 347 806	18.0
No consumo	23 919 896	58.1	37 212 140	84.4	61 132 036	71.7

Nota: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

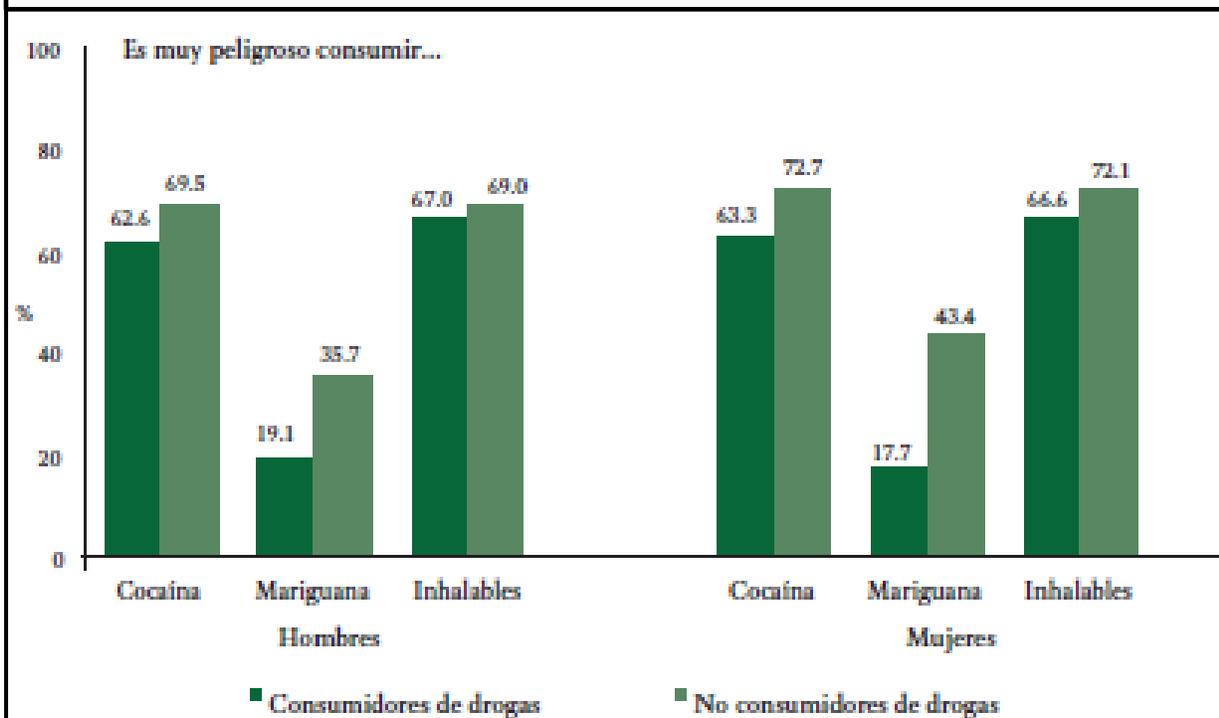
c) Factores relacionados con el consumo de drogas

1. Percepción de riesgo y tolerancia

Al analizar la percepción de riesgo de los no consumidores de drogas, en la población total, el 71.3% considera muy peligroso el consumo de cocaína, 70.7% el de inhalables y el 39.9% el de marihuana; en tanto que la percepción de riesgo disminuye en los consumidores de drogas (62.8%, 66.9% y 18.7% respectivamente). Cabe resaltar el bajo porcentaje de percepción de riesgo de consumir marihuana en comparación con las demás drogas (cocaína e inhalables), tanto en población consumidora como no consumidora.

Por sexo, los hombres no consumidores reportan porcentajes menores (69.5% cocaína, 35.7% marihuana, 69.0% inhalables) que las mujeres (72.7%, 43.4% y 72.1% respectivamente). Situación que es similar en los consumidores de drogas (Figura 4)

■Figura 4. Percepción de riesgo ante el consumo de drogas, población de 12 a 65 años.



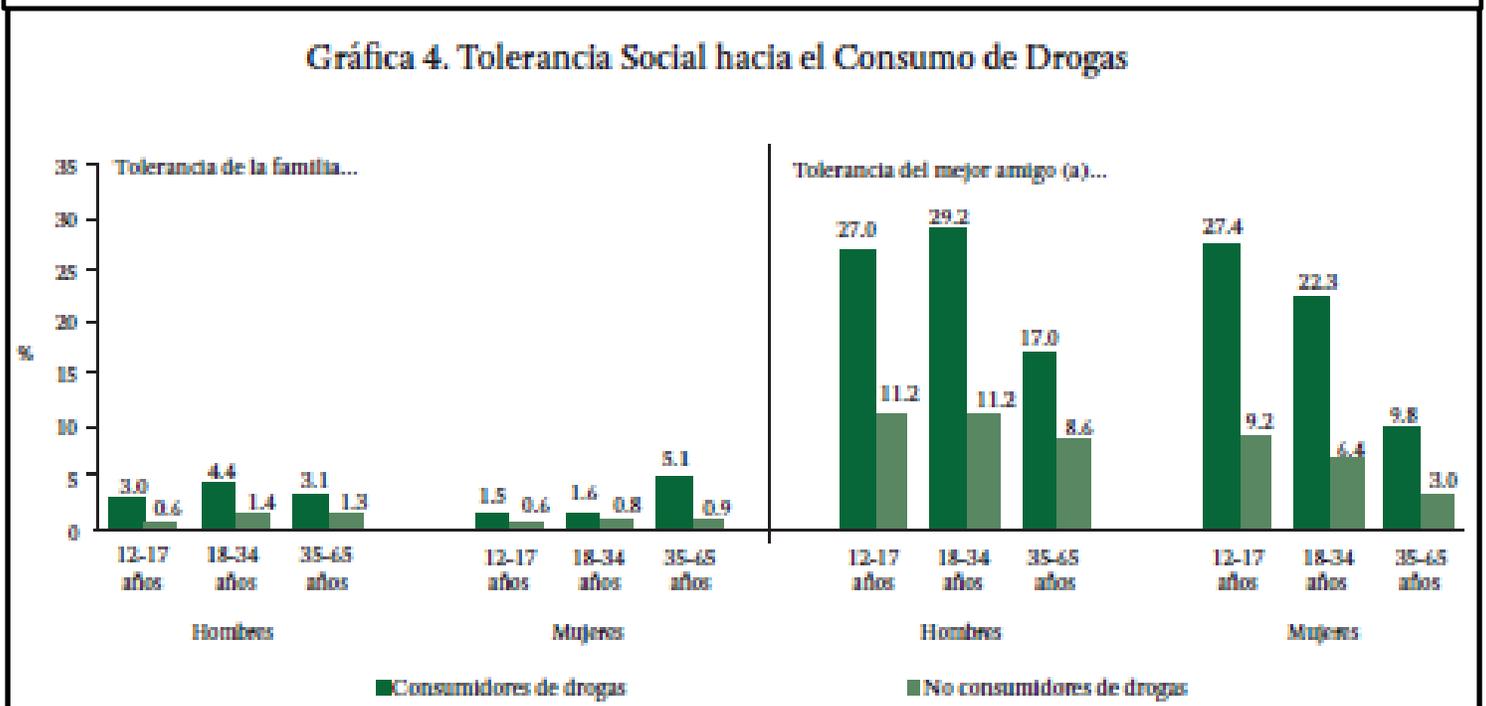
■Figura 4. Encuestas Nacionales de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Con respecto a la tolerancia social, en la población de 12 a 17 años que ha consumido drogas se observa una baja tolerancia de la familia hacia el consumo de drogas, (3% hombres y 1.5% mujeres), y es más baja en los no consumidores (0.6% ambos sexos). La tolerancia del mejor amigo(a) ante el consumo es de 27% hombres y 27.4% mujeres en los adolescentes consumidores de drogas y de 11.2% hombres y 9.2 mujeres no consumidores (Figura 5).

En la población de 18 a 34 años, el 4.4% de hombres y el 1.6% de mujeres que consumen drogas, consideran que sus familiares son tolerantes ante el consumo, mientras que en los no consumidores es menor el porcentaje (1.4% hombres y 0.8% mujeres). Situación diferente ocurre con el mejor amigo(a), donde la tolerancia hacia el consumo es mayor tanto en los no consumidores (11.2% hombres y 6.4% mujeres) como en los consumidores de drogas (29.9% hombres y 22.3% mujeres) (Figura 5).

En los consumidores de drogas de 35 a 65 años se reporta una tolerancia de la familia hacia el consumo de drogas de 3.1% en hombres y 5.1% en mujeres; mientras que en los no consumidores la tolerancia es de 1.3% en hombres y 0.9% en mujeres. En el caso del mejor amigo(a), la tolerancia ante el consumo de drogas es de 17% hombres y 9.8% mujeres en los consumidores y de 8.6% y 3% respectivamente en los no consumidores (Figura 5).

■ Figura 5. Tolerancia social hacia el consumo de Drogas



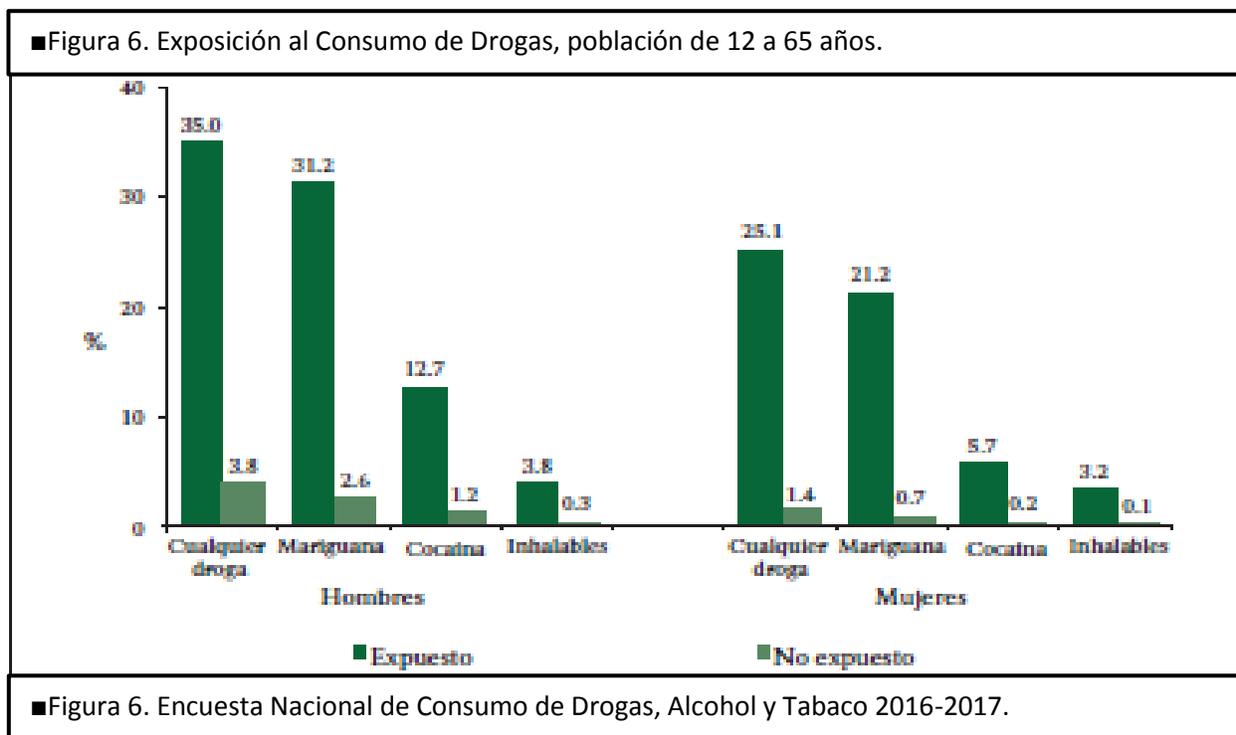
■ Figura 5. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

2. Exposición al consumo de drogas

De la población que ha estado expuesta a drogas, sea que se las hayan ofrecido regalado o vendido, el 32.2% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 28.4% ha consumido marihuana, el 10.7% cocaína y el 3.6% inhalables; en quienes no han estado expuestos al consumo el 2.4% ha consumido cualquier droga, el 1.5% marihuana, el 0.6% cocaína y el 0.2% inhalables.

Por sexo, se observa que los hombres que han estado expuestos a drogas, el 35% reporta haber consumido cualquier droga, marihuana el 31.2%, cocaína el 12.7% e inhalables el 3.8%. Situación diferente se presenta entre quienes no han estado expuestos donde el consumo de cualquier droga es de 3.8%, marihuana 2.6%, cocaína 1.2% e inhalables 0.3%. En el caso de las mujeres, de aquellas expuestas a drogas el 25.1% ha consumido cualquier droga, el 21.2% marihuana, 5.7% cocaína y 3.2% inhalables alguna vez; estas cifras

disminuyen en las no expuestas, pues apenas el 1.4% ha consumido cualquier droga, 0.7% mariguana, 0.2% cocaína y 0.1% inhalables (Figura 6).

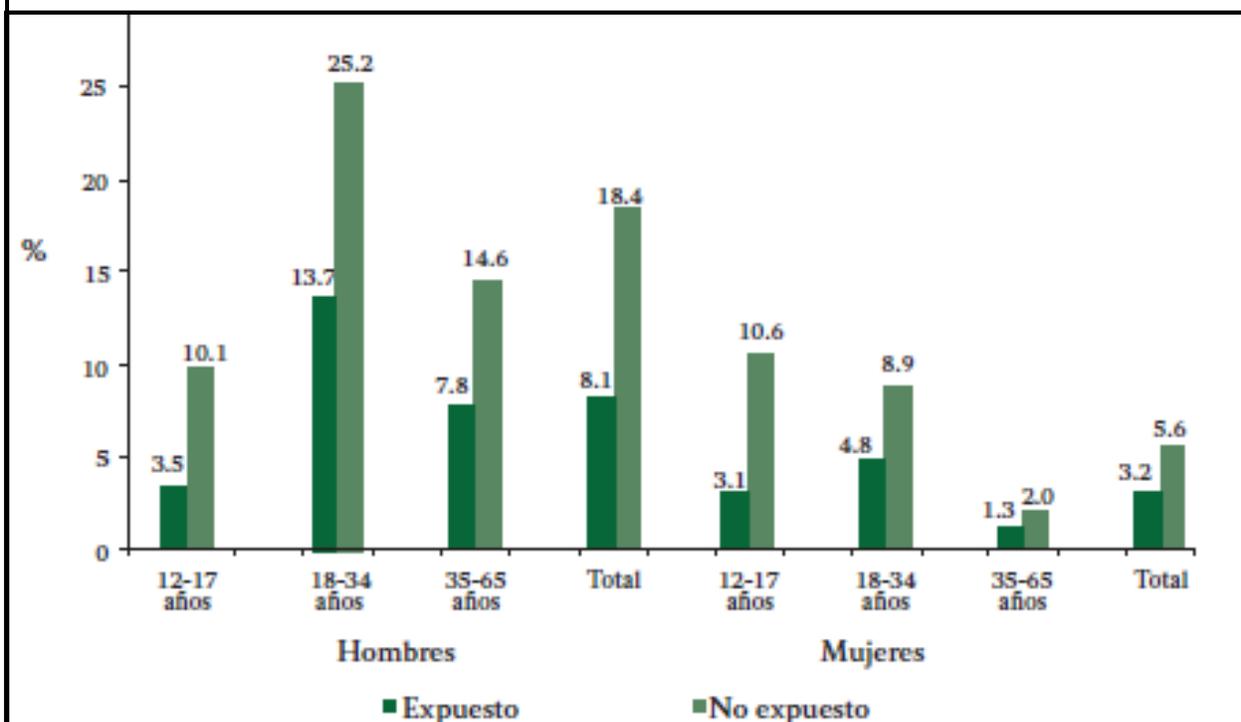


3. Exposición a la prevención

De la población total que ha estado expuesta a la prevención antes de consumir drogas, el 5.1% consume cualquier droga; los hombres reportan un porcentaje mayor (8.1%) que el de las mujeres (3.2%). En contraste, quienes no han estado expuestos a prevención, el porcentaje de consumo se duplica (12.3% población total; 18.4% hombres y 5.6% mujeres) (Figura 7).

De la población entre 12 y 17 años que ha participado en alguna actividad para prevenir el consumo de drogas, el 3.3% reporta consumo de cualquier droga alguna vez, 3.5% hombres y 3.1% mujeres, porcentaje de consumo que crece 3 veces (10.3% población total, 10.1% hombres y 10.6% mujeres) en el grupo que no ha estado expuesto a programas de prevención (Figura 7).

■ Figura 7. Exposición a la prevención, población de 12 a 65 años.



■ Figura 7. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

En la población de 18 a 34 años, el 8.1% que ha recibido información sobre prevención del consumo de drogas, reporta haber consumido cualquier droga alguna vez; los hombres presentan un porcentaje de consumo de 13.7% y las mujeres de 4.8% en tanto que el 17.4% de la población sin exposición a prevención ha consumido cualquier droga alguna vez (hombres 25.2%, mujeres 8.9%) (Figura 7).

En la población de 35 a 65 años, el 3.2% de quien ha estado expuesto a la prevención, presenta consumo de cualquier droga alguna vez; (7.8% de los hombres y 1.3% de las mujeres). Los porcentajes de consumo se duplican en quienes no han participado en programas preventivos tanto en población total (8.4%), en hombres (14.6%) mientras que en mujeres se mantienen estable (2%) (Figura 7).

Si bien vemos que hay una relación entre estar expuesto a prevenir, con prevalencias menores de consumo, es importante analizar a detalle el tipo de prevención y hacer análisis de la calidad de dichas actividades de prevención.

3.5 Panorama Epidemiológico del Consumo

Nuestro país cuenta con una amplia experiencia en investigaciones epidemiológicas y cualitativas acerca del consumo de drogas. Desde la década de los setentas se han llevado a cabo en México estudios con una misma metodología, utilizando técnicas de recolección y análisis uniformes por cada tipo de población estudiada, que nos permiten conocer el panorama global del fenómeno del consumo de drogas en distintos escenarios tales como el hogar, las escuelas y los centros de tratamiento.

A manera de resumen, es importante señalar que los resultados de los diferentes estudios recientes muestran incrementos significativos en el uso de drogas ilegales, especialmente en el uso de marihuana (ENA, 2011).

Con respecto a las metanfetaminas, su aparición se documentó por primera vez en los noventas y en su consumo se observan incrementos significativos.

Asimismo, los centros de atención a usuarios de la frontera con los Estados Unidos, han detectado tasas altas de consumo de heroína, donde una gran proporción se consume vía intravenosa a través de prácticas de alto riesgo para la transmisión de VIH/SIDA y hepatitis B y C. Mientras tanto, el uso de drogas de prescripción médica ha permanecido en niveles bajos. Por otra parte, el abuso del alcohol se ha incrementado entre los jóvenes y el consumo de tabaco ha venido disminuyendo.

Asociado al tabaco y al alcohol, la percepción de riesgo del consumo entre la población se mantiene constante en la primera y ha disminuido en la segunda, lo cual es congruente con las tendencias de dichas sustancias. Lo que debe llamar nuestra atención, es que la tolerancia social se ha mantenido alta en ambas sustancias; es decir, su consumo sigue siendo socialmente aceptado (Villatoro et al., 2011)

3.6 Beneficios del Cannabis en la Medicina

La planta de cannabis era una especie de panacea antes de su prohibición. Quizá por eso, a pesar de la negativa de poder usarse, siguió formando parte de la medicina de nuestro país.

Era costumbre hervir las varas de la planta en agua para facilitar las contracciones de las mujeres que entraban a labor de parto hace más de 50 años. Se humedecían trapos o toallas en agua caliente, y se colocaban directamente sobre el área de la cintura. De alguna manera, los efectos sedantes de la planta entraban en acción haciendo que la parte inferior se contrajera y el bebé saliera con mayor facilidad.

Por aquella misma época las hojas de marihuana se maceraban en alcohol. El producto resultante se untaba para curar los dolores reumáticos. Se aplicaba dos veces al día, o cada vez que hacía falta, aunque se obtenían mejores resultados cuando la zona afectada, se frotaba con la tintura de marihuana, como se llamaba el producto resultante. Esta acción, además de curar, calentaba el ambiente (Época, 2016).

Luis Astorga nos menciona que los porros ya eran muy conocidos. Se fumaban para aliviar el asma y los dolores de cabeza provocados por la migraña. En los periódicos mexicanos de los años 50's todavía se encontraban afirmaciones como esta: *La marihuana es un magnífico analgésico para los dolores reumáticos y este remedio se preparaba con alcohol y ajo machacado, siendo muy usado por nuestra gente pobre que todavía recurre a la farmacopea de casa (Astorga, 1995).*

En efecto, la farmacopea señala a la cannabis como principal medicina para el tratamiento del reumatismo. Los nativos del estado de Sonora la aplicaban directamente en las zonas afectadas, machacándola para luego mezclarla con un poco de alcohol de caña. Para hacer más efectivo el remedio, los antiguos habitantes del estado de Hidalgo, añadían dientes de ajo y un poco de tabaco. A menudo cubrían la zona con una manta para inducir el calor. Este remedio era empleado para sanar dolores musculares. Si la hierba se fumaba, inducía al sueño.

A principios de siglo XX, todavía se recomendaba la semilla de marihuana en agua de horchata para combatir la gonorrea y las hojas se masticaban para disminuir la cantidad de leche materna. A finales del mismo siglo, todavía se mencionaban estos remedios como muy eficaces, incluso para sanar la ictericia, pero no nos fue posible conocer las dosis empleadas.

En otros documentos se clasificaba al cannabis como un estimulante natural, porque afecta a los centros nerviosos superiores, además de producir un delirio especial con exaltación de

la imaginación y pérdida de la noción del tiempo. Se mencionan sus cualidades terapéuticas contra el dolor, el insomnio, las neuralgias, histerias, depresiones mentales, neurastenia, tétanos y hemorragia uterina.

Se especificaba que los obstáculos para su empleo eran su variabilidad de acción y su rápida alteración. La Sociedad Farmacéutica de México, la refería para el tratamiento del asma, como emoliente, hipnótico, contra los dolores intensos de cabeza y sedante; esto, generalmente si se fumaba o inhalaba. Muchos la consideraron un afrodisiaco, aperitivo, y para nadie cabía duda de que fuera un narcótico (Época, 2016).

3.6.1 México moderno

“En la obra *La Marihuana y la Salud*, su uso terapéutico (2016) menciona que durante los últimos años se han realizado diversas investigaciones para demostrar las propiedades benéficas de la planta de cannabis, aunque todos ellos aplicados a animales y no en seres humanos” (Época, 2016). Se demostraba la actividad anti-inflamatoria de los extractos de las partes aéreas de la planta, al aplicarse de manera externa en la oreja de un ratón al que se le indujo una lesión.

La acción analgésica se probó en ratones a los que se provocaron diversas enfermedades gástricas, descubriendo que el humo de la planta era suficiente para inducir la relajación. Al parecer, la marihuana mejora los ciclos de fertilidad cuando se consume moderadamente. La resina tiene una acción que combate las convulsiones.

Es posible, mediante la ingesta de las hojas de la planta, provocar una acción depresora del sistema nervioso central en ratas, cuyos y hasta perros, lo que es una ventaja, cuando el animal padece de alguna enfermedad grave. Sorprendió a muchos especialistas, la actividad antibiótica del aceite esencial, la cual fue demostrada sobre las bacterias *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus faecalis*, *Escherichia coli* y *Mycobacterium smegmatis*.

La secretaria de Salud, rechaza el uso de la marihuana., por considerar que no hay suficientes estudios que respalden su utilidad y su beneficio. En contraparte, hay estudios que muestran su lado pernicioso; por ejemplo, se ha observado la acción antiespermatogénica que

provoca fumar los cigarrillos de las hojas según un estudio realizado en individuos sanos adultos. De acuerdo con los resultados, disminuyó la concentración, el conteo total y la calidad de espermatozoides en ellos. Se ha hecho la asociación entre consumo de cannabis y la esquizofrenia, y se ha observado el efecto depresor del sistema nervioso central al disminuir la actividad psicomotora (Época, 2016)

Es posible que por estar prohibida solo se hayan financiado estudios que buscaban resaltar el lado perjudicial de la planta, como sucede en otros países, y que los efectos nocivos, de los que hemos hablado hayan sido transitorios, pues recordemos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que son transitorios los efectos negativos o secundarios de la cannabis. Aunque también es probable que, como en toda medicina o planta medicinal, existan ciertos riesgos.

3.6.2 Esperanza para el futuro

Son muchos los estudios que aseguran que el cannabis, puede ser una herramienta eficaz para la salud del mañana. En cierta forma resulta paradójico que una planta que ha estado prohibida pueda ser la clave para un posible progreso en la prevención y erradicación de ciertas enfermedades.

Como se sabe, la *planta Cannabis spp*, contiene una gran cantidad de compuestos que pudieran generar diversos efectos farmacológicos; sin embargo, las acciones alucinógenas que produce su consumo han eclipsado sus posibles usos médicos. Si los expertos lograran descubrir la forma de extraer eficazmente de la planta solo las cualidades medicinales, dejando a un lado los efectos alucinógenos, se podrían desarrollar tratamientos muy efectivos sin provocar efectos secundarios o intoxicantes. Es un hecho que queda mucho camino por descubrir.

Hasta el momento, no hay datos seguros, que el uso de la marihuana a largo plazo no tenga consecuencias permanentes e irreversibles, porque, como es muy reciente el interés que se ha mostrado, no hay estadísticas que reporten su repercusión en la salud a futuro. Los

resultados obtenidos a corto plazo son buenos y alentadores, pero falta ver como influiría su uso en la dieta diaria, pues por beneficioso que haya sido su consumo en algunos casos, no significa que a todos les sienta de igual manera. Así como, cada cabeza es un mundo, cada organismo tiene sus cualidades y defectos heredados y adquiridos. Esto explica por qué una persona muestra, ciertos síntomas mientras que otra, con la misma enfermedad e igual tiempo de padecerla, muestra otras reacciones.

La marihuana sigue siendo una droga prohibida para consumo social en muchas partes del mundo. Las legislaciones de cada país son muy claras a pesar de los distintos estudios realizados, y antes de decidirse a aprobarla como medicina, es conveniente asegurarse de tener la prescripción adecuada, o portar la cantidad permitida para libre consumo (en México es de 5gr. Y no puede comercializarse). Aún existe un gran debate, en cuanto a su uso y aplicación, pero a medida que se avance en los resultados, habrá más formas de ingerirla de manera segura (Época, 2016).

3.7 Legalización general de la Marihuana en México

Al presidente de México, Enrique Peña Nieto, al bastarle poco tiempo de mandato. Es en estos momentos, en la recta final de su gobierno, cuando se ha sentido más cómodo para hablar de la marihuana como una posibilidad para su país.

Al preguntarle al Sr. Presidente ¿Si alguna vez ha consumido Marihuana?, menciona; “La verdad es que no, nunca he consumido ningún tipo de droga”. Lo cierto es que el hombre que ha liberado la política en México desde el 2012) ha favorecido a esta planta en lo legal; al aprobar recientemente a la marihuana medicinal en todo el territorio nacional.

Si bien considera que “*el consumo de marihuana puede ser la entrada a el acceso a otro tipo de drogas*”, su gobierno ha permitido que, por primera vez en la historia de México, se pueda acceder a un tratamiento médico a base de cannabis sin enfrentar problemas legales. Si bien aún no quedan claros los reglamentos para el cultivo o la investigación de la planta en el territorio mexicano, si se ha abierto una puerta para profundizar en el tema en los próximos años (Saavedra, 2017).

“Yo no descarto que en un futuro no muy lejano se termine legalizando la marihuana en México. Ya está ocurriendo en otros países, en Estados Unidos, particularmente”, asegura Peña Nieto, quien ha tenido que lidiar con la guerra contra el narcotráfico desde que inició su mandato, lo que ha elevado las cifras de muertes relacionadas con el tráfico de droga en más de 90 mil personas, desde 2012 hasta la fecha. Perteneciente al PRI (Partido Revolucionario Institucional), Peña Nieto, forma parte del grupo político más poderoso de México, el cual forjó leyes que durante décadas consideraron al cannabis como una droga altamente peligrosa.

Los cambios en la forma en la que se ve a la marihuana en México son bastantes claros. Movimientos sociales, investigadores, politólogos, pacientes e instituciones, han generado desde hace varias décadas iniciativas para dejar de satanizar a la planta y permitir que se le vea como algo más que una hierba dañina. El 20 de Junio del 2017, los diputados mexicanos permitieron el uso medicinal de la marihuana, un logro que se dio precisamente gracias a la presión social.

Para el presidente mexicano esta decisión podría ser uno de los puntos clave para validar su mandato. Si bien su periodo de gobierno ha estado manchado por la corrupción, la impunidad y una falta de estrategia clara para lidiar con las adicciones y la violencia generada por el narcotráfico, la apertura hacia el cannabis durante su gobierno puede ser un punto a favor que en un futuro termine por desarrollarse.

“A lo mejor, quizá algún día, fume (marihuana) para no perderme la experiencia. Pero no lo haré mientras sea presidente”, dice, mientras deja claro que el cambio de mentalidad es lo que ha generado que la hierba pase de ser considerada una droga a transformarse en una gran industria medicinal que beneficia a millones de personas en el mundo. Sobre el uso lúdico de la planta, el mandatario de 51 años declara que es muy posible que sea aprobada en los próximos años, fruto de las acciones a favor que se realizaron durante su gobierno.

México vivirá en 2018 las campañas presidenciales más polémicas de su historia. El presupuesto para realizarlas, rebasará los 6,778 millones de pesos y las fuerzas de izquierda y derecha en el país competirán para alcanzar un mandato que se extenderá hasta el 2024. Sorprendentemente, ninguno de los candidatos a la presidencia de México tiene una apertura clara hacia la marihuana, sin duda un tema clave para asegurarse millones de votantes.

Y es que en México hay más de 6 millones de consumidores de marihuana. Todos ellos dependen aun del mercado negro para acceder a la planta, lo que pone en riesgo su salud, ya que no saben realmente que están consumiendo y si se compra directamente con narcotraficantes violentos. Una persona que sale de casa para concretar una pequeña venta de cannabis ilegal, puede terminar secuestrada o asesinada.

Para Enrique Peña, esto debe cambiar desde lo legal, por lo que no descarta que la legalización del consumo recreativo del cannabis sea un tema clave a desarrollar el próximo año. Lo que podría hacer el mismo, ya que abandonara el cargo en diciembre de 2018. *“Un paso así requiere de una buena investigación, probar realmente cuales son los efectos de la marihuana”*, dice.

Conocido por ser un presidente atado a las ideas conservadoras de su partido, Peña ha sorprendido a sectores claves como el religioso, el empresarial y a varios grupos conservadores, al legalizar una planta que todavía enfrenta grandes prejuicios en zonas clave del territorio mexicano. Muchos condenaron la decisión y decidieron criticar públicamente el giro ideológico del presidente.

Alberto Saavedra (2017), “Lo peor que nos puede pasar es que ante los problemas que no podemos solucionar, tomemos el camino de ‘legalizar’, condenando con ello a los jóvenes y a las nuevas generaciones a un mundo sin remedio”, señaló Norberto Rivera, la figura católica más importante del país. Y es que México cuenta con 111 millones de católicos, lo que lo coloca como la segunda nación con más fieles de esta religión en el planeta. Algo que sin duda perjudicara a la agenda cannábica.

En su quinto informe de gobierno, Peña no ha mencionado datos clave para saber que pasara con la evolución de la marihuana legal en México. La planta solamente fue mencionada como parte de los enormes decomisos que realiza el ejército mexicano; del año pasado hasta este, las fuerzas armadas decomisaron más de 600 toneladas de marihuana a narcotraficantes. Lo que confirma que penalizar la planta solo desata más violencia.

“Yo veo que las nuevas generaciones ven con mayor grado de tolerancia esta planta. Y hoy observo que el mundo está siendo mucho más abierto con el tema”, dice argumentando que los jóvenes mexicanos fueron una parte importante para la legalización medicinal.

La presidencia de Enrique Peña Nieto será recordada, entre otras cosas, por la legalización de la planta, algo que sin duda le dio voz a cientos de movimientos sociales que han luchado por la permisividad de la marihuana en México desde hace mucho tiempo (Saavedra, 2017).

CAPITULO 4

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

4.1 Definición

La TCC es una forma de psicoterapia breve y de objetivos limitados, creada por Aaron Beck hace cerca ya de 50 años. Inicialmente propuesta para el tratamiento de la depresión, ha resultado útil dentro de la terapéutica de distintos trastornos mentales. El foco primario de este modelo terapéutico es identificar y cambiar los patrones mal adaptativos de procesamiento de la información y del comportamiento. Aunque su marco teórico es totalmente psicológico, esta psicoterapia es completamente compatible con las teorías y terapéuticas biológicas. La intervención cognitivo conductual adicional genera mejores resultados que administrar medicamentos únicamente (Chávez-León et al., 2014).

La TCC se basa en el modelo cognitivo en donde la interpretación de los eventos influye sobre las emociones y comportamientos de la persona, los sentimientos y las conductas dependen de la forma en que las personas interpretan las situaciones. La TCC modifica los elementos cognitivos, conductuales y afectivos de las alteraciones en personas que pueden dar lugar a nuevos episodios sintomáticos, depresivos o maníacos, ayudando así al paciente al manejo de enfermedad, retrasando o deteniendo su progresión.

Las estrategias de la TCC permiten además, disminuir el efecto de los eventos ambientales estresantes en el paciente al brindarle apoyo en la toma de decisiones, en el manejo del estrés y la solución de los problemas en las relaciones. La TCC según Chávez-León (2014) facilita la adherencia terapéutica, disminuyendo recaídas y ayudando a la persona a manejar las consecuencias psicosociales de la enfermedad.

4.2 Modalidades de Psicoterapia

La Psicoterapia cuenta con muchos métodos diferentes. Generalmente, los psicólogos aprovechan uno o más métodos. Cada perspectiva teórica actúa como hoja de ruta para que el psicólogo pueda comprender a sus clientes y sus problemas y crear soluciones (APA,

2018). El tipo de tratamiento que recibirá el paciente, dependerá de una variedad de factores: investigaciones psicológicas actuales, orientación teórica del psicólogo y lo que sea más adecuado a la situación-problema.

Terapia Psicoanalítica y Psicodinámica

La Terapia Psicoanalítica tiene su origen en el modelo teórico propuesto por Sigmund Freud, padre del Psicoanálisis. Su teoría explica el comportamiento de los seres humanos y se basa en el análisis de los conflictos inconscientes que se originan en la niñez. Para entender los pensamientos disfuncionales, el psicoanálisis pone énfasis en los impulsos instintivos que son reprimidos por la conciencia y permanecen en el inconsciente afectando al sujeto.

El psicoanalista se encarga de hacer aflorar los conflictos inconscientes a través de la interpretación de los sueños, los actos fallidos y la asociación libre. La “*Asociación Libre*” tiene que ver con la catarsis emocional, y es técnica que pretende que el paciente se exprese, en las sesiones psicoterapéuticas, todas las ideas, emociones, pensamientos e imágenes tal y como se le presentan, sin reprimirlas. Una vez en paciente se ha expresado, el psicoanalista debe determinar qué factores, dentro de esas manifestaciones, reflejan un conflicto inconsciente.

Este modelo de psicoterapia también se centra en los mecanismos de defensa, que son maneras incorrectas de resolver el conflicto psicológico y pueden dar lugar a trastornos en la mente y la conducta, y en los casos más extremos a la somatización del conflicto psicológico y las disfunciones físicas que lo expresan.

Psicoterapia Psicodinámica

La Terapia Psicodinámica, sigue la línea que recoge el pensamiento psicoanalítico de la posmodernidad. Por tanto, se deriva del psicoanálisis, aunque con una mayor brevedad, por medio de la focalización de la intervención en ciertos conflictos destacados en la condición actual del paciente.

Puesto que deja atrás la visión clásica, recoge aportaciones como el enfoque analítico del “Yo” o el de las relaciones objetales de la corriente Kleiniana. Además de la contribución de Melanie Klein, otros psicólogos como Adler o Ackerman han participado en el desarrollo de la terapia psicodinámica.

Para la práctica de esta forma de terapia se han propuesto cambios en los modos de llevar la terapia, sin embargo, el objetivo sigue siendo el mismo: ayudar al cliente a obtener “*insight*” sobre sus motivos y conflictos ocultos.

Terapia Cognitivo-Conductual

Desde la perspectiva Cognitivo-Conductual se entiende, que los pensamientos, creencias y actitudes, afectan a los sentimientos, emociones y comportamientos. Por tanto, esta forma de terapia combina distintos métodos derivados de la terapia cognitiva y de la terapia conductual. Es decir, la TCC consiste en una serie de técnicas que se centran en enseñar al paciente una serie de habilidades para afrontar mejor los distintos problemas.

La TCC se basa en la idea de que el pensamiento de situaciones, afectan a nuestra manera de sentir y comportarnos. Por ejemplo, si interpretamos una situación de manera negativa; experimentaremos emociones negativas como resultado, y eso nos provoca que nos comportemos de una manera poco adaptativa. Es el tratamiento por excelencia para los trastornos de ansiedad, como las fobias, pues se entiende que en este caso, una situación traumática provoca que las situaciones análogas se interpreten como amenazantes. Esto causa que el paciente evite exponerse a estas situaciones, debido al miedo intenso e irracional que siente.

En la TCC el paciente trabaja con el terapeuta para identificar y cambiar los patrones de pensamiento disfuncionales. Para identificar el problema, el terapeuta realiza lo que se conoce como; “*El análisis funcional de la conducta*”. El análisis funcional de la conducta intenta, averiguar los factores responsables de la producción o mantenimiento de los comportamientos calificados como desadaptativos y la relación de contingencias que se establecen entre ellos.

Terapia Humanista

La Psicología Humanista, se considera la tercera ola de la psicología, contemplando la perspectiva cognitivo-conductual y psicoanalítica, como las dos fuerzas predominantes

anteriores a la humanista. Esta surgió a mediados del siglo XX, a través de las propuestas y el trabajo de Abraham Maslow y Carl Rogers, principalmente.

Está fuertemente influenciada por la fenomenología y el existencialismo. Desde la primera se remarca el hecho de que nunca somos capaces de experimentar *“la realidad en sí”* de manera directa, mientras que ocurre lo contrario con aquellos aspectos subjetivos de los que somos conscientes. Las fuentes legítimas de conocimiento son la experiencia intelectual y emocional. Del Existencialismo recogemos la reflexión sobre la propia existencia humana.

Por tanto, desde esta perspectiva humanista el individuo es un ser consciente, intencional, en constante desarrollo, cuyas representaciones mentales y estados subjetivos son una fuente válida de conocimiento sobre sí mismo. El paciente es visto como el principal actor en su búsqueda existencial. Esta búsqueda le obliga a pasar por una serie de etapas o estados subjetivos en los que se pregunta el ¿Por qué? De lo que le ocurre, el significado de lo que está viviendo, y el que puede hacer, para mejorar su situación.

El terapeuta Humanista tiene un papel secundario como facilitador del proceso, permitiendo que el sujeto encuentre las respuestas, que busca por sí solo. Uno de los conceptos clave de este tipo de terapia es la *autorrealización del ser humano*.

Terapia Gestalt

La Terapia Gestalt, fue desarrollada por Fritz Perls, Laura Perls y Paul Goodman en los años 40's, es un tipo de terapia humanista, pues concibe al ser humano, sus metas y su abanico de necesidades y potencialidades. Por tanto, desde esta postura se entiende que la mente es una unidad autorreguladora y holística, y se basa en el principio básico de la Gestalt, de que *“el todo, es más que la suma de las partes”*.

Los terapeutas Gestálticos, utilizan técnicas experienciales y creativas para mejorar la autoconciencia, la libertad y la autodirección del paciente. Éste es un modelo terapéutico que no solamente tiene sus raíces en la Psicología Gestalt, sino que además, está influenciado por el Psicoanálisis; el análisis del carácter de Reich, la filosofía existencial, la religión oriental, la fenomenología y el psicodrama de Moreno.

Para muchos, la Terapia Gestalt, es más que un modelo terapéutico, es una auténtica filosofía de vida, que contribuye positivamente en la manera de percibir las relaciones con el mundo por parte del individuo. Tiene gran importancia el momento presente y la autoconciencia de la experiencia emocional y corporal, y el individuo es visto desde una perspectiva holística y unificadora, integrando a la vez, sus dimensiones sensoriales, afectivas, intelectuales, sociales y espirituales. Es decir, que entiende a éste en su experiencia global.

Las sesiones de terapia, giran en torno al “insight” respecto a las experiencias del paciente, y alienta a este, a que explore de manera creativa, la forma de encontrar su propia satisfacción en las distintas áreas de su vida, y de esta manera, el paciente pueda vivir y experimentar las soluciones nuevas. Este es un enfoque más educacional que médico. El terapeuta dirige al paciente, sino que utiliza la capacidad educativa del dialogo, y está más preocupado por el vínculo de confianza con este, con el objetivo de aumentar la autenticidad de la relación, para permitir que el paciente explore la experiencia en su totalidad.

Terapia Sistémica

La Terapia Sistémica, tiene en cuenta la representación de la realidad vista desde una perspectiva holística e integradora, donde lo importante son las relaciones y los componentes que a partir de ellas surgen. En las sesiones terapéuticas, tiene mucha importancia la relación y la comunicación en cualquier grupo que interaccione el Paciente, entendido como un sistema.

Se aplica en el tratamiento de trastornos conceptualizados como la expresión de las alteraciones en las interacciones, estilos relacionales, y patrones comunicacionales de un grupo, como pueden ser parejas o familias, aunque también a personas individuales, teniendo en cuenta los distintos sistemas que componen su contexto.

Tiene un enfoque en la solución de problemas más práctico, que analítico. No es tan importante quien tiene el problema (por ejemplo; quien presenta agresividad), sino que se centra en identificar los patrones disfuncionales dentro del comportamiento del grupo de

personas, para así redirigir esos patrones directamente. Es decir, se trata de que los sistemas encuentren el equilibrio

Terapia Breve (o Terapia Sistémica Breve)

La Terapia Breve, se desarrolla a partir de la Terapia Sistémica. Ya que a principios de los años 70's, se planteó que el Modelo Sistémico podría aplicarse a un solo individuo aunque no asistiera toda la familia. Esto supuso el nacimiento de la terapia breve del MRI de Palo Alto, que es un conjunto de procedimientos y técnicas de intervención que pretenden ayudar a los individuos, parejas, familias o grupos a movilizar sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible.

La terapia breve ha generado un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar modelos breves, simples y efectivos para ayudar a la gente a producir un cambio.

Otros tipos de Psicoterapia

Los modelos de psicoterapia propuestos hasta el momento son los más conocidos y aplicados para el tratamiento psicológico. Pero no son los únicos, pues existen otras formas de Terapia Psicología, que ha surgido recientemente y otros que han ido evolucionando de los anteriores.

Por ejemplo, la terapia narrativa, la terapia de aceptación y compromiso, la terapia cognitivo-social, la terapia hipnótica, etc.

Terapia Mindfulness

Un modelo de Psicoterapia, que está de rigurosa actualidad y ha generado un gran interés en los círculos científicos, es la Terapia Mindfulness. Ésta recoge conceptos de la filosofía budista y de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y se ubica dentro de lo que se conoce como la tercera generación o la tercera ola de terapias psicológicas.

El objetivo del Mindfulness es que los participantes adquieran un estado de conciencia y calma que los ayude a autorregular su comportamiento y a conocerse mejor. Además de aceptarse uno mismo como es y estar en el presente. Pero más que un conjunto de técnicas para estar en el momento presente, es una actitud ante la vida. Se trata de un estilo de afrontamiento que impulsa las fortalezas personales.

El Mindfulness dota a los pacientes de un método para aprender a gestionar las emociones, reacciones, actitudes y pensamientos para que puedan afrontar las situaciones que se presentan en su vida, mediante la práctica y perfeccionamiento de la atención plena. Con el progreso a través de la práctica de la conciencia plena en el momento presente y con una actitud de compasión hacia uno mismo, se desarrollan ciertas actitudes positivas en relación con el estado mental y las emociones, llegando a controlarlos desde la libertad, el conocimiento en uno mismo y la aceptación (García-Allen, 2018).

4.3 Breve historia de la Terapia Cognitivo Conductual

Desde tiempos inmemorables el hombre trato de comprender los enigmas de la mente humana, cualquier trastorno o distorsión era considerado un efecto del demonio o espíritus malignos o contrariamente voluntad dividida. Los chamanes, por ejemplo, eran personajes que tenían acceso al conocimiento y, a la vez, tenían el poder de curar enfermedades y modificar condiciones desfavorables para su tribu.

La necesidad de reducir la incertidumbre intelectual y la de mejorar las condiciones de vida, siguen vigentes en el mundo contemporáneo con la misma fuerza que en nuestros antepasados. La única diferencia crucial es que el pensamiento y las interpretaciones mágicas de aquellas civilizaciones, eran difícil de ser consideradas empíricamente, cediendo paso al pensamiento científico; que le incluye al interés por resolver preguntas, a través de métodos sistemáticos para la contrastación lógica y empírica de sus afirmaciones o hipótesis. Por solo poner otro ejemplo; Plinio el Viejo, durante el primer siglo de la existencia de Roma, trataba de curar a aquellos que abusaban del alcohol, colocando arañas muertas en descomposición en los vasos donde bebían. Esta técnica en la actualidad es denominada condicionamiento aversivo.

En el siglo XVIII el “niño salvaje de Aveyron” fue enseñado a hablar con maniobras y técnicas que actualmente son conocidas como modelado, instigación, refuerzo positivo, retirada de reforzadores, etc. En el siglo XIX, el equivalente actual a un guardián de prisiones; Alexander Maconchi, usaba lo que conocemos hoy como economía de fichas, con el objetivo de conseguir que los internos del Royal British Penal, obedecieran las reglas del penal. En el mismo siglo, un médico francés trato los pensamientos obsesivos, con técnicas parecidas a lo que conocemos hoy como; parada del pensamiento, o inhibición recíproca. No obstante, como orientación específica de intervención en salud, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) aparece en la década de los 50 del siglo pasado, siendo aún una disciplina joven. (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2011).

En psicología, esta tendencia a explicar los móviles de la conducta humana y sus posibles alteraciones de forma sistemática ha sido representada por las diferentes escuelas psicológicas, y por sus principales referentes prácticos, los modelos de psicoterapia.

Díaz et al. (2016) retoma a Castañeda, 1998, para abordar que el término cognición procede del latín: *cognoscere*, que significa obtener conocimiento, acción y efecto de conocer. Así entendida, la cognición es el acto por el cual la persona logra saber y tener nociones acerca de si y del mundo que le rodea, a través de la experiencia. En este sentido, los filósofos griegos de la escuela estoica, solían ya decir que “los hombres no se trastornan por los acontecimientos, sino por las opiniones que de ellos tienen”. En la actualidad son múltiples las expresiones empleadas para señalar el papel que los factores cognitivos desempeñan en los trastornos emocionales (distorsión cognitiva, creencias irracionales, construcciones alteradas).

La aplicación del paradigma cognitivo en psicoterapia, se ha apoyado en la idea anterior del filósofo Epicteto; que responde a una de las mayores culturas, la griega, caracterizada por disímiles pensadores que comenzaron la carrera por el logos (el conocimiento) y por el entendimiento humano, recordemos la sentencia en el oráculo de Delfos: Conócete a ti mismo.

El fundamento de la terapia cognitiva, radica entonces, en el conocimiento de que todo proceso cognitivo ejerce grandes efectos en las emociones y en la conducta, y la distorsión

de estos procesos (suposiciones, creencias) genera conductas inadaptadas y sentimientos negativos perturbadores.

Díaz et al. (2016) retoma los aportes de Minici et al. 2001, donde menciona que “la Terapia Cognitivo-Conductual posee algunos pilares teóricos básicos. El primero de ellos, surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del filósofo ruso Ivan Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que luego llamaría: Condicionamiento Clásico. Tratándose de un proceso por el cual los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, justamente Jhon B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conocería como el Conductismo. Y con respecto a esto hay que aclarar, que el Conductismo Watsoniano, representa actualmente la base metodológica del modelo, que un cuerpo teórico de principios explicativos, describe técnicas de intervención” (p.22).

Resulta válido en estos autores destacar el valor del conductismo para las terapias cognitivas, pues brinda la metodología para seguir demostrando sus planteamientos. Permitiéndonos una disgregación, consideramos que es este el principal legado del conductismo, sus propios autores hubieran sido menos criticados si hubieran reconocido la eficacia de su método y su alcance limitado, mas, generalizaron sus resultados para explicar los móviles de la conducta humana y muchas variables intervinientes quedaron fuera.

Algunas de esas variables mediadoras, constituyen precisamente los esquemas mentales y representaciones, por eso se puede decir que la psicología cognitiva y su modelo terapéutico abrió de cierta forma la caja negra de los conductistas. Y es que en efecto, comúnmente se realiza una distinción entre el “Conductismo Watsoniano o radical” y el “Conductismo Metodológico”. Siendo este aporte de Watson, lo que hoy conservaremos en la Terapia Cognitivo-Conductual; su énfasis en el comportamiento como tema de la psicología, y en el uso del método científico como un modo de estudiarlo, nada más que eso. Luego hacia la década de 1960, según Minici Rivadeneira y Dehab (2001), los trabajos encabezados por Albert Bandura comienzan a confortar un nuevo conjunto de hipótesis, cuyo énfasis recae en el papel que la imitación juega en el aprendizaje. Y solo a manera de comentario, agreguemos

que Bandura se haya también involucrado en la formulación de modelos cognitivos. Hacia la misma época, un movimiento quizás algo reaccionario al Conductismo radical, comienza a estudiar los inicialmente denominados “eventos privados”, es decir; pensamientos, diálogos e imágenes internas, creencias, supuestos, por solo nombrar algunos de los tópicos cubiertos por los así llamados “modelos cognoscitivos”.

Como se puede apreciar en las propuestas anteriores existe una evolución de las terapias Cognitivo-Conductuales, las cuales exponemos a continuación. Según los apuntes de Psicología de la UNED, Racham resumió la evolución conceptual de la TC en tres estadios, y O’Donohue en tres generaciones.

La revista “Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia (2016), menciona que la primera generación de terapeutas está relacionada con las teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neocunductismo mediacional, en definitiva la extrapolación de los principios de aprendizaje a la clínica (tenemos en esta generación a Watson, Skinner, Thondike). La conducta normal y anormal se considera generada y mantenida por los mismos principios de aprendizaje. La técnica de exposición, desensibilización sistemática, técnicas operantes, y biofeedback fueron desarrolladas en este periodo.

La segunda generación está marcada por la heterogeneidad y recoge a quienes tratan de superar deficiencias y limitaciones de la teorías de aprendizaje, aportando los elementos de la psicología experimental, cognitiva y social (destaca aquí; Bandura, Hull y Tolman). Con la segunda generación de terapeutas se produce el distanciamiento de los clínicos de la investigación básica sobre el aprendizaje (más clínico y menos investigadores). Se aportó la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo.

Y por último, la tercera generación de terapeutas (hasta la actualidad) buscan nuevas alternativas terapéuticas: concepto de multiplicidad de estímulos y contingencias, se intenta fomentar la relación entre la investigación básica y la aplicación clínica. A esta tercera generación pertenecen los nuevos desarrollos del enfoque cognitivo con carácter constructivista que se apartan de las bases racionalistas de los modelos cognoscitivos anteriores. La mayor parte de la práctica clínica está guiada por el empirismo (criterios de eficiencia y efectividad), en esta generación podemos enmarcar las propuestas más

contemporáneas de A. Beck y A. Ellis, las terapias cognitivas del estrés y el meta-modelo de programación neurolingüística (Díaz et al., 2016, p. 23).

4.4 Generalidades de la Terapia Cognitivo-Conductual

La Terapia Cognitivo- Conductual TCC es una forma de tratamiento psicológico que se puede aplicar a muchos ámbitos y problemas. Investigaciones científicas han demostrado que la TCC es eficaz para tratar varios tipos de trastornos como la depresión, diferentes tipos y síntomas de ansiedad, fobias, problemas de adicción, T.O.C., ataques de pánico, estrés post traumático, bulimia, etc... y también, para tratar a personas con problemas físicos que algunas veces también implican dificultades psicológicas.

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en la idea de que nuestros pensamientos y sentimientos, influyen y tienen un papel esencial en nuestro comportamiento.

Chimeno (2018) describe el objetivo que persigue la Terapia Cognitivo-Conductual, el cual es enseñar a los pacientes que, aunque no puedan controlar todos los aspectos que les rodean, si pueden retomar el control sobre cómo interpretar y manejar las diferentes situaciones que suceden en su entorno. La TCC, sirve para ayudar a entender problemas complejos, dividiéndolos en partes sencillas. De forma que el paciente pueda comprender como las diferentes partes están conectadas entre sí, y entienda como le afecta cada una de ellas.

La Terapia Cognitivo-Conductual persigue dividir una situación difícil o un problema en las diferentes áreas que pueden derivarse de ella como son:

- Los pensamientos
- Emociones y sentimientos
- Sensaciones físicas
- Comportamientos

Y en como cada una de estas áreas afectan a las demás. Ayudando al paciente a romper con el círculo vicioso entre: pensamiento, emoción y comportamiento en el que será capaz de cambiarlas y modificar la forma en la que se siente. Abordando nuevas formas de afrontar sus problemas.

La duración de la TCC normalmente consiste entre 5 a 20 sesiones, e implica ver al psicólogo una vez a la semana. A lo largo de una terapia TCC, se definen y establecen una serie de tareas que el paciente debe realizar entre sesiones. El tratamiento se llama Cognitivo Conductual porque la intervención se centra en los patrones de pensamiento del paciente, también denominados cogniciones. Y por otro, en sus comportamientos.

Según La Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Guía con todas las preguntas y respuestas (2018), La TCC se organiza normalmente en tres fases: evaluación, tratamiento y seguimiento.

- 1ª Fase de la TCC: Se lleva a cabo una evaluación psicológica que puede ir acompañada de una valoración cognitiva. En esta fase el objetivo es que el psicólogo conozca al paciente, y entienda sus problemas. Si existe algún problema, e tratara de identificar y diagnosticar en esta primera fase. Es muy importante que durante las primeras entrevistas se acuerden objetivos de tratamiento y se marquen prioridades.
- 2ª Fase de la TCC: Esta fase es más larga, es el tratamiento. Aquí se aplican diferentes estrategias y técnicas orientadas a conseguir un cambio y mejoría en el paciente. Tratando de lograr objetivos que se propusieron en la primera fase. Las técnicas y ejercicios que se aplican en esta fase varían mucho en base al problema y al paciente.
- 3ª Fase de la TCC: Es el seguimiento de la intervención. Durante esta fase, normalmente se espacia la frecuencia entre consultas, y se aplican estrategias dirigidas a mantener esos cambios positivos y prevenir recaídas. En el momento en el que se han logrado los objetivos, se da de alta al paciente.

En muchos casos se cree que las situaciones externas, las cosas negativas que nos suceden, y las relaciones e interacciones con otras personas son los responsables de nuestro estado de ánimo. Sin embargo, los terapeutas que aplican la Terapia Cognitivo Conductual consideran lo contrario: que son nuestras propias reacciones a los acontecimientos las que antes o después terminan afectando nuestra calidad de vida. Tiene el beneficio de enseñar a afrontar y manejar de una forma más saludable situaciones difíciles, evitando que se produzcan pensamientos perturbadores que conducen a la ansiedad, depresión, aislamiento, negativismo, etcétera.

Muchas terapias psicológicas son a largo plazo, y pueden tardar meses en reducir los síntomas y aportar mejoras al paciente. La TCC funciona rápido porque además de trabajar en consulta, el paciente tiene que completar diferentes tareas y ejercicios por su cuenta. Ayuda a sustituir los pensamientos negativos y autodestructivos por afirmaciones y expectativas más positivas. Lo que genera una mayor motivación y destreza a la hora de manejar las relaciones sociales, afrontar el trabajo, nuevos proyectos, etc.

La Terapia Cognitivo Conductual, tiene el beneficio de que es capaz de modificar positivamente la estructura física del cerebro, la forma de las neuronas de conectarse entre sí, obteniendo resultados rápidos y eficaces que perduran en el tiempo. Otro beneficio de la TCC, es que el psicólogo o terapeuta enseña al paciente valiosas técnicas, estrategias y ejercicios que el paciente podrá utilizar a lo largo de su vida para reforzar los beneficios ya conseguidos y mantener controlados los síntomas de su trastorno (Chimeno, 2018).

4.5 Técnicas Cognitivo Conductuales

La Terapia Cognitivo Conductual, contiene una gran cantidad de técnicas, las cuales se utilizan en función de la problemática que se quiera resolver (Gratacós, 2018). Dentro de las más utilizadas encontramos:

1. Técnicas Operantes

Son técnicas que tienen como objetivo, la modificación de la conducta. Consisten en proporcionar estímulos de una forma ordenada, con el objetivo de que los estímulos faciliten la modificación de la conducta problema.

- Técnicas operantes para el incremento y el mantenimiento de conductas.
- Técnicas operantes para la adquisición de nuevas conductas.
- Técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas.

2. Técnicas de Exposición

Consisten en aproximar (exponer) al sujeto de forma sistemática y adaptada a los estímulos que teme y que le generan ansiedad, para que de este modo, pueda ir afrontando y superando sus miedos.

- Exposición en vivo
- Exposición en Imaginación.
- Exposición simbólica.

3. Relajación y desensibilización sistemática

Son procedimientos que ayudan al individuo a reducir su tensión física y mental, reducir el estrés y la ansiedad, y encontrar un estado de calma.

- Relajación progresiva.
- Relajación Autógena.
- Técnicas de respiración.

4. Técnicas de habilidades sociales y de afrontamiento

Las habilidades sociales son comportamientos aprendidos, que pueden modificarse y mejorarse a través de técnicas de aprendizaje como;

- Entrenamiento en Autoinstrucciones
- Inoculación al estrés
- Resolución de problemas.

5. *Técnicas cognitivas*

Estas técnicas pretenden modificar el pensamiento y las interpretaciones que se realizan de los sucesos que puedan generar malestar y/o conductas perjudiciales.

- Restructuración Cognitiva.
- Detención del pensamiento.
- Distracción.

4.6 *Objetivos de la Psicoterapia*

Weiner (1992) menciona que cuando las personas buscan la psicoterapia es por tres motivos principales:

1. Porque los aquejan síntomas perturbadores tales como: ansiedad, depresión, fobias, o dificultades para pensar con claridad.
2. Experimentar ciertos problemas relacionados con su vida diaria como: dificultad para el trabajo, fracaso escolar, discusiones familiares o aislamiento social.
3. Por insatisfacción con la propia persona, porque no pueden ser como quisieran.

En base a estos tres puntos Weiner (1992) menciona que los motivos determinan cuales deben ser las metas del tratamiento, que estas de manera general son: aliviar el malestar emocional, propiciar soluciones para los problemas de la vida cotidiana, y reducir conflictos y preocupaciones del individuo que restringen el aprovechamiento de su potencial, para realizar un trabajo productivo y establecer relaciones interpersonales gratificantes.

Los objetivos de la Psicoterapia son:

- Brindar comunicación y comprensión explícita del terapeuta hacia el paciente.
- Conseguir que el paciente sea capaz de comprender sus pensamientos, sentimientos y actos.
- El terapeuta será solo un medio para que el paciente logre sus metas.
- Proporcionar el tratamiento adecuado para solucionar el problema.

- Mantener al paciente en terapia, solo el tiempo necesario para su mejora, es decir, cuando se hayan logrado las metas establecidas de las sesiones.
- Llevar un control de los avances que el paciente muestra en el tratamiento.
- Considerar que la psicoterapia es un medio de ayuda, no de cura, y un medio para facilitar el cambio de la conducta deseada no una ruta hacia la modificación del comportamiento total.

Pese a las innumerables definiciones y enfoques que existen sobre psicoterapia, Sánchez (2008), distingue cuatro características principales y comunes de estas:

- 1) Empleo de mediciones psicológicas para ayudar a la gente que experimenta problemas emocionales en su vida diaria.
- 2) Deseo del terapeuta en auxiliar a su paciente.
- 3) Actitud de respeto del primero por la integridad personal del segundo.
- 4) Énfasis en la comprensión del problema por parte del cliente, para guiar el curso del tratamiento.

4.7 Efectividad de la Psicoterapia

Ya han pasado varias décadas desde que Eysenck (Psicólogo Europeo) cuestionara la efectividad de la práctica psicoterapéutica. En todos estos años la evaluación de resultados terapéuticos en el ámbito de la psicoterapia ha pasado a ser un tema central de estudio y su importancia radica en que sus conclusiones permiten tanto un avance en la comprensión del cambio psicológico, como una optimización de la práctica clínica (Santibáñez, 2001).

Santibáñez et al. (2009) mencionan que “en la actualidad se conoce a la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos, tales como la pareja o la familia. Además, la psicoterapia comprende actuaciones en todos los niveles de

edad de las personas, desde los niños hasta adultos de edad avanzada y no presupone una orientación o enfoque científico-profesional especializado” (P. 271)

El seguimiento de los estados psicológicos en un paciente en tratamiento, es seguramente uno de los aspectos más importantes y a su vez más complejos dentro del proceso de psicoterapia. La validez de la evaluación de la psicoterapia ha planteado desafíos que requieren incluir múltiples variables que influyen en este proceso, desarrollar criterios operacionales medibles que permitan obtener resultados significativos.

En este contexto, la observación clínica ha sido una técnica muy utilizada, aunque tiene sesgos importantes (Sanz, 2001). Por otra parte los tests psicológicos pueden ser herramientas útiles para complementar la detección clínica de cambios psíquicos en los pacientes durante un tratamiento. Aportan las ventajas de la estandarización, la disminución del sesgo y la recolección de información a través de otro método, siendo relevante su sensibilidad al cambio, entendida como la capacidad de la técnica para reflejar los cambios consecuentes a un avance terapéutico.

La investigación de resultados psicoterapéuticos toma como variable el resultado de la terapia, donde la información es obtenida principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para determinar el monto de los cambios terapéuticos (Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1990).

Muchos investigadores llegaron a la conclusión de que el cambio del paciente en el proceso deriva de la acción de variables inespecíficas o factores comunes compartidos por los diferentes enfoques (Opazo, 2001). Estas variables o factores serían entendidos como aquellos aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado (Frances, 1985; Omer, 1989, citados ambos en Bagladi, Carrasco & Lira, 1992). (Citado en Santibáñez et al., 2009, p. 272-273).

4.8 Terapia de Grupo V/S Terapia Individual

Las diferentes terapias psicológicas se dividen en dos grandes conjuntos: las que son individuales y aquellas que se practiquen en grupo. Ambos tipos de terapias tienen sus ventajas.

Las Terapias Individuales:

Te permitirán desarrollar nuevas habilidades para la vida y liberarte gradualmente de patrones habituales de ansiedad, depresión y autocrítica. También te permitirá hacer frente a las conductas adictivas como el abuso de sustancias, la ludopatía o los trastornos alimenticios. Al realizar terapias individuales, cada persona recupera su sentido de poder personal y asumirá la responsabilidad de seguir adelante con su vida, e lugar de sentir que está atrapado y sin ninguna esperanza.

Al tener un tiempo para conversar a solas con el terapeuta, el paciente se sentirá en libertad de expresar cuáles son sus sentimientos, sin necesidad de que otras personas se enteren del porqué de su problema, ni que den sugerencias que muchas veces resultan poco constructivas.

Inclusive, el asistir a una terapia individual te proporcionará el tiempo necesario para atender tus propias necesidades y de recuperar de esta forma la perspectiva que de otra manera sería difícil de lograr (Antonacci, 2018)

Las Terapias Grupales:

La mayor ventaja que presentan las terapias grupales tales como la Gestal o las reuniones de autoayuda, es la posibilidad de saber que hay otras personas que sufren de los mismos problemas y que tienen experiencias similares las cuales pueden compartir. Esto a menudo es una revelación y proporciona un gran alivio a quien padece del problema.

Permanecer en un grupo de apoyo también ayuda a desarrollar nuevas habilidades para relacionarse con las demás personas. Además de este conjunto de personas, pueden surgir nuevas formas de lidiar con los problemas de cada uno. Unirse a un grupo de apoyo puede resultar un tanto incómodo al principio, sobre todo cuando llega el momento de hablar delante de extraños sobre el problema. Sin embargo, al saber que sufren del mismo problema servirá para abrirse y hablar de lo que se siente y se sufre mucho más fácilmente, pues se contrará la

comprensión necesaria para afrontar la timidez que surge ante la necesidad de hablar con extraños. Además, al igual que las terapias individuales, toda la información brindada siempre se mantendrá confidencial (Antonacci, 2018)

4.9 Tipos de terapia en Grupo

Terapia Familiar: Es una terapia de grupo que considera a la familia responsable, al menos en parte, de los problemas del individuo y que pretende cambiar las conductas de todos los miembros de la familia, para beneficio de la unidad familiar y del individuo.

Morris y Maistro (2005) consideran que las metas de la terapia familiar son:

- Mejorar la comunicación familiar
- Alentar a sus miembros a volverse más empáticos, y compartir responsabilidades.
- Reducir conflictos familiares.

Aun cuando no existan problemas aparentes, es recomendable que, periódicamente los miembros de las familias acudan a terapia, a fin de fortalecer las relaciones entre ellos, y evitar caer en un problema severo, expertos en terapia familiar sugieren que es apropiado aplicarla, cuando existen problemas entre cónyuges, entre padres e hijos, entre hermanos, o algún otro miembro de la familia (Morris y Maistro, 2005)

Una de las ventajas de la terapia familiar, es que dura poco tiempo y se centra en problemas concretos, como discusiones frecuentes o depresión en adolescentes. Dennis (2005) menciona que el trabajo para cada miembro de la familia es igual y la mayoría de las sesiones son en conjunto. Y cuando mayor sea el problema en alguno de los miembros, se decidirá el trabajo individual con esta.

Terapia de Pareja: Forma de terapia de un grupo, cuyo propósito es ayudar a las parejas en conflicto a resolver sus problemas de comunicación e interacción, Según Morris y Maistro (2005) esta terapia era llamada anteriormente marital, pero el término cambió con la

intención de ampliar la variedad de pacientes, pues pocas son las parejas que tienen un vínculo legal, y la mayoría de las parejas viven en unión libre.

Lo que se pretende en la terapia de pareja es enseñar a cada uno a comprender los sentimientos internos, escuchar y comprender al compañero, respetando su oportunidad de diálogo y evitar la oposición. El tipo de terapia que ayuda a lograr los propósitos es la cognoscitiva, pues ayuda a describir y anular las distorsiones por las que comúnmente las parejas se destruyen (Barón, 1996).

Grupos de Autoayuda: Son grupos de individuos que experimentan el mismo tipo de dificultades y se reúnen para discutir los problemas que tienen y encontrar soluciones (Barón, 1996). Estos grupos proporcionan a sus miembros apoyo emocional, ayudándoles a hacer nuevos amigos y a divulgar sus beneficios a nuevas personas. La mayoría de la gente prefiere acudir a los centros de autoayuda más que a una terapia familiar, por el bajo costo y para no sentirse solos.

Una de las características principales de este tipo de grupo es que ayudan a prevenir trastornos psicológicos (Morris y Maistro, 2005). El grupo de autoayuda más conocido en la sociedad es Alcohólicos Anónimos y hasta el momento ha tenido eficacia.

4.10 Fases del Proceso Psicoterapéutico

ψ Fase Inicial o de Contacto:

Según Weiner (1992) esta fase consiste en valorar al paciente que solicita ayuda, evaluando sus necesidades para saber si es candidato idóneo para la psicoterapia, y formular un contrato apropiado para la conducción del tratamiento. Las tareas antes mencionadas realizadas por el terapeuta se cumplen a través de la entrevista ya que mediante esta herramienta, el terapeuta encuentra las razones por las que el paciente busca ayuda, identificando síntomas, con ello se aplicará el tratamiento adecuado para obtener buenos resultados.

Para obtener resultados satisfactorios el terapeuta deberá motivar, mostrar capacidad e integridad, pues así el paciente mostrará sus experiencias consiguiendo que

reflexione en ellas. No hay que pasar por alto que el primer encuentro, el terapeuta deberá observar muy detalladamente el interés, la preocupación, el empeño y la apertura del paciente, tanto hacia el psicólogo, como hacia el proceso de intervención, si es que acude por voluntad propia o influye en la decisión de acudir una tercera persona (Sánchez, 2008). El psicólogo deberá observar cada uno de los aspectos físicos que construyen al paciente, así como la actitud y sentimientos.

Es importante la impresión que muestre el terapeuta y la decisión que tomara el paciente, al aceptar o rechazar el tratamiento, por ello, es importante que el terapeuta cuide su personalidad, la cortesía al recibirlo, los elementos del consultorio tales como; luz, decoración, amplitud, temperatura, entre otros. Finalmente es importante establecer el contrato, sea verbal o escrito, que deberán incluir aspectos a cumplir, desde la primera hasta la última sesión del proceso, y estos son: tiempo que durara la sesión, obligaciones mutuas, y costos de la intervención (Sánchez, 2008).

Ψ *Fase de Desarrollo:*

Esta fase es más prolongada, e implica comunicar comprensión a través de las interpretaciones, así como resolver los problemas inherentes del proceso de psicoterapia, como es la; resistencia, transferencia y contratransferencia (Weiner, 1992).

A pesar de las formas variadas de intervención psicológica, existen algunos aspectos relevantes en este periodo, pero que pueden variar, esto según las características del paciente, la perspectiva del problema que se presente, y de cómo vaya reaccionando el paciente al proceso. El principal factor será considerar el tiempo para conseguir un cambio. Otro factor es el resultado que se obtiene, después del proceso terapéutico, pues se observara un cambio en la conducta, el pensamiento y sentimientos.

Un último factor a considerar en esta fase serán, cuales son los criterios para establecer el éxito en el proceso de la intervención psicológica, pues de forma sintetizada dependerá, de la empatía, la autenticidad, y la aceptación que muestren ambas partes; Terapeuta-Paciente (Sánchez, 2008).

Ψ *Fase Terminal o de Cierre:*

Esta fase se dedicara a reafirmar los logros del paciente en el tratamiento, y a disponer lo necesario para la conclusión del contrato (Weiner 1992). Es muy importante que el final sea planteado, y que el paciente tome conciencia del punto de terminación, pues en ocasiones se crea, dependencia del paciente hacia el terapeuta, por ello es necesario que el terapeuta, recuerde el número de sesiones y que señale la proximidad de la última sesión. En la última sesión el psicólogo debe ser capaz de resumir los logros y los avances, estimular al paciente para tomar las acciones decididas y explorar la posible utilización de las habilidades desarrolladas ante circunstancias.

También es importante cerrar los asuntos pendientes, para evitar daños futuros, cuando el paciente ponga resistencia al cierre, probablemente lo hará por temor, pero el papel del terapeuta consistirá en recordarle os avances que obtuvo, logrando que perciba , que la terapia lo ha dotado de herramientas necesarias para enfrentar su presente, y que en ninguna situación se dará la absoluta solución a los problemas, así también se indicara que cuando requiera nuevamente del apoyo del terapeuta, pueda contar con su orientación (Sánchez, 2008).

CAPITULO 5

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL (CIJ)

5.1 Que es CIJ?

(CIJ, 2018) Centros de Integración Juvenil, es una asociación civil no lucrativa, incorporada al Sector Salud fundada en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre los jóvenes, que en aquel entonces era apenas un incipiente problema de salud pública.

La labor pionera y visionaria de un grupo organizado de la comunidad, encabezado por la Señora Kena Moreno, que preocupada por contrarrestar el abuso de drogas y sensibilizar a los diversos sectores sociales del país acerca de este problema, fundo en Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, que más tarde sumo esfuerzos de diversos organismos y personas, entre ellas autoridades federales, y de la comunidad en general.

Hoy en día, CIJ cuenta con una experiencia de casi 5 décadas, realizando actividades encaminadas a la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación científica acerca del consumo de drogas en México. Con el transcurso de los años, la Institución ha ampliado su estructura, programas y servicios, fundada en un compromiso compartido con la sociedad.

Su red nacional está conformada por 117 unidades distribuidas a lo largo del territorio nacional; 11 son de Hospitalización y 2 son Clínicas de Atención a Usuarios de Heroína, ubicadas en zonas estratégicas y de alto riesgo del consumo de drogas, en las que un equipo interdisciplinario de alrededor de 1300 personas, apoyadas por poco más de 8 mil voluntarios, impactaron en 2017 a 10.4 millones de personas en los servicios de prevención y tratamiento (CIJ, 2018).

5.2 ¿Cómo está Constituido?

Centros de Integración Juvenil, A.C., Institución de asistencia social especializada en la atención integral de la farmacodependencia, es un organismo de participación estatal mayoritaria, que desde septiembre de 1982 tiene como cabeza de sector a la Secretaria de

Salud, y está sujeto a la normatividad que emite el gobierno federal para las entidades paraestatales.

Desde el 2 de Octubre de 1973, CIJ se encuentra constituido como asociación civil bajo el gobierno de una Asamblea General de Asociados y un Patronato Nacional, integrados por destacadas personalidades de la comunidad con gran interés en la labor institucional.

La Asamblea General de Asociados es el órgano supremo de la asociación, conformado por socios activos y honorarios.

La dirección, administración y representación Legal de la asociación está a cargo del Patronato Nacional, órgano ejecutivo de la Asamblea General de Asociados (CIJ, 2012).

5.3 Estudios realizados en CIJ

Por lo que se refiere a factores individuales, los estudios realizados en Centros de Integración Juvenil han corroborado, en primera instancia, el peso que ha de atribuirse a variables tales como la percepción de un bajo riesgo y de una alta accesibilidad de las sustancias (Arellanez, Días, Wagner y Pérez, 2004). Sin embargo, se han identificado también otras variables de tipo cognitivo o actitudinal, incluyendo actitudes, creencias y expectativas positivas respecto al consumo y un bajo control conductual percibido frente a situaciones de riesgo o que favorecen el uso de sustancias (Córdoba, Andrade y Rodríguez, 2005; Rodríguez, Díaz, Gracia, Guerrero y Lucio, 2007).

De igual modo, se ha obtenido evidencia de que el uso de sustancias se asocia con una serie de factores tales como una percepción insatisfactoria de la calidad de vida (en particular, relacionada con el uso del tiempo libre y el bienestar económico), la falta de una orientación al futuro o de actitudes proactivas, incluyendo una baja motivación por el cambio y la falta de un proyecto de vida, así como un escaso sentido del humor (Córdoba, Andrade y Rodríguez, 2005; Córdoba, Rodríguez y Díaz, 2009).

Por otro lado, se ha documentado la relación del consumo de drogas con la prevalencia de estados de ánimo y afectos negativos (Díaz y García, 2008; Córdoba, Rodríguez y Díaz, 2009), con una inadecuada expresión de afectos (Córdoba, Andrade y Rodríguez, 2005), con síntomas de ansiedad en general o específica de la interacción social, y con altos niveles de

estrés e inefectivas estrategias de afrontamiento del mismo (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004). Sin embargo, los resultados de los estudios indican que debe atribuirse un mayor peso a la relación del uso de drogas con síntomas y trastornos depresivos (Córdova, Rodríguez y Díaz, 2009; Díaz, Arellanez, Pérez y Wagner, 2009), en un rango que va desde una baja autoestima (Rodríguez y Pérez, 2002; Córdova, Rodríguez y Díaz, 2009) hasta la ideación e intento suicida (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004). Otros factores que podrían mencionarse comprenden sentimientos de desesperanza y frecuencia e intensidad del malestar afectivo (Córdova, Rodríguez y Díaz, 2009).

Otro grupo de factores que ha presentado con frecuencia relaciones significativas con el uso de sustancias remite a problemas de ajuste conductual y del manejo de afectos, particularmente impulsividad y agresividad, entendiendo a la primera como la dificultad para tolerar la frustración y demorar la gratificación, afectando el proceso de toma de decisiones y a la segunda como la dificultad para controlar el enojo, la ira y una respuesta violenta (Rodríguez, Arellanez, Díaz, González, 1998; Guerrero, García y Balanzario, 2002; Rodríguez y Pérez, 2002; Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García, 2008). Igualmente se ha documentado la asociación del uso de sustancias con la conducta antisocial y transgresiva (Romero y Jiménez, 2001) manifiesta a través de la participación en el tráfico de drogas, en asaltos o robos a transeúntes y casas habitación, riñas y pleitos callejeros, así como la existencia de antecedentes de encarcelamiento, entre otros.

En el contexto familiar, los estudios efectuados han permitido confirmar la asociación entre el uso de drogas ilícitas y la prevalencia del consumo de sustancias y de conductas antisociales entre los miembros de la familia, así como de una actividad favorable o tolerante ante el consumo (Díaz, Arellanez, y Martínez, 2002; Sánchez, Guisa, Ortiz y de León, 2002; Díaz y García, 2008).

En este mismo medio, puede señalarse también la prevalencia de relaciones tensas y conflictivas o de violencia doméstica y de maltrato físico recurrente, comprendiendo incluso antecedentes de abuso sexual (Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Sánchez, Guisa, Ortiz y de León, 2002; Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García, 2008; Díaz, Arellanez, Pérez y Wagner, 2009). Destaca, de igual manera, el efecto de riesgo que debe atribuirse a la

existencia de reglas y jerarquías poco claras, así como a un débil apoyo familiar, a la falta de contacto afectivo y de confianza entre padres e hijos, el rechazo de los padres y a la existencia de relaciones distantes (Rodríguez, Arellanez, Díaz, y González, 1998; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Córdova , Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García, 2008; Díaz, Arellanez, Pérez, Wagner, 2009).

Igualmente, se ha detectado una asociación significativa con el consumo de drogas de la existencia de patrones de comunicación disfuncional, del divorcio o separación de los padres o de la ruptura del grupo familiar, así como de la existencia de límites rígidos, amalgamados o poco claros, llegando incluso a situaciones de desorganización (Rodríguez, Arellanez, Díaz y Gonzales, 1998; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García, 2008; Díaz, Arellanez, Pérez y Wagner, 2009).

En cuanto al medio escolar y el estudio, las investigaciones desarrolladas en CIJ indican que el consumo se vincula con el fracaso escolar o el abandono de la escuela, con un bajo rendimiento académico, ausentismo y, en general con una escasa participación en las actividades académicas (Rodríguez, Arellanez, Díaz y González, 1998; Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004;Díaz y García, 2008; Díaz, Arellanez, Pérez, y Wagner, 2009); asimismo se asocia con un ajuste escolar mal adaptativo, vinculado incluso con la expulsión (Sánchez, Guisa, Ortiz y de León, 2002; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004). De este modo, los sujetos que pueden verse afectados por el uso de sustancias tienden a mostrar desapego respecto al entorno y la comunidad escolar, presentan actitudes negativas y una baja motivación para adaptarse al marco normativo escolar, mantienen bajas expectativas respecto a sus logros académicos y perciben al estudio como poco útil o irrelevante (Rodríguez, Arellanez, Díaz y González, 1998; Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Díaz y García, 2008). Por otro lado, se ha detectado también una relación con un alto nivel de estrés escolar (Díaz, Arellanez, Pérez y Wagner, 2009).

Otro grupo de factores se refiere a las relaciones entre el individuo y grupos de pares. Destaca, en particular, la relación ya mencionada con amigos usuarios de drogas y con actitudes o conductas antisociales (Rodríguez, Arellanez, Díaz y González, 1998; Guerrero, García y Balanzario, 2002; Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004; Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García, 2008).

Igualmente se han identificado como presuntos factores de riesgo, el aislamiento social, una baja competencia social y asertividad, dificultades para socializar y un mal manejo del conflicto en las relaciones interpersonales (Rodríguez, Arellanez, Díaz y Gonzales, 1998; Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005; Díaz y García , 2008; Córdova, Rodríguez y Díaz, 2009), así como un uso anímico e inadecuado del tiempo libre (Guerrero, García y Balanzario, 2002; Díaz, Arellanez y Martínez, 2002; Córdova, Rodríguez y Díaz, 2009).

Un último grupo de factores propios de la esfera de la interacción comprenden deficientes capacidades de afrontamiento del estrés interpersonal (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004), la ausencia de actitudes prosociales (Rodríguez y Pérez, 2002) y una baja resistencia frente a la adversidad y a las relaciones adversas (Córdova, Andrade y Rodríguez, 2005).

En síntesis, esta rápida revisión de estudios acerca de factores psicosociales de riesgo del uso de drogas llevados a cabo en México muestra de manera clara la existencia de un problema multifactorial, con mecanismos complejos de determinación y efectos siempre relativos, lo cual ha de tenerse en cuenta en el diseño y aplicación de alternativas preventivas y de tratamiento.

5.4 ¿Qué programas de prevención ofrece Centros de Integración Juvenil?

La Obra DROGAS: las 100 preguntas más frecuentes (2013), afirma que los programas de prevención de CIJ se dividen en acciones de información, orientación y capacitación, dirigidas a niños, jóvenes y adultos. Aunque también incluyen acciones de tratamiento y rehabilitación.

Las acciones que realiza CIJ tienen como objetivo sensibilizar a la población general acerca del problema de las adicciones, sus daños, formas de prevención, etcétera y consisten en:

- Información y sensibilización a través de los medios masivos.
- Sesiones de información, cursos y talleres de orientación y capacitación a diversos grupos de población.
- Acciones de movilización social, como eventos, foros y organización de grupos de voluntarios.

- Campañas para que disminuya la disponibilidad de drogas.
- Coordinación con diversas instituciones (educativas, salud, gobierno, etcétera).
- Promoción para el desarrollo de una cultura de salud en las comunidades.

Hay personas que aun cuando no consumen drogas, sus condiciones individuales, familiares o sociales, las exponen a ello. En este sentido, se realizan también acciones para población con altos niveles de riesgo y/o vulnerable ante el consumo de drogas, así como para los usuarios experimentadores o de nivel bajo. Estas acciones tratan de detectar casos que presentan riesgos, vulnerabilidad o de inicio en el consumo de drogas, para enviarlos a tratamiento lo más pronto posible, entre ellas se cuentan:

- Detección oportuna y derivación de casos.
- Intervenciones específicas con grupos de muy alto riesgo.
- Seguimiento en el tiempo.
- Capacitación al equipo de salud.
- Consejo breve.

El programa de CIJ incluye acciones de tratamiento para lograr interrumpir el consumo, reducir los daños y los riesgos; asimismo acciones de rehabilitación, que incluyen:

- Desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia.
- Manejo de la dependencia química.
- Manejo de la situación familiar.
- Prevención de recaídas.
- Tratamiento de la comorbilidad física y psiquiátrica asociada.
- Reinserción laboral.
- Reinserción social.
- Identificación y uso de redes de apoyo.
- Empleo y administración del tiempo libre.
- Escolarización.

5.5 *¿Cómo es el tratamiento que ofrece Centros de Integración Juvenil*

Kena Moreno (2013) señala, que el tratamiento que ofrece CIJ es para personas que consumen alcohol, tabaco y otras drogas. Se da individualmente y también a los familiares de los pacientes y es totalmente confidencial. La atención la brinda personal especializado, como médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales. Los costos del tratamiento se fijan de acuerdo con un estudio socioeconómico que se le realiza al paciente a la familia.

El tratamiento que ofrece Centros de Integración Juvenil, está a disposición de la comunidad en general. El objetivo principal es que el paciente reduzca o suspenda el uso de drogas, además de identificar los padecimientos asociados o que son consecuencia del consumo. Igualmente, se conocen y tratan las distintas formas en que se relacionan los pacientes con otros integrantes de la familia y viceversa, ya que algunas situaciones pueden estar favoreciendo el que alguno de sus miembros consuma drogas.

Para iniciar el tratamiento, se deben cumplir algunos pasos:

1. Que el servicio de atención lo solicite el paciente y/o su familia.
2. Se inicia una fase diagnóstica, en la que el personal médico entrevista al paciente y/o a la familia.
 - *Entrevista Inicial.* que sirva para recabar información, como datos personales, características del consumo de drogas, frecuencia, tipo de droga, cuando comenzó el consumo y como se integra la familia, etcétera.
 - *Estudio Social.* Durante esta entrevista se identifican las condiciones sociales, económicas, laborales, familiares, etcétera, que permiten conocer aspectos que inducen a la personal consumo de drogas; asimismo, se determina la cuota que se le cobrará por cada sesión al pacientey7o a su familia.
 - *Examen Físico.* Es una valoración médica del estado de salud físico y mental del paciente.
 - *Historia Clínica.* Es una evaluación psicológica del paciente.

Al concluir esta fase ya se cuenta con un diagnóstico del paciente y/o familia, a fin de derivarlo al tipo de terapia más adecuado según su caso. Al respecto, debe considerarse que cada adicto tiene particularidades especiales.

3. Tratamiento y rehabilitación. En esta fase se trata al paciente y su familia con diferentes modalidades terapéuticas. Entre ellas:

- Terapia Individual. Con esta forma de tratamiento se pretende que el paciente resuelva los conflictos que lo hacen que consuma drogas. Que el paciente se “quiera más y se valore”, es decir, que cuente con mas posibilidadesde enfrentar momentos de frustración, enojo, o bien, presión de los amigos para que consuma.
- Terapia Familiar. Su objetivo es que cada uno de los integrantes de la familia del consumidor aprenda formas sanas de relación.
- Terapia Grupal. En este tratamiento los pacientes comparten sus problemas con otros que están en su misma situación con lo que evitan sentirse solos o aislados, además de que les facilita encontrar alternativas de solución durante los momentos críticos, todo ello con el propósito de modificar sus valores sobre el consumo de drogas.
- Terapia Familiar Múltiple (grupo de padres). La intención de esta modalidad de tratamiento es que los padres de familia de algunos pacientes participen para identificar las relaciones familiares inadecuadas que favorecen la adicción de alguno de sus miembros. Esta terapia ayuda también a que las familias entiendan el consumo de drogas como un problema cuyo origen es complejo; a buscar una forma más sana de relación intrafamiliar.
- Acupuntura (auriculoterapia). Se utiliza como terapia de apoyo en pacientes consumidores para reducir los síntomas ocasionados por la suspensión brusca de la droga, a fin de evitar o disminuir la ansiedad y, por consiguiente, la necesidad de conseguir y consumir más drogas. Este tratamiento consiste en colocar, por algunos minutos, agujas especiales en ciertos puntos de las orejas. Las sesiones de acupuntura complementan el tratamiento psicológico más adecuado para el paciente.

El tratamiento se ofrece en los Centros de Integración Juvenil, ubicados en la república mexicana. Para pacientes con características especiales de consumo, la Institución cuenta,

además con dos Unidades de Consulta Externa Especializada en el Distrito Federal, una en Tijuana y una más en Guadalajara, así como con tres unidades de Internamiento en Jalisco, Monterrey y Tijuana y una clínica de Metadona en Cd. Juárez.

CAPITULO 6

MÉTODO

6.1 Tema de Investigación

“La Terapia Cognitivo Conductual como alternativa para la abstinencia en el consumo de Cannabis Sativa, en Adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco”.

6.2 Planteamiento del Problema

¿De qué manera es la Terapia Cognitivo Conductual una alternativa para la abstinencia en el consumo de Cannabis Sativa, en Adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco?

6.3 Hipótesis

-Hipótesis de Investigación (HI): Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual como alternativa, generará abstinencia en el consumo de Cannabis Sativa, en adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco.

-Hipótesis Nula (H0): Aplicar la Terapia Cognitivo Conductual como alternativa para la abstinencia en el consumo de Cannabis Sativa, en Adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco.

6.4 Objetivo

Conocer la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual para la abstinencia en el Consumo de Cannabis Sativa, en Adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco.

6.5 Objetivos Específicos

- Conocer los problemas que orillaron a los adolescentes a consumir experimentalmente Cannabis Sativa
- Identificar los cambios de conducta que han generado a través de la Terapia Cognitivo-Conductual, los adolescentes de 14 a 17 años de Centros de Integración Juvenil.

6.6 Tipo de Investigación

Estudios de caso, desde un enfoque cualitativo, manipulando la terapia Cognitivo Conductual (Variable Independiente) se observaran los efectos sobre la abstinencia en el consumo de Cannabis (Variable Dependiente) dentro de una situación de control.

6.7 Diseño de la Investigación

La presente investigación tiene un diseño de investigación-acción, pues se resolvió un problema social que acontece en jóvenes (Consumo experimental de Marihuana), mejorando las condiciones de vida de los participantes, se analizó la actuación de la variable dependiente (Abstinencia ante el consumo de Marihuana), manipulando la terapia Cognitivo-Conductual, como intervención ante la problemática.

Se utiliza el diseño cualitativo de estudios de caso, aplicando como parámetro inicial el cuestionario de Tamizaje de los problemas en Adolescentes (POSIT), instrumento de evaluación diagnóstica, elaborado y validado en USA, por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), para detectar y atender oportunamente a usuarios de drogas, personas en riesgo de consumo y vulnerabilidad como parte del sistema de evaluación y referencia del adolescente, seguido de la aplicación del tratamiento Cognitivo-Conductual para la abstinencia ante el consumo de cannabis, posterior al empleo de dicho programa, se aplicó por segunda ocasión el cuestionario “POSIT” para que a través de la disminución de respuestas afirmativas del cuestionario, se verificara si la terapia cognitivo-conductual fue eficaz ante la abstinencia de consumo y había atribuido resultados positivos en las perspectivas de consumo en los jóvenes.

6.8 Característica General

El plan de la modalidad investigación-acción, tuvo como objetivo la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en 12 sesiones, en la que la muestra homogénea; (jóvenes con un mismo problema) 4 adolescentes de 14 a 17 años de ambos sexos, fueron sancionados por consumir experimentalmente Marihuana, asistiendo a intervención psicológica en Centros de Integración en Valle de Chalco.

6.9 Muestra

La muestra de este estudio, está conformada por 4 adolescentes (3 hombres y 1 mujer), que consumieron experimentalmente Marihuana y asisten por precepto de sus instituciones educativas a Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco.

6.10 Variables

◆ Independiente

Terapia Cognitivo-Conductual

✓ Definición Conceptual:

“Psicoterapia estructurada, con límite de tiempo, orientada hacia el problema y dirigida a modificar las actividades defectuosas del procesamiento de la información, evidentes en los trastornos psicológicos; como la depresión, donde el terapeuta y el paciente, colaboran para identificar cogniciones distorsionadas que se derivan de los supuestos o las creencias desadaptativas” (Clark, 1995, citado por Caro, 2002).

✓ Definición Operacional:

Para propiciar el cambio (abstinencia ante el consumo experimental de Marihuana) se aplicaran las siguientes técnicas Cognitivo-Conductuales:

1. Técnica de presentación: “Las Cuatro Esquinas”
2. Cuestionario de Tamizaje de los Problemas en Adolescentes (POSIT)
3. Técnicas de respiración y relajación
4. Entrevista Inicial (Programa de Intervención Breve para Adolescentes)
5. Escritura Terapéutica (Diario)
6. Manuales de Autoayuda
7. Psicoterapia Racional Emotiva
8. Entrenamiento en autoinstrucción y autoafirmaciones
9. Terapia de Solución de Problemas (TSP)
10. Inoculación al estrés
11. Técnicas de Autocontrol
12. Técnicas de Desensibilización Sistemática
13. Técnicas ilustrativas “tratamientos de exposición con base en la imaginaria

Adolescencia

✓ Definición Conceptual:

La adolescencia es el periodo en el que se desarrolla el individuo en todos los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales; en este ciclo, los jóvenes se encuentran expuestos a muchos riesgos como lo son: la violencia física, el abandono, suicidio, problemas escolares, infecciones sexualmente transmitibles y el abuso de sustancias psicoactivas, adoptando hábitos y conductas de salud que se extenderán en la edad adulta (Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid).

✓ Definición Operacional:

Los Adolescentes relacionados con el consumo experimental de marihuana, fueron valorados por el cuestionario de Tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT); en el que a partir de una respuesta afirmativa a uno de los 19 reactivos, el instrumento considera necesario el ingreso a un programa de intervención. La afirmación a los reactivos indica la presencia de problemas asociados al consumo, Por segunda ocasión se aplicó el cuestionario de Tamizaje de Problemas en Adolescentes, posterior al tratamiento Cognitivo Conductual, con el objetivo de evaluar su valoración inicial y posterior a la aplicación de la estrategia psicológica en los adolescentes.

◆ **Dependiente**

Síndrome de Abstinencia

✓ Definición Conceptual:

Es un conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen al interrumpir o disminuir de forma abrupta el consumo de una droga de la que se depende físicamente, (Kena Moreno, 2013).

✓ Definición Operacional:

Esta variable se midió con la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual, en adolescentes que cumplieron con las características del cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT) y la entrevista inicial (programa de intervención breve para adolescentes, los cuales se les aplicó la Terapia Cognitivo-Conductual como alternativa, de modificación de conducta; para transformar la realidad y tomen conciencia de su papel en el proceso de transformación.

Cannabis Sativa (Marihuana)

✓ Definición Conceptual:

Planta anual que da frutos femeninos y masculinos (dioica); contiene más de 60 cannabinoides, el más importante es el Tetrahidrocannabinol (THC), cuya potencia psicoactiva es muy alta. Principal droga de consumo en México y el mundo, entre sus variedades se encuentra la marihuana, (Kena Moreno, 2009).

✓ Definición Operacional:

Para esta variable dependiente, se aplica la intervención psicológica Cognitivo-Conductual, a fin de que podamos aportar información que guíe la toma de decisiones en los jóvenes, a manera que surja un cambio ante el consumo de Cannabis.

6.11 Procedimiento de Aplicación

Se trabajó con 4 adolescentes que fueron reprendidos de sus Instituciones Educativas por consumir Marihuana, para recibir una intervención breve en Centros de Integración Juvenil en Valle de Chalco, con un total de 12 sesiones, las sesiones terapéuticas comprendieron 2 horas, dos días a la semana.

Se pretendió que los adolescentes adquirieran estrategias (respiración y relajación, técnicas prevención, desensibilización, de habilidad social y de afrontamiento, técnica de exposición, técnicas cognitivas) para abstenerse de consumir Marihuana y técnicas para la reducción de ansiedad y agresión que les había generado el haber consumido marihuana de manera frecuente en determinado tiempo, deseando lograr una mejora en su salud física y mental de manera individual y grupal.

El trabajo terapéutico estuvo dirigido por el evaluador, quien condujo a los adolescentes al fortalecimiento de sus capacidades, para una mejor toma de decisión y una percepción diferente ante el consumo de marihuana. La intervención llevada a cabo fue supervisada y aprobada por el director de Centros de Integración Juvenil de Valle de Chalco Héctor Alfonso Elizalde Gutiérrez y la encargada de trabajo social María de Lourdes Estévez Encarnación.

El primer día en acudir a las instalaciones de CIJ Valle de Chalco, la trabajadora social, indicó la sala en la cual llevaría a cabo la sesión, los participantes en compañía de sus Padres llegaron puntualmente a las instalaciones, una vez estando en la sala, se llevó a cabo la presentación y se les menciono que la intervención se realizaría únicamente con los adolescentes en un tiempo aproximado de 2 horas, por lo cual a la trabajadora social se le facilitaron cuadros descriptivos para que efectuara la intervención con los padres de familia y se ejerciera un conocimiento en conjunto. A continuación se muestran las actividades llevadas a cabo:

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 1	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	<i>Técnica de presentación:</i> "Las Cuatro Esquinas"	Sala de Proyecciones	- Hojas Blancas - Lapiceros o Plumones	30 minutos	A través de esta técnica entretenida, se obtuvo con lo cual se identifican, pasatiempos, gustos y expectativas.	Se generó una confiabilidad y seguridad con los jóvenes, al expresar sus ideas, gustos y expectativas de la intervención.
No. 2	<i>Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT)</i>	Sala de Proyecciones	- Copias del Formato POSIT. - Lapicero	25 minutos	El objetivo general de este protocolo es obtener información válida para identificar las necesidades de intervención relacionadas con el consumo de drogas,	El aplicador se encargara de la aplicación del instrumento, para resolver dudas y respetar el tiempo estimado. Se deberán contestar todas las preguntas. Si alguna

						no se llegase aplicar exactamente al aplicado, escoger la respuesta más cercana a la verdad en su caso.
No. 3	<i>“Técnica de respiración”</i>	Sala de Proyecciones	- Silla -Música relajante	30 minutos	Con esta técnica se les enseñó a los jóvenes a reducir su tensión física y mental.	Se observó en los jóvenes un estado de calma y relajación, para ponerlas en práctica ante situaciones que puedan provocar estrés o ansiedad.
No. 4	<i>“Escritura o Diario Terapéutico”</i>	Sala de Proyecciones	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	30 minutos	En esta última técnica de escritura, interiorizaremos en las debilidades y fortalezas, a fin de reflexionar en lo que estuvo mal y puedan remediar.	Se percibió en los jóvenes una expresión reflexiva y serena, al mencionarles en qué consistía la actividad y como debían realizarla
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia inicial ante estas técnicas.			5 minutos	Para finalizar, les pedí que eligieran un ejercicio para concluir de manera amena las sesiones, escogiendo; Un abrazo, finaliza la sesión.	

Segunda sesión, en este día se les dio la bienvenida a los jóvenes, se les preguntó cómo se encontraban, y se les cuestionó sobre la actividad que realizaron en sus hogares (Escritura Terapéutica) los jóvenes mencionaron que no estaban acostumbrados a describir sus acciones, sugiriéndoles que era necesario realizarlo para la validación de sus actividades, indicando que lo llevarían a cabo. La sesión No 2 da inicio con la técnica de relajación y desensibilización “Relajación progresiva”, continuando con las siguientes técnicas:

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	<i>“Relajación Progresiva”</i>	Sala de Proyecciones	-Colchonetas -Música relajante	20 minutos	Esta técnica enseña al adolescente a discriminar cuando un músculo está tenso y cuando se encuentra relajado	Se generó un nuevo aprendizaje, al pedirles que se centraran en la sensación de relajación y la diferencia entre la anterior sensación de tensión.
No. 2	“Aplicación del Formato Entrevista Inicial”	Sala de Proyecciones	- Formato del Cuestionario	30 minutos	Obtener información general, historia de consumo, y conocer, en términos generales, los problemas relacionados	A través de este formato de entrevista, los jóvenes expresaron información de manera franca, teniendo dificultades en

			- Lapicero		con el consumo en los adolescentes	el área de Administración de su tiempo libre.
No. 3	Técnica exponencial <i>“Mariguana, ¡Infórmate y Decide!”</i>	Sala de Proyecciones	- Computador a - Proyector (Cañón	35 minutos	Forjar una nueva concepción sobre el consumo de mariguana; -¿Qué es la Mariguana? -Origen del Cannabis -El uso habitual puede causar Psicosis y esquizofrenia. - El consumo puede causar sensación de lentitud en el tiempo e ideas paranoicas.	Se mencionó que la proyección explicada por el evaluador, tendría que ser descrita en el cuaderno proporcionado de “lectura terapéutica”
No. 4	“Entrevista Individual-no estructurada” (Interviniendo con los 4 Jóvenes)	Sala de Proyecciones		30 minutos	Cuestionar a los jóvenes por qué intervinieron a la Institución CIJ, los posibles problemas que les afectaron y las consecuencias presentadas por el consumo.	Al percibir en el evaluador confianza, los jóvenes expresaron pensamientos y experiencias que los incitó a involucrarse en el consumo experimental de Mariguana.
No. 5	“Manuales de Autoayuda” (Libro: ¡NO TE AZOTES NO TE DROGUES!) Autora: Ángela Alatríste Infante.	Sala de Proyecciones	- Libros, manuales, revistas o artículos de autoayuda. - Lapicero. - Cuaderno u hojas blancas.		Con esta técnica, se desarrollaran habilidades para extender los conocimientos de los jóvenes, hacia los ambientes que se pudieran exponer y efectuar un control de sus conductas ante eventuales situaciones.	Al mencionarles que la lectura la realizarían los 4 de manera aleatoria, los jóvenes tuvieron la atención e interés, pues al finalizar la lectura, vendrían comentarios y aportaciones de los jóvenes ante mencionada lectura.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia inicial ante estas técnicas.			5 minutos	Con el abrazo general, se concluye la sesión No. 2.	

Tercera sesión, percibí que el joven Luis Alberto no llegó a la sesión. Pregunte sobre cómo habían pasado el fin de semana, se dio a conocer la tercera y última técnica de relajación y desensibilización sistemática “Relajación Autógena”, posteriormente retomamos la actividad que quedo pendiente por falta de tiempo; la técnica de habilidad social y de afrontamiento en la que abordamos la información pendiente a exponer en diapositivas del tema “*Mariguana, ¡Infórmate y Decide!*” continuando con las siguientes técnicas:

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 3	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:05 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	“Relajación Autógena”	Cámara de Gesell	-Música relajante	30 minutos	Técnica que se basa en las sensaciones que surgen en el cuerpo a través del uso del lenguaje.	Se generó una nueva enseñanza, al mencionar de modo específico que relajaran su cuerpo en cada ejercicio con claves verbales específicas.
No. 2	Técnica exponencial <i>“Mariguana, ¡Infórmate y Decide!”</i>	Cámara de Gesell	- Computadora - Proyector (Cañón)	35 minutos	¿Drogas mejor informate? -Afecta diferentes funciones del comportamiento (alteración de la percepción). -La cannabis contiene hasta 70% más irritantes y carcinógenos que el humo de tabaco. -Se pueden presentar ideas persecutorias, ataques de pánico y episodios psicóticos.	Se mencionó que la proyección explicada por el evaluador, tendría que ser descrita en el cuaderno proporcionado de “lectura terapéutica
No. 3	“Psicoterapia Racional/ Emotiva Conductual”	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	40 minutos	Examinar las autoverbalizaciones que los jóvenes se hacen, desafiarlas, señalar su irracionalidad y de manera importante, sustituirlas por autoverbalizaciones más adaptativas. -Explicación del esquema A (pensamiento)-B (creencia)-C (reacción o consecuencia).	Se observó que las creencias irracionales que traían en común contribuían a sus problemas emocionales y conductuales (Fumar Mariguana para sentirse mejor).
No. 4	“Explicación y elaboración de Autorregistros de pensamientos y creencias Irracionales”	Cámara de Gesell	-Copias del formato de autorregistros. - Lápiz o lapicero.	10 minutos	Identificar y registrar diariamente pensamientos irracionales que aparezcan en diversos problemas externos a los que se enfrenta en las distintas situaciones ambientales (A), y que se dé cuenta un papel mediador que tiene el (B) pensamiento irracional, en las (C)consecuencias emocionales	Ante esta técnica, los observe con poco interés y con escaso compromiso a realizarla, pero les pedí que los llevaran a cabo, pues de eso dependería su trabajo en la sesión.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia inicial ante estas técnicas.			10 minutos		

Cuarta sesión, este día nuevamente no asistió el joven Luis Alberto. Con el objetivo de haberles generado un hábito en la ejecución de las técnicas de relajación y respiración, y aplicarlas ante situaciones estresantes o ansiedad, se mencionó que las técnicas de respiración y relajación se continuarían realizando, hasta la última sesión, se retomó la técnica cognitiva; “Psicoterapia racional emotiva conductual”, con la cual a través de un dialogo didáctico, el terapeuta ayudara al cliente a descubrir sus ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales, discernir ideas irracionales, buscando entre pensamientos automáticos, las afirmaciones y exigentes que se hace a sí mismo, debido a sus prolongadas técnicas de la TREC, se retomó en 3 sesiones. Para la realización de la entrevista individual, les pedí que se acomodaran nuevamente en círculo y llevaran a cabo la lectura del “Manual de Autoayuda” para así pasar a cada uno de los chicos y comenzar la entrevista no-estructurada, que comprendió cuestiones de consumo y problemas que trajo consigo el haber fumado marihuana.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 4	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:05 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	“Psicoterapia Racional / Emotiva Conductual” (<i>Detección de ideas irracionales</i>)	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	40 minutos	-El evaluador ayudo al cliente a descubrir sus ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales. -Discernir ideas irracionales, buscando entre pensamientos automáticos, las afirmaciones y exigentes que se hace a sí mismo; <i>Revisar sus:</i> - <i>Debería haberlo hecho...</i>	Se observó que las creencias irracionales que traían en común contribuían a sus problemas emocionales y conductuales (Fumar Marihuana para sentirse mejor).

No. 3	“Entrevista Individual-no estructurada” (Interviniendo con los 4 Jóvenes)	Cámara de Gesell		30 minutos	Continuación del cuestionamiento a los jóvenes sobre el por qué intervinieron a CIJ, los posibles problemas que les afectaron y las consecuencias presentadas por el consumo.	Al percibir en su evaluador confianza los jóvenes, expresaron pensamientos y experiencias que habían llevado en el consumo de Marihuana.
No. 4	“Breve sesión de Biblioterapia (Manuales de Autoayuda)”. <i>Libro: ¡NO TE AZOTES NO TE DROGUES!</i>	Cámara de Gesell	-Libros, manuales, revistas o artículos de autoayuda. - Lapicero. -Cuaderno u hojas blancas		Con esta técnica, se desarrollaran habilidades para extender los conocimientos de los jóvenes, hacia los ambientes que se exponen y controlar sus conductas en una diversidad de situaciones.	Al mencionarles que la lectura la realizarían los 4 de manera aleatoria, los jóvenes tuvieron la atención y el interés, pues al finalizar la lectura, vendrían los comentarios de dicha lectura.
No. 5	Técnica de Exposición <i>“Modelamiento Filmado”</i>	Cámara de Gesell	- Computadora -Proyector (Cañón) -Fumas Marihuana? Cuidado. Reportaje del Dr. VIC. Ft. Vida Random. -Consumir-gusto vs adicción.	30 minutos	Los documentales se proyectaran de manera que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	El potencial del modelo filmado permitirá una difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			5 minutos		

Quinta sesión, Lleve a cabo la sesión con 3 jóvenes. Para finalizar el tema “Psicoterapia racional emotiva conductual” se dio el tercer y último espacio para concluir, posteriormente para terminar la aplicación de entrevistas, los jóvenes ya interrogados realizaron lectura del manual de autoayuda ¡NO TE AZOTES NO TE DROGUES! A manera de haber utilizado su tiempo en la realización de actividades. Se finalizó la sesión con la revisión de actividades elaboradas en el Cuaderno proporcionado (Diario terapéutico, Autorregistros de pensamientos y creencias Irracionales).

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 5	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	“Psicoterapia Racional / Emotiva Conductual”	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	45 minutos	- <i>Debate y cambio de las ideas irracionales;</i> El evaluador, ayudara al cliente a cuestionar la veracidad de sus pensamientos irracionales. -Se cuestiona la veracidad de los pensamientos, con el objetivo de debatir y cambiar las ideas irracionales.	Se observó que las creencias irracionales que traían en común contribuían a sus problemas emocionales y conductuales (Fumar Marihuana para sentirse mejor).
No. 3	“Breve sesión de Biblioterapia (Manuales de Autoayuda)”. <i>Libro: ¡NO TE AZOTES NO TE DROGUES!</i>)	Cámara de Gesell	-Libros, manuales, revistas o artículos de autoayuda. - Lapicero. -Cuaderno u hojas blancas	35 minutos	Con esta técnica, se desarrollaran habilidades para extender los conocimientos de los jóvenes, hacia los ambientes que se exponen y controlar sus conductas en una diversidad de situaciones.	Al mencionarles que la lectura la realizarían los 4 de manera aleatoria, los jóvenes tuvieron la atención y el interés, pues al finalizar la lectura, vendrían los comentarios de dicha lectura.
No. 4	“Entrevista Individual-no estructurada” (Interviniendo con los 4 Jóvenes)	Cámara de Gesell			Cuestionar a los jóvenes por qué intervinieron a la Institución CIJ, los posibles problemas generados y las posibles consecuencias.	Al percibir en su evaluador confianza los jóvenes, expresaron pensamientos y experiencias que habían llevado en el consumo de Marihuana.
No. 5	Revisión de las técnicas llevadas a cabo por los jóvenes en el Cuaderno proporcionado.	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés	15 minutos	Se revisaron las actividades de las técnicas explicadas y propuestas para la realización en su hogar en el Cuaderno que se les proporciono.	Percibí a determinados chicos que no tuvieron la responsabilidad y el compromiso de realizar las actividades de las técnicas antes vistas (diario terapéutico).
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			5 minutos		

Sexta sesión, se dio inicio una Técnica de habilidad social y de afrontamiento “Entrenamiento en Autoinstrucción y Autoafirmación” en la que los jóvenes hicieron sugerencias y comentarios específicos que guiaban su conducta, posteriormente se llevó a cabo una técnica grupal en la que se les realizó preguntas estructuradas de la TREC, con el objetivo de detectar sus ideas Irracionales.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 6	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	Se estipuló que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	<i>Técnica de: Entrenamiento en Autoinstrucción y Autoafirmación</i>	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés. - Lapicero.	45 minutos	<i>-Autoafirmaciones</i> , se entrenan para identificar pensamientos sobre eventos o situaciones que precipitaban el estrés. Practicaron la reevaluación de los eventos estresantes como <i>Autoafirmaciones; Realizar habilidades de enfrentamiento a la primera señal de ansiedad.</i>	Se expusieron situaciones de riesgo (diciendo; “tranquilo concéntrate en el presente” o “Me imagino por un momento despreocupado”). Conforme fueron practicando los jóvenes, aprendieron a enfrentar situaciones que provocaban ansiedad por consumo.
No. 3	“Técnica grupal Preguntas estructuradas de la TREC”: Para la detección de sus ideas Irracionales.	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés. - Lapicero.	45 minutos	Se dictaron preguntas que hicieron alusión a su experiencia de consumo, a manera de haber reflexionado sobre sus creencias (B), que generaron problemas y consecuencias emocionales (C).	Para la realización de la terapia, se intervendrá a los jóvenes de manera individual, de manera que se aborden las creencias que se generaron a partir del evento-problema.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			10 minutos		

Séptima sesión, la joven Saraí mostró gestos de incomodidad al realizar las técnicas de respiración y relajación, retomó la técnica “Entrenamiento en Autoinstrucción y

Autoafirmación” para poder concluir, posteriormente iniciamos con una nueva técnica llamada; Terapia en solución de Problemas (TSP), en la que se desarrollaron pasos en la solución de problemas manejando autoafirmaciones personales, para después compartir opiniones. A través de información extraída del Instituto Nacional en Abuso de Drogas (NIDA), se proyectaron diapositivas que expusieron los efectos de la marihuana en la salud física en general.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 7	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	35 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	<i>Técnica de Entrenamiento en Autoinstrucción y Autoafirmación</i>	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés. - Lapicero.	35 minutos	-Detención del pensamiento; Esta técnica se emplea para ayudar a los individuos a controlar pensamientos no deseados y repetitivos, así como las urgencias y acciones del mismo tipo.	Se les pidió a los jóvenes que pensarán en un evento en el que se vieran involucrados en el consumo, al emitir la palabra “Alto!” los chicos se notaban un poco preocupados al estar ante una situación de la que fueron expuestos al consumo.
No. 3	<i>Técnica de solución de Problemas (TSP)</i>	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	35 minutos	-Orientación hacia el problema Antes de intentar solucionar problemas, fue necesario que adoptaran una actitud positiva y optimista hacia el problema y hacia sus habilidades para resolverlo. -Definición y formulación del problema; Para conocer mejor el problema, tenemos que recopilar la información relevante, o hacer consciente la información al respecto que no queremos ver o reconocer (soy drogadicto).	El evaluador colaboro con los adolescentes sobre el manejo de sus problemas, para que se fueran manejando soluciones viables, a través de metas realistas y específicas que hicieran consientes a los jóvenes.
No. 4	Técnica exponencial; Cuadro Informativo	Cámara de Gesell	- Computador a	25 minutos	Dar a Conocer los efectos del consumo de marihuana en la salud de los jóvenes, considerando la carente	La información sobre los efectos en la salud física causa impacto en los Jóvenes ya que la

	sobre: <i>¿Cuáles son los efectos de la marihuana en la salud física en general?</i>		- Proyector (Cañón) -Fumas a toma sus decisiones.		percepción de riesgo en la toma sus decisiones.	mayoría de información expuesta, no la conocían los jóvenes.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			10 minutos		

Octava sesión, proseguí con la actividad inconclusa de Terapia en solución de Problemas (TSP) en la que los jóvenes aprendieron habilidades en la toma de decisiones ante situaciones-problema, posteriormente damos espacio a dos técnicas significativas;

- La aplicación de un formato en la toma de decisiones, en el que calificaron sus posibles opciones a realizar, del cual precisaron su elección a una mejor alternativa.

- A partir de esta sesión hasta el final, se manejó la Técnica de Exposición “*Modelamiento Filmado*”, en la que se proyectaron documentales que mostraron ejemplos de individuos participando en conductas prosociales, de interacción con otros o de aproximación a estímulos temidos (drogadicción), esta técnica tuvo buenos comentarios en los jóvenes.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 8	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	15 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	<i>Técnica de solución de Problemas (TSP)</i>	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	35 minutos	-Generación de soluciones alternativas El objetivo de esta fase es llegar a disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Con ello esperamos maximizar la probabilidad de que la mejor solución posible este entre ellas. -Toma de decisiones; El objetivo de esta fase es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución	El evaluador colabora con los jóvenes para la realización de actividades. Algunas de estas actividades de las no las habían aprendido y analizado anteriormente, para ponerlas en práctica ante una mejora en la toma de decisiones ante situaciones-problema.

					disponibles y seleccionar la mejor. -Verificación de la solución; Se evalúa el resultado de la solución, y se verifica la efectividad de la estrategia elegida en la situación-problema de la vida real.	
No. 3	Técnica de habilidad social y de afrontamiento: <i>Aplicación del formato de toma de decisiones</i>	Cámara de Gesell	-Fotocopias del formato -Lapicero	30 minutos	Obtener una puntuación que permita a los adolescentes más objetivamente llegar a la selección de la mejor respuesta alternativa.	En la aplicación del cuadro, dos jóvenes demoraron en la elección de sus posibles alternativas de toma de decisión.
No. 4	Técnica de Exposición <i>“Modelamiento Filmado”</i>	Cámara de Gesell	- Computador a - Reportaje: Drogas y Cerebro; “Cannabis un desafío para la ciencia”.	30 minutos	Los documentales se proyectaran de manera que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	El potencial del modelo filmado permitirá una difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			10 minutos		

Novena sesión, continúe con las siguientes actividades del tratamiento en Autoinstrucción, en la que de forma lúdica aborde 16 cuestionamientos específicos de la técnica, poniendo a prueba su capacidad en la solución de problemas de los jóvenes, posteriormente vimos la Técnica Cognitiva; “Inoculación al Estrés” que consistió aprender en 4 pasos, manejando eventos estresantes, como resultado de situaciones que causaron ansiedad, ira o dolor. Finalizamos con la proyección del documental Drogas y Cerebro; “Cannabis un desafío para la ciencia”.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:05 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1					Se estipulo que al inicio de las sesiones, se	Se pretendió generar un hábito, en la realización

	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	Técnica de: <i>“Tratamiento en Autoinstrucción”</i>	Cámara de Gesell	- Fotocopias de presentación de casos. - Lapicero	35 minutos	Se presentaran 10 preguntas específicas, con el objetivo de desarrollar habilidades en solución de problemas, entrenándolos para que respondan preguntas eventuales existentes	De forma Lúdica, se abordaron 10 cuestionamientos específicos de la Técnica “Autoinstrucción” “, de las que se puso a prueba habilidades en la solución problemas de consumo de marihuana en los jóvenes.
No. 3	Técnica Cognitiva <i>“Inoculación al Estrés”</i>	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	35 minutos	1. Aprender a relajarse 2. Construir una Jerarquía de situaciones de malestar emocional; Elaborando una lista de situaciones que produzcan malestar emocional. 3. Seleccionar pensamientos de afrontamiento; Aprender, pensamientos o una charla interna que ayude a contrarrestar los posibles pensamientos negativos que aparezcan en esas situaciones. 4. Afrontar la situación real	Se percibió una dificultad en los jóvenes para la elaboración de pensamientos de afrontamiento para involucrarse con la jerarquía de situaciones de malestar emocional, por lo que decidí mostrarles algunos ejemplos.
No. 4	Técnica de Exposición <i>“Modelamiento Filmado”</i>	Cámara de Gesell	- Computadora - Reportaje: Drogas y Cerebro; “Cannabis un desafío para la ciencia”.	30 minutos	Los documentales se proyectaran de manera que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	El potencial del modelo filmado permitirá una difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			5 minutos		

Decima sesión, percibí que el joven Jorge no asistió, lo cual me pareció extraño ya que él fue constante en las sesiones. Para finalizar con la técnica inconclusa, realice la última actividad de la técnica de habilidad social y de afrontamiento: “Tratamiento en Autoinstrucción”. En la tercera actividad comenzamos a trabajar con las “Técnicas de Autocontrol”, en la que entrene y reforcé la conducta de los Jóvenes para que fueran capaces de poner en práctica estrategias que les permitieran regular sus comportamientos. Para concluir la sesión proyecte los documentales: -Marihuana provoca serios desordenes cerebrales, -Así se vive la Esquizofrenia, Inquilinos del hospital Psiquiátrico “Larco Herrera”, -El Infierno de drogas y perdición en la Victoria.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 10	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	Técnica de: “ <i>Tratamiento en Autoinstrucción</i> ”	Cámara de Gesell	- Fotocopias de presentación de casos. - Lapicero	30 minutos	Se presentaran 10 preguntas específicas, con el objetivo de desarrollar habilidades en solución de problemas, entrenándolos para que respondan preguntas eventuales existentes	De forma Lúdica, se abordaron 10 cuestionamientos específicos de la Técnica “Autoinstrucción”, de las que se puso a prueba habilidades en la solución problemas de consumo de mariguana en los jóvenes.
No. 3	“Técnicas de Autocontrol”	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés. - Lapicero	35 minutos	1. Control de estímulos; Los jóvenes desempeñaran conductas, bajo un conjunto de estímulos nuevos o reducidos, para desarrollar un control. 2. Automonitoreo; La información obtenida a través de la observación cuidadosa puede proporcionar retroalimentación importante sobre el nivel de conducta de la persona.	Una vez dando a conocer conceptos que conforman la técnica de autocontrol, los jóvenes tuvieron la tarea de desarrollar ejemplos relacionados al problema experimentado del consumo de mariguana.
No. 4			-Computadora		Los documentales se proyectaran de manera	El potencial del modelo filmado permitirá una

	Técnica de Exposición <i>“Modelamiento Filmado”</i>	Cámara de Gesell	-Proyector (Cañón) Documentales -Marihuana, provoca serios desordenes cerebrales. -Así se vive la Esquizofrenia. Inquilinos del hospital Psiquiátrico “Larco Herrera” -El Infierno de drogas y perdición en la Victoria.	30 minutos	que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			5 minutos		

Undécima sesión, nuevamente el joven Jorge no asistió a la intervención, Con 2 jóvenes presentes, reanude la actividad inconclusa de las “Técnicas de Autocontrol”, en la que los jóvenes tuvieron la tarea de realizar ejemplos de autorreforzamiento y autocastigo relacionados al consumo de marihuana y desarrollar una posible alternativa de disminución. La tercera técnica llamada “Técnicas de Desensibilización Sistemática” se dieron los temas: Respuestas incompatibles y Jerarquía de estímulos, de los que se pretendió que algunos estímulos provocaran respuestas incompatibles con la ansiedad que provoco el suspender la ingesta de marihuana. Finalice la sesión undécima, proyectando los documentales: - El Infierno de drogas y perdición en la Victoria, - 10 Drogas Más Letales Que No Creerás Que Existen.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 11	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:00 hrs.)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Cámara de Gesell	-Música relajante	20 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.

No. 2	“Técnicas de Autocontrol” (Autorreforzamiento y autocastigo)	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés. - Lapicero	30 minutos	<p>3. Autorreforzamiento; Se entrena a los clientes para aplicarse consecuencias de forma contingente a la conducta en vez de recibirlas de un agente externo.</p> <p>4. Autocastigo; El papel central del reforzamiento positivo será, una conducta apropiada, siempre que se utilice castigo para una conducta no adecuada.</p>	Una vez dando a conocer conceptos que conforman la técnica de autorreforzamiento y autocastigo, los jóvenes tuvieron la tarea de desarrollar ejemplos relacionados al problema expuesto de la técnica y desarrollar uno que describiera su problema.
No. 3	“Técnicas de Desensibilización Sistemática”	Cámara de Gesell	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	35 minutos	<p>1. Respuestas incompatibles; Ciertas conductas no pueden darse a la vez, pues la aparición de una impide la aparición de la otra, por ejemplo; <i>ansiedad</i> y <i>relajación</i>.</p> <p>2. Jerarquía de estímulos; Se desarrolló un Cuadro de JE, con un mínimo de 5 Ítems, en los que se enlistaron del grado más alto al menos alto de ansiedad que les pudiera generar cada situación.</p>	Se dieron a conocer los conceptos de la técnica desensibilización sistemática; 1. Respuestas incompatibles y 2. Jerarquía de estímulos, para el desarrollo de respuestas incompatibles ante situaciones de riesgo y poner en práctica la evitación.
No. 4	Técnica de Exposición “Modelamiento Filmado”	Cámara de Gesell	- Computadora Documentales: - El Infierno de drogas y perdición en la Victoria. - 10 Drogas Más Letales Que No Creerás Que Existen	30 minutos	Los documentales se proyectaron de manera que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	El potencial del modelo filmado permitirá una difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
Cierre de Sesión	Estando por concluir la sesión, con el tiempo establecido de 2 horas. Se cuestiona su experiencia ante las técnicas vistas.			5 minutos	Al mencionarles que la siguiente sesión se concluiría la intervención, noto en sus rostros nostalgia, signo de interés a la intervención llevada a cabo	

Doceava sesión, Abordé la última intervención con únicamente dos chicos: Eric y Guadalupe, continúo con el último tema de la desensibilización sistemática, técnica “Contracondicionamiento”, en la cual requerí de su jerarquía de estímulos para practicar asociaciones que les trajera un aprendizaje ante situaciones que antes les provocaban ansiedad, causando para esto respuestas incompatibles. En la tercera actividad vimos las “Técnicas Ilustrativas” específicamente el: Tratamiento de Inundación y Sensibilización en Cubierta, en las que se manejaron tratamientos de exposición con base a la imaginería, se realizaron procedimientos para el tratamiento de ansiedad que dejo el uso continuo de marijuana, entrenando a los jóvenes para que se relajaran y aparearan estados de calma con situaciones que evocaron ansiedad. Antes de la proyección de los últimos documentales, lleve a cabo la 2da. aplicación del cuestionario de problemas en adolescentes “POSIT” la cual fue breve. Para finalizar la intervención, los jóvenes fueron pasando al consultorio de manera individual en compañía de su tutor, para hacerles la entrega de un informe psicológico sugerido por la trabajadora social, el cual comprendió:

- Datos Generales
- Historial Clínico
- Motivo de consulta
- Factores Influyentes
- Datos físicos
- Método Utilizado
- y Técnicas Desarrolladas en las 12 sesiones (Tomando en cuenta fecha, disposición al trabajo y asistencias.

Dándole una breve explicación al padre de familia sobre el informe psicológico, y para que el plantel de C.I.J. Valle de Chalco facilitara la aprobación de la intervención tomada, cerré la intervención padre-hijo con la Técnica: “*Cosas positivas y negativas de ti*”, en la que los Padres de familia en compañía de sus jóvenes, anotaran en un pedazo de papel, 3 aspectos que les agradaba y 3 que les desagradaba, tanto de padres a hijos, como de hijos a padres, resguardando siempre el respeto, en la técnica se resaltó el afecto interno de ambos, al grado de haber expresado aflicción en sus sentimientos.

MÉTODO UTILIZADO: TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL						
SESIÓN 12	TÉCNICAS	ESPACIO	MATERIAL Y/O RECURSOS	TIEMPO (2:20 hrs)	MEDIO DE CONTROL (lo que aplique)	MEDICIÓN (conducta vista)
No. 1	Técnicas de Relajación y respiración aprendidas	Consultorio Psicológico	-Música relajante	10 minutos	Se estipulo que al inicio de las sesiones, se realizaría alguna de las <i>Técnicas de Relajación o respiración aprendidas</i>	Se pretendió generar un hábito, en la realización de estas Técnicas, para así poderlas aplicar ante situaciones que les pudiesen provocar ansiedad.
No. 2	“Desensibilización Sistemática”	Consultorio Psicológico		30 minutos	3. Contracondicionamiento; Se asoció una situación que provocaba respuestas de ansiedad, con una respuesta incompatible (por ejemplo: <i>relajación</i>). Tras varias asociaciones, se producirá un aprendizaje, y una situación que antes provocaba ansiedad dejara de hacerlo. 4. Generalización; Es conveniente diseñar tareas a realizar fuera de la sesión que impliquen la exposición a los estímulos ansiógenos. El sujeto, ha de exponerse a estímulos de nivel jerárquico inferior.	Se dieron a conocer los conceptos de la técnica desensibilización sistemática; 3. Contracondicionamiento, asociando situaciones de estrés o ansiedad los jóvenes tuvieron complicaciones al relacionarlas con respuestas incompatibles. En la Generalización, se diseñaron tareas sencillas de las cuales se relacionaron con las situaciones jerárquicamente estresantes, para así poder asimilar situaciones de riesgo.
No. 3	Tratamientos de Exposición con base en la Imaginería” (Tratamiento de Inundación y Sensibilización Cubierta)	Consultorio Psicológico	- Cuaderno tipo francés - Lapicero	25 minutos	1. Tratamiento de inundación; Se expuso a los jóvenes ante representaciones de estímulos temidos (Mariguana), a manera de evocar una habituación ante tal situación. 2. Sensibilización cubierta; Se les pidió a los jóvenes que se imaginaran participando en conductas indeseables (por ejemplo, fumar mariguana). Cuando esta imagen es vívida, los clientes imaginan una consecuencia aversiva asociada con la conducta (por ejemplo, dolor de cabeza), el propósito fue construir una aversión hacia los estímulos que fueron fuente de atracción.	Las técnicas; tratamiento de inundación y sensibilización cubierta, representaron métodos con base en la exposición, que pudieron llevarse a cabo haciendo que los individuos imaginaran las situaciones de ansiedad o exponiéndolos a propias situaciones reales.

No. 4	2da. Aplicación del “Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT)”	Consultorio Psicológico	- Copias del Formato POSIT. - Lapicero	25 minutos	Se emplea una segunda aplicación del POSIT de manera que el resultado de la información relacionada con el uso de drogas se compare con los reactivos positivos y negativos de la 2ra. aplicación. (pretest- postest).	El aplicador se encargara de la aplicación del instrumento, para resolver dudas y respetar el tiempo estimado. Se deberán contestar todas las preguntas. Si alguna no se llegase aplicar exactamente al aplicado, escoger la respuesta más cercana a la verdad en su caso.
No. 5	Técnica de Exposición <i>“Modelamiento o Filmado”</i>	Consultorio Psicológico	- Computador a - Documental es: -Síndrome de Abstinencia -Niños Rata, México D.F.	30 minutos	Los documentales se proyectaran de manera que muestren en ejemplos; a individuos participando en conductas prosociales, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos.	El potencial del modelo filmado permitirá una difusión a gran escala de las intervenciones efectivas, los jóvenes se mostraron sorprendidos al ver las problemáticas y consecuencias que traían consigo el fumar marihuana.
No. 6	Entrega de Informe Psicológico	Consultorio Psicológico	-Impresión de formatos.	10 minutos	Informe psicológico que comprendió: -Datos Generales -Historial Clínico -Motivo de consulta -Factores Influyentes -Datos físicos -Método Utilizado -Técnicas Desarrolladas.	Explicación breve sobre lo llevado a cabo en las 12 sesiones, exponiendo las técnicas desarrolladas: Destacando fechas, la disposición de los jóvenes y la asistencia a las sesiones.
No. 7	Cierre de Intervención familiar Técnica: <i>“Cosas positivas y negativas de ti”</i>	Consultorio Psicológico	-Hojas de papel -Lapiceros	10 minutos	Los Padres de familia y los jóvenes, tuvieron que anotar en un pedazo de papel, 3 aspectos que les agradaba y 3 que les desagradaba, tanto de padres a hijos, como de hijos a padres	Resguardando el respeto, la técnica fue un éxito, pues resalto el afecto guardado de ambos, al grado de haber aflicción en ambos.

1.13 Desarrollo de Técnicas

Técnica de presentación: “Las Cuatro Esquinas”

Objetivo:

Que los jóvenes generen; confiabilidad y seguridad en el grupo. Dando a conocer más sobre ellos, se propague el apoyo entre los participantes y encuentren alguna compatibilidad en algún estilo (Segura y Rodríguez, 2017).

Aplicación:

Se requiere de una hoja tamaño carta para cada participante, bolígrafos o plumón para cada uno, cinta adhesiva, pizarrón (en ausencia; colocar en un espacio visible de la pared) y eventualmente un ejemplo preparado en la pizarra u espacio de la pared previsto. Se dispondrán 35 minutos para la realización de esta técnica.

Instrucciones:

- 1) Dibujar en el centro de la hoja un símbolo con el cual se sientan identificados y que cuente algo sobre su persona.
- 2) Indicar en la esquina inferior derecha algunos datos personales, tales como: edad, estado civil, hijos, grado de estudios, empleo, pasatiempos, música preferida.
- 3) Escribir en la esquina superior izquierda, lo que más les gusta.
- 4) Escribir en la esquina inferior izquierda, aquello que menos les guste.
- 5) Nombren en la esquina restante (superior derecha) sus expectativas, al llevar el tratamiento psicológico.

Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT)

Objetivo:

El objetivo general de este protocolo es obtener información válida para identificar las necesidades de intervención relacionadas con el consumo de drogas, a fin de diseñar e instrumentar programas y proyectos más oportunos a las características de la población escolar y su contexto, desde el modelo de Centros de Integración Juvenil, A.C.

Aplicación:

Para la aplicación de esta escala se dispondrán de 25 minutos. Se requerirá de un lapicero color negro, o en su defecto lápiz. El aplicador se encargara de la aplicación del instrumento, para resolver dudas y respetar el tiempo estimado. Se deberán contestar todas las preguntas. Si alguna no se llegase aplicar exactamente al aplicado, escoger la respuesta más cercana a la verdad en su caso.

Instrucciones:

Contestar todas las preguntas con franqueza. Es posible que encuentres la misma pregunta o preguntas semejantes más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario. Por favor, pon una “x” sobre tu respuesta y no remarques fuera de los recuadros. Este no es un examen; no hay preguntas correctas o incorrectas, por favor trabajar con cuidado. Todas sus respuestas son confidenciales. Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

Técnicas de respiración y relajación**Objetivo:**

Enseñar a los adolescentes la técnica de respiración abdominal en la cual recibirán más oxígeno y del cual se sentirán relajados y menos tensos, posteriormente dos técnicas de relajación; la progresiva y la autógena, enseñándole en estas dos la discriminación de cada musculo para percibir las sensaciones de relajación y percibir sensaciones que surgen en el cuerpo a través del uso del lenguaje.

Aplicación:

1. *Técnica de respiración:* Este procedimiento ayudara al adolescente a reducir su tensión física y mental, aminorando el estrés y la ansiedad, para esta técnica se dispondrá de 25 minutos.
2. *Relajación progresiva:* Esta técnica enseña al adolescente a discriminar cuando un musculo esta tenso y cuando se encontrara relajado, una vez que el sujeto ha

aprendido a discriminar fácilmente cualquier tensión muscular y a relajarla a voluntad, se le pedirá que se centre en las partes del cuerpo que detecte estén en tensión, para esta técnica se requerirá de 25 minutos.

3. **Relajación autógena:** Esta última técnica se basa en las sensaciones que surgen en el cuerpo a través del uso del lenguaje, por lo cual los ejercicios harán que su cuerpo se sienta cálido, pesado y relajado, usando la mente y claves verbales para relajar el cuerpo de un modo específico, para esta técnica se requerirán 25 minutos

Instrucciones:

Para que las técnicas sean eficaces se deberá: estar en un lugar tranquilo y silencioso, deberán portar ropa cómoda, evitar distractores (teléfono celular, Mp3, etc.), Mientras se lleva a cabo las series de ejercicios se contara con música de relajación, Es imprescindible manejar la técnica de respiración antes de la práctica de los ejercicios.

1. Técnica de respiración

La actividad consiste en:

- a. Sentarse derecho en una silla cómoda, poniendo una mano en el estómago y otra en tu pecho.
- b. Respira por la nariz durante 4 segundos lentamente, de forma que la mano de tu estomago se eleve y la mano en tu pecho se eleve muy poco.
- c. Mantén el aire durante 4 segundos.
- d. Exhala el aire por la boca durante 4 segundos lentamente, expulsando todo el aire que puedas, mientras contraes el abdomen.
- e. Los segundo que se comentan son una propuesta, haz modificaciones hasta que te sientas totalmente cómodo.

2. **Relajación progresiva:** Se coloca al sujeto en una posición cómoda, tumbado o recostado, se le pide que vaya tensando cada musculo y después de mantenerlo tenso durante 5 o 6 segundos, se le pide que lo relaje. Entonces se le pide que se centre en

la sensación de relajación y en la diferencia entre ella y la anterior sensación de tensión.

Los grupos musculares que se trabajaron en primera fase son los siguientes:

- Manos; apretando los puños (primero una, después la otra)
- Antebrazos; doblando los brazos por el codo y apretando el antebrazo contra el brazo (primero uno y después el otro).
- Brazos; poniendo los brazos rectos, con las manos sueltas y estiradas hacia delante.
- Hombros; levantándolos hacia arriba, de manera que percibamos una tensión.
- Mentón; apretando la barbilla contra el pecho.
- Nuca; apretándola contra el sillón o la superficie en la que reposa.
- Frente; alzando las cejas hacia arriba y arrugando la frente.
- Ojos; apretando los parpados.
- Boca; abriéndola lo más posible, y frunciendo después los labios.
- Mandíbulas; tensándolas.
- Lengua; apretando la punta de la lengua contra la parte superior del paladar.
- Pecho; tomando aire por la nariz, y mantenerlo mientras se tensa el pecho, y soltándolo lentamente por la boca.
- Abdomen; empujando hacia adentro los músculos abdominales.
- Trasero; tensándolas y empujándolas contra la silla donde se encuentre sentado, o contra el suelo si esta recostado.
- Muslos; extendiendo las piernas hacia afuera, enderezando y empujando los pies hacia arriba
- Pies; curvando los dedos hacia abajo o hacia arriba, de modo que se genere la tensión.

En la *segunda fase*, una vez aprendido el discriminar cualquier tensión muscular y a relajarla a voluntad, se le pide que se centre solamente en prestar atención a su cuerpo, e ir relajando cualquier tensión que detecte en él. Para ello se le pedirá que vaya revisando

mentalmente cada zona o grupo muscular y relajando cualquier tensión que detecte en ella, sin necesidad de tensarlas antes.

3. Relajación Autógena

La actividad consiste en:

- a. Comienza con la respiración profunda (6 segundos inhalando, 5 segundos Retener el aire y 8 segundos exhalar).
- b. Centrándonos en decirse a sí mismos en voz baja o mentalmente una frase: “estoy tranquilo”, “me quiero a mi mismo” o “estoy en paz”.
- c. Inhala, cierra los ojos y a medida que exhalas repite 6 veces: “mi brazo derecho se hace cada vez más pesado” Y concéntrate en dicha sensación, “mi brazo derecho esta cálido” (Así con manos, brazos, piernas, espalda, cuello, hombros, muslos y piernas).
- d. Repite 6 veces: “Mi corazón late tranquila y relajadamente”.
- e. Repite 6 veces: “Mi respiración es cada vez más tranquila”.
- f. Repite 6 veces: “Mi estómago está cada vez más cálido”.
- g. Repite 6 veces: “Mi frente está cada vez más fría”.

Entrevista Inicial (Programa de Intervención para Adolescentes)

Objetivo:

El Objetivo de la entrevista es obtener información general acerca del adolescente, su historia de consumo, y conocer, en términos generales, los problemas relacionados con el consumo del adolescente.

Aplicación:

Para la aplicación de esta entrevista se dispondrá de 30 minutos. Se requerirá de bolígrafo tinta azul o negro, en su defecto lápiz. El terapeuta tendrá que leer las áreas correspondientes a resolver, estar pendiente en las dudas que se generen, de manera que el trabajo sea equivalente en tiempo.

Instrucciones:

A continuación se presentarán 50 reactivos que medirán diferentes áreas personales, las cuales tendrás que contestar de manera clara, sencilla y honesta, para que así la evaluación y tratamiento del especialista sea precisa y efectiva. En algunas áreas de la entrevista, las preguntas son breves y sencillas, de manera que continuamente podamos pasar a las siguientes áreas, para cumplir con el tiempo requerido. Ya que por alguna circunstancia no se llegue a concluir la entrevista en el tiempo estimado, se dispondrá de tiempo en la siguiente sesión, de manera que se concluya por completo la entrevista de inicio.

Manuales de Autoayuda**Objetivo:**

Se han referido las técnicas como biblioterapia debido a que los procedimientos se transmiten hacia los clientes potenciales de manera escrita, por lo común como libros o manuales de autoayuda. Desarrollando habilidades, los jóvenes podrán extender sus conocimientos hacia el ambiente para controlar sus propias conductas en una diversidad de situaciones (Kazdin, 2000).

Aplicación:

Para la aplicación de dicha técnica se dispondrá de 30 minutos antes del término de las sesiones; se realizara lectura con su respectivo reporte de lectura de los manuales de autoayuda por los miembros que conforman el grupo en tratamiento, Las técnicas, experiencias y consejos que brinden los manuales comprenderán una diversidad de procedimientos, solos y combinados, describiendo los procedimientos que deberá seguir el adolescente para modificar su problema.

Instrucciones:

Los manuales de autoayuda y su efectividad, sugiere que el contacto con un profesional ayudara a guiar el empleo de estos, que el empleo de dicho manual sin ayuda.

1. Para el inicio de la técnica de biblioterapia, organizar en círculo a los integrantes del grupo.
2. De 25 a 30 minutos se dispondrán para las lecturas, como técnica vinculada a otras actividades (entrevista), para no dejar sin actividades a los jóvenes.
3. La lectura se llevara a cabo de manera general por todos los integrantes, de manera que cada uno lea los manuales. Se dejara voluntariamente el tanto que deseen leer; siempre y cuando no sea un párrafo o dos.
4. Al término de la lectura, se abrirá un pequeño espacio de 10 minutos para que comenten lo comprendido y si es posible aplicarlo en su vida.
5. Como trabajo en casa se dejara que realicen un breve reporte en su cuaderno de Escritura terapéutica, enseguida de su experiencia escrita (sesión No.4. escritura terapéutica).

Escritura Terapéutica (Diario)

Objetivo:

A través de esta fascinante técnica en la cual interioriza al sujeto con sus debilidades y fortalezas, se fortificarán las vivencias traumáticas y de ansiedad, en relación a la inducción drogodependiente de la sustancia Marihuana, a fin de que la escritura expresiva vaya generando en ellos una reflexión interiorizada de lo que regresivamente estuvo mal y de lo que actualmente pueden remediar, con relación a una adicción que les costara “capa y espada” desintegrarla.

Aplicación:

Para la explicación de esta técnica, se dispondrá de 30 minutos de la sesión para proseguir con las siguientes actividades cognitivo-conductuales. “Basta con relatar un hecho traumático para que su poder destructivo ceda. Escribir cambia la forma de pensar, exige detenernos sobre la experiencia y reevaluar las circunstancias”; esta es la función de la escritura terapéutica. Es particularmente importante que examinen con franqueza sus emociones y pensamientos más íntimos. Para llegar a una fase denominada post-escritura; en

la que la persona debe reflexionar acerca de lo que ha escrito, valorando si ha aprendido, si ha perdido o ganado algo, como resultado de sus experiencias traumáticas.

Instrucciones:

1. *Busca un lugar silencioso y tranquilo para conectarte con tus emociones:*

Puedes En tu cuaderno, escribir en casa, en una cafetería, en la biblioteca o en el bosque. Despeja tu mente y elimina las distracciones.

2. *Escribe sobre cosas que nunca le contaste a nadie:*

- Haz que escribir un diario se vuelva un hábito. Haz que tu objetivo sea escribir todos los días, sin importar si escribes un par de oraciones o un par de páginas. Reserva de 10 a 30 minutos para escribir en tu diario, sin postergarlo ni retrasarte. Mantén la disciplina.
- Anota la fecha y la hora cada vez que escribas en tu diario. Esto hará que puedas revisar con facilidad los acontecimientos específicos.

Noviembre 22, 2017 10:20 a.m.

3. *Reflexionar, No Rumiar:*

Tu propia verdad no es tu enemigo. No trates de convencerte de saber lo que sabes o sentir lo que sientes.

4. *Mide tu tiempo:*

Escribe de 5 a 20 minutos, o todo el tiempo que te sientas inspirado.

Describe los detalles:

Es muy probable que en un momento posterior olvides la razón por la que has escrito o dibujado algo. Ve más allá e intenta complementar tus pensamientos de la manera más detallada posible. Si analizas tus preocupaciones de manera más completa, las comprenderás mejor.

5. *Se fiel a tu estilo emocional:*

Las personas que eran naturalmente ricas en expresividad experimentaron una reducción significativa en la ansiedad, 3 meses después de la escritura.

6. *Llevar un diario trata sobre el proceso, no el resultado:*

Piensa en tu diario como un proceso, no como el producto final. Colocar las palabras sobre el papel te permite procesar tus pensamientos y sentimientos hasta el punto donde se puede articular su lenguaje.

7. *Escribe cuando quieras y como quieras:*

Si consigues una sensación de continuidad y disciplina de escribir todos los días, muy bien. Pero si lo ves como una tarea, no te preocupes por eso.

8. *Escribir de forma natural:*

Si hay una regla inviolable de escritura de diario, ¡es que simplemente no hay reglas! Haz lo que funciona No te preocupes por lo que no estás haciendo. Disfruta el proceso.

9. *Escribe un diario en conjunto con tus sesiones de terapia:*

Escribe lo que piensas de la última sesión que has tenido, y registra todo lo interesante que has aprendido.

10. *No dudes en aplicar tu ingenio:*

Si consideras que puedes expresar un pensamiento de manera más apropiada a través del dibujo, no dudes en hacerlo. ¡Dale color! Usa pintura.

11. *Proteja su privacidad:*

Almacene su diario en su propio lugar especial para que la tentación de otros a leer se vea disminuida.

12. *Considera a tu diario como un amigo:*

Al escribir un diario, puedes emular la sensación de hablar con un amigo cercano de confianza sobre tus sentimientos.

13. Lee tu diario con frecuencia:

Compara lo que has escrito últimamente con lo que has escrito anteriormente.

Psicoterapia Racional Emotiva

Objetivo:

La terapia racional emotiva se utilizara para discutir sus cogniciones y tratar otras alternativas, de manera que el cliente registre sus conductas de consumo (número de cigarrillos fumados dentro de un determinado periodo) mientras esta en casa, escuela o en la calle. Llevando a cabo la terapia semanalmente durante unas semanas.

El propósito de la terapia racional emotiva examinar las autoverbalizaciones que la gente se hace, desafiarlas, señalar su irracionalidad y, de manera importante, sustituirlas por autoverbalizaciones más adaptativas. Muchas creencias irracionales son comunes a nuestra cultura y contribuyen a los problemas emocionales y conductuales (Labrador, 2008).

Aplicación:

La aplicación de esta técnica se dispondrá de tres sesiones de 40 minutos, teniendo como objetivo modificar los pensamientos de adolescentes drogodependientes y, brindar otras alternativas de manera que examine sus autoverbalizaciones que se dice a sí mismo, desafiándolas; profundizándonos a su irracionalidad, para así modificar por autoverbalizaciones racionales que pueden adaptarse ante las circunstancias ansiógenas de Drogodependencia.

Ejemplo:

Auto verbalización:

“La vida es miserable y desastrosa cuando las cosas no están saliendo como uno desearía”.

Pensamientos:

- *El fumar marihuana, me hace relajarme y sentirme bien, me hace olvidar mis problemas y compromisos.*

- *Fumar marihuana, me causa un placer en todos los sentidos, pero el fumar demasiados porros, no me causa tanta satisfacción como el primero.*

Estas exigencias absolutas y dogmáticas generan distorsiones cognitivas, que se relacionan de forma interdependientemente con las creencias irracionales.

Instrucciones:

El procedimiento terapéutico de la TREC consta de cuatro grandes fases, que no están claramente delimitados, pudiendo en ocasiones, entremezclarse:

1. Evaluación de los problemas, explicación del esquema A-B-C y del método terapéutico que se va a seguir;

Generalmente los problemas primarios se solapan con los secundarios, ejemplo; (A=sujeto creía que nadie quería ser su amigo, (B=porque no era una persona interesante y no tenía ningún valor como persona, (C=y estas creencias le producían abatimiento y aislamiento = problemas primarios).

A=Pensamientos negativos (nadie quiere ser mi amigo)

B=No tiene valor como persona (vergüenza, culpa)

C=Le produce aislamiento

En el caso anterior, se centrarían en primer lugar en combatir y modificar las creencias (B), que generan los problemas secundarios (C), y por ultimo abordar (A), los problemas en las relaciones interpersonales que presente el cliente.

Es importante, en esta fase, que el cliente comprenda y asuma que:

- Sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y de conducta.

- Aunque sus ideas irracionales hayan sido aprendidas en experiencias tempranas desagradables, la causa de sus problemas actuales no es la experiencia anteriormente vivida como negativa, sino el que ahora siga utilizando esas mismas ideas irracionales.
- Para superar sus problemas, no existe otro camino que oponerse persistentemente a las creencias irracionales, ya que conocerlas y saber la influencia que ejercen sobre la conducta, no basta para producir cambios duraderos en los síntomas.
- Puede y es conveniente que se acepte a pesar de sus problemas emocionales (Grieger, 1990).

2. Detección de las ideas irracionales y darse cuenta de su papel en los trastornos emocionales y conductuales.

A través de un dialogo didáctico, el terapeuta ayudara al cliente a descubrir sus ideas irracionales y el papel que desempeñan en sus problemas emocionales y conductuales. Mediante preguntas.

Para discernir las ideas irracionales es necesario buscar entre los pensamientos automáticos, las afirmaciones dominantes y exigentes que se hace a sí mismo.

Revisar sus:

No debí hacerle caso a...

Debería haber hecho...

Tengo que...

Una vez encontradas las exigencias internas:

Se está en condiciones de descubrir las formas de pensamiento irracional, revisando las principales manifestaciones de irracionalidad.

Es necesario trabajar con el cliente sus creencias básicas irracionales subyacentes, que, en este caso, hacen referencia a:

- ❖ «*si soy una persona valiosa, tengo que ser siempre fuerte en mis decisiones y lograr todo lo que tenga en mente,*» y «*es horrible y catastrófico que las cosas no salgan, no sean o no vayan como yo quiero o deseo*».

= Un mayor grado de compromiso y de responsabilidad al hacer tuyas las nuevas creencias racionales que vayas adoptando.

Actividad:

El terapeuta solicitará al cliente que, a través de autorregistros, practique, fuera de la consulta, lo aprendido en las sesiones de terapia. Para ello le pedirá que identifique y registre diariamente los pensamientos irracionales (B) que le parecen ante los diversos problemas externos a los que se enfrenta en las distintas situaciones ambientales (A) y que se dé cuenta del papel mediador que tiene el pensamiento irracional en las consecuencias emocionales y conductuales negativas que le ocurren (C).

3. Debate y cambio de las ideas irracionales

Para debatir y eliminar las ideas irracionales el terapeuta, mediante preguntas que susciten la discusión y el debate, ayudará al cliente a cuestionar la veracidad de sus pensamientos irracionales analizando:

Ellis aconseja seguir, en este debate, el método hipotético-deductivo, que se resume en cinco reglas:

1. Empirismo: aceptar como realidad solo aquellos hechos que pueden ser observados y comprobados.
2. Lógica: aceptar como válidas solo aquellas proposiciones que se deriven de forma lógica, sin contradicciones, de otros principios o proposiciones.
3. Flexibilidad: disposición a cambiar las ideas y teorías propias en función de nuevos hechos o nueva información.
4. Ausencia de valoración moral: dado que la ciencia no hace valoraciones sobre la bondad y la maldad de los hechos, no se puede condenar o premiar en términos absolutos y universales por actuar de una u otra forma.

5. Probabilismo: la ciencia no garantiza con tal certeza que se consigan determinados objetivos si se realizan determinadas acciones, solo se puede establecer la mayor o menor probabilidad de que eso ocurra (Ellis y Lega, 1993).

- Se cuestiona la veracidad de los pensamientos, con el objetivo de debatir y cambiar las ideas irracionales.
- A lo largo del proceso el cliente va aprendiendo que los pensamientos racionales son aquellos que expresan preferencias o deseos en términos relativos y probabilísticos, nunca en términos absolutos y dogmáticos.

Como una forma de afianzar el aprendizaje y la reestructuración cognitiva, también son importantes, en esta fase, los autorregistros. Ellis los denomina: Formularios de autoayuda de la terapia racional-emotiva y tienen la forma de un diario con columnas para escribir, de izquierda a derecha, el día, la hora y la situación (A), el pensamiento irracional (B), las consecuencias (C), el debate y sustitución por un pensamiento racional (D), y los efectos de dicha sustitución (E)².

Se considera importante detectar en esta etapa si el cliente manifiesta resistencias o miedos para dejar de pensar de la forma en que lo hace habitualmente. Grieger (1990) enumera los miedos más frecuentes.

1. Perder la identidad por asumir ideas nuevas que surgen de otros.
2. Volverse frío emocionalmente por pensar racionalmente.
3. Convertirse en mediocre por abandonar las ideas perfeccionistas.
4. Perder las gratificaciones que obtiene con su forma patológica de pensar y actuar.

Si se descubre alguno de estos miedos, se deberá centrar la atención terapéutica en ellos considerándolos importantes distorsiones cognitivas.

4. Aprendizaje de una nueva filosofía de vida

Aprender una nueva filosofía de vida, arraigarse de manera permanente y estable, a las nuevas creencias racionales que se han aprendido en la fase anterior.

- Para ello el terapeuta animara al cliente a que encuentre la forma de convencerse de la validez y del valor pragmático de lo que ha aprendido, lo que TREC denomina fortalecer el hábito.
- Para conseguir este fortalecimiento el cliente debe, a través de: *tareas programadas para casa*, enfrentarse a los acontecimientos activadores (A), que susciten ideas irracionales (B), para que las pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales y de conducta que les acompañan (C), debatir esas creencias y fomentar las ideas racionales aprendidas durante las sesiones anteriores (D), y observar las consecuencias emocionales que estas nuevas ideas racionales traen consigo (E).

Entrenamiento en autoinstrucción y autoafirmaciones

Objetivo:

Con la utilización de estas técnicas, se entrenaran a los individuos para hacer sugerencias y comentarios específicos, controlar pensamientos no deseados y repetitivos, que guíen su propia conducta de modo relacionado a ser instruidos por alguien más (Kazdin, 2000).

Aplicación:

Para la práctica de estos entrenamientos se dispondrá de dos sesiones de 35 a 45 minutos. Cada adolescente efectuara el evento que les mencione el terapeuta, a fin de controlar sus pensamientos ante situaciones de riesgo con las sustancia (Marihuana). Con su respectivo comentario al final de la sesión, se escribirá en el “diario terapéutico” (ya antes visto) la reacción que tuvo el adolescente bajo esta técnica cognitivo-conductual.

Instrucciones:

Al emitir autoinstrucciones, se ayudaran a manejar las situaciones (diciendo; “tranquilo concéntrate en el presente” o “Me imagino por un momento despreocupado, en la playa”).

Se les incitó a realizar sus habilidades de enfrentamiento a la primera señal de ansiedad. Se entrenara a los jóvenes para hacerse autoafirmaciones que reflejen competencia.

- “puedo decir «No!» si me ofrecen las 3 del cigarrillo de marihuana”

Al hacer esto los jóvenes serán más capaces de permanecer en convivencia con consumidores activos, para hacer reevaluaciones de la situación, por ejemplo;

- “«*Es divertido también estar conviviendo y no estarme drogando*»”

O distraerse a sí mismos con otros tipos de afirmaciones (“fumar deteriora la memoria”).

Entrenamiento en Autoinstrucción (detención del pensamiento):

Detención del pensamiento para tratar pacientes con ansiedad

La Actividad consiste en:

- 1) Se les pide a los pacientes que piensen en un evento en el que la mayoría está fumando marihuana y al verlo llegar sin haber fumado, le ofrecen las 3, para que se una a la fiesta.
- 2) El terapeuta golpeará el escritorio con una regla y gritará fuertemente “¡Alto!”, con el fin de interrumpir el pensamiento dependiente a la sustancia.
- 3) Después de unos cuantos ensayos, el terapeuta dirá “¡Alto!”, sin emplear la regla.
- 4) Se le instruirá al paciente para que el mismo diga “¡Alto!” en voz alta (sin emplear regla), para interrumpir los pensamientos de dependencia.
- 5) Después se le pedirá al paciente que diga “¡Alto!”, pero ahora en un susurro, de manera que solo él lo escuche.

- 6) Por último se le pidió que se dijera “¡Alto!”, ahora en silencio, que se escuchara muy profundamente su pensamiento para así, interrumpir pensamientos dependientes y acontecimientos que probablemente vuelvan a cruzarse en su camino, sin la ayuda del terapeuta.

Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Objetivo:

Con el entrenamiento en habilidades para solución de problemas; el adolescente desarrollara pasos en la solución de sus problemas y autoafirmaciones en juegos, tareas académicas y situaciones de la vida real. Siendo que en ocasiones muchas autoafirmaciones sean erróneamente tomadas, por la carencia de habilidades y la buena toma de decisiones.

Aplicación:

Para la explicación de esta técnica se dispondrá de dos sesiones de 35 minutos, dividido en 2 sesiones. Dentro de los pasos de la Terapia de solución de problemas. Secuencialmente los adolescentes seguirán cinco pasos, en los que se encuentran

- 1. Orientación hacia el problema,*
- 2. Definición y formulación del problema*
- 3. Generación de soluciones alternativas*
- 4. Toma de decisiones e implementación*
- 5. Verificación de la solución.*

Con la eficacia de esta técnica, los jóvenes obtendrán alternativas para problemas interpersonales (*como; resolver una discusión*), tener noción de que habrán consecuencias en sus conductas y los pasos que necesitaran para lograr el propósito requerido; *dejar de consumir marihuana.*

Instrucciones:

1. ORIENTACIÓN HACIA EL PROBLEMA

Es esencial que la persona, antes de intentar solucionar su problema, adopte una actitud positiva y optimista hacia el problema y hacia sus habilidades para resolverlo. En esta fase debemos lograr:

- a) fomentar las creencias de autoeficacia*
- b) saber reconocer los problemas*
- c) verlos como retos*
- d) usar y controlar las emociones en la solución de problemas*
- e) aprender a parar y pensar antes de actuar.*

Se utilizara aquí el método ABC del pensamiento constructivo: (A-evento active, B-creencia o lo que se dice a sí mismo, C-consecuencia emocional). Con él se le podría explicar y hacer ver la relación entre los eventos, sus creencias y sus emociones. También se le entrenara en estrategias para el manejo del estrés (por ejemplo, relajación, distracción, ejercicio) o de la activación emocional si es necesario.

2. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En esta fase lo que haremos será: *a) recopilar información relevante sobre el problema basado en hechos, b) clarificar su naturaleza, (c) establecer una meta realista de solución y (d) reevaluar el significado del problema, para el bienestar personal y social del individuo.*

- a) Para conocer mejor el problema, tenemos que recopilar la información relevante sobre él, o hacer consciente la información al respecto que obviamos, no queremos ver o reconocer (soy drogadicto).*
- b) La clarificación de la naturaleza del problema se centrará en corregir cualquier distorsión o concepción errónea que puede interferir con una definición inadecuada de él e identificar por qué esa situación dada es un problema..*

En ocasiones el problema está en la discrepancia (diferencia/desacuerdo) entre lo que es y lo que debería de ser. Si la persona es capaz de darse cuenta de ello, entonces podrá comenzar el proceso hacia una efectiva solución de problemas.

- c) Otro aspecto importante es establecer una meta realista de solución de problemas. Unos problemas son resolubles, otros no. Unos problemas se solucionan de modo simple, otros son complejos o *hay que descomponerlos en subproblemas*.
- d) Todo ello, debe llevar al individuo a reevaluar el significado del problema, de modo que pueda conocerlo mejor, definirlo y comprender que puede llegar a solucionarlo.

3. GENERACIÓN DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS

El objetivo de esta fase es llegar a disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Con ello esperamos maximizar la probabilidad de que la mejor solución posible este entre ellas.

Los hábitos son buenos si con ellos llegamos a soluciones efectivas de los problemas. Pero son negativos si el individuo responde automáticamente ante una situación problemática de un modo que no le conduce a su solución.

Si el cliente encuentra difícil generar soluciones, el terapeuta puede sugerir poco realistas o claramente inapropiadas. Esto suele servir para que el cliente proporcione más alternativas y que estas sean más realistas.

4. TOMA DE DECISIONES

El objetivo de esta fase es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática.

Para cada solución alternativa, se indican los costes y beneficios, a corto y a largo plazo, y se juzga el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan alternativas y se selecciona la solución o combinaciones de soluciones con la mejor utilidad esperada. El juicio de la utilidad esperada se basa principalmente en cuatro criterios coste/beneficio:

- a) Resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema).
- b) Bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado).
- c) Tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo que calcula que le requiere).
- d) Bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total).

Aun utilizando los anteriores criterios, la persona que toma la decisión puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales.

5. VERIFICACIÓN DE LA SOLUCIÓN

En la fase de puesta en práctica y verificación de la solución, se evalúa el resultado de la solución, y se verifica la efectividad de la estrategia de solución elegida en la situación problemática de la vida real. Esto se hace primero simbólicamente antes de hacerlo en la situación de la vida real.

Inoculación al estrés

Objetivo:

Enseñar a los adolescentes a manejar eventos estresantes como resultado de situaciones que causan ansiedad, ira o dolor. La noción médica de “Inoculación” se emplea para transmitir la idea de que se expone a los clientes a dosis pequeñas o manejables del evento que no abrume sus defensas (Kazdin, 2000).

Aplicación:

La aplicación de esta técnica requerirá de una sesión de 35 minutos, siendo el objetivo; el aprendizaje de una serie de pensamientos o charla interna que ayude a contrarrestar los posibles pensamientos negativos que se susciten en el transcurso de su rehabilitación y en situaciones exponenciales a la sustancia.

Instrucciones:

“La técnica consiste en aprender 4 pasos”

1. Aprender a relajarse

2. Construir una Jerarquía de situaciones de malestar emocional

Elaborar una lista de situaciones que produzcan malestar emocional, y ordenarlas en función del grado o intensidad emocional que produzca (0-100). Esto llevara una jerarquía de situaciones, ordenadas de menor a mayor, o viceversa, en función de su intensidad.

3. Seleccionar pensamientos de afrontamiento

Aprender una serie de pensamientos o charla interna que ayude a contrarrestar los posibles pensamientos negativos que aparezcan en esas situaciones.

A. Prepararse para la situación antes de que ocurra:

(Seleccionar uno o dos pensamientos)

- No me dejare llevar fácilmente por la situación
- Poco a poco lograre dominar esta situación

B. Enfrentarse a la situación de malestar:

- Voy a mantener el control
- Ya sabía que esto iba a ocurrir, puedo dominarlo

C. Manejar los sentimientos de malestar que se produzcan:

- Voy a respirar profundamente, soltare la tensión
- Es normal estar algo alterado, puedo dominarlo

D. Recompensarse y animarse por la tarea:

- Lo estoy consiguiendo, ¡Bien por mí!
- La próxima vez lo hare mejor

4. Afrontar la situación real

Se le pedirá al sujeto que cuando se presente la situación real, entonces pueda aplicar la técnica de relajación que ha practicado previamente.

Técnicas de Autocontrol

Objetivo:

El objetivo de los procedimientos de autocontrol es: reforzar a las personas para que sean capaces de poner en marcha estrategias que les permitan regular sus comportamientos de cara a lograr las metas u objetivos que se han fijado.

Aplicación:

Para la realización de esta técnica se estimaran 35 a 30 minutos, dividido en 2 sesiones. En la cual daré a conocer los conceptos de subtécnicas que conforman las Técnicas de Autocontrol; 1. Control de estímulos, 2. Automonitoreo y 3. Autorreforzamiento, que conforman las “Técnicas de Autocontrol”.

Instrucciones:

En esta sesión daré a conocer los procedimientos de autocontrol, en los que se consideran al; 1. *Control de estímulos*, 2. *Automonitoreo*, 3. *Autorreforzamiento y Autocastigo*, los elementos que engloban un equilibrio en el autocontrol personal, hacia sus inducciones.

1. Control de estímulos

Conductas específicas se efectúan en presencia de estímulos específicos. Los estímulos asociados con regularidad a la conducta (Drogarse), actúan como señales e incrementan la probabilidad de que la conducta se lleve a cabo. Algunas conductas (Drogarse), se encuentran bajo el control de estímulos (Estar con amigos) que el cliente desea cambiar.

El tratamiento real consiste en ayudar a que el adolescente comience a desempeñar conductas, bajo un conjunto de estímulos nuevos o reducidos, para desarrollar su control o

auxiliarlo de llevar a cabo conductas nuevas, ante estímulos familiares y eliminar las fuentes de control existentes.

2. *Automonitoreo*

El Automonitoreo o Autoobservación, consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. La mayoría de la gente no está por completo consciente del grado en el que se involucra en diversas conductas, ya que de manera habitual son automáticas y rara vez observa su conducta. Sin embargo, cuando a las personas se les da la oportunidad de observar con cuidado su propia conducta, suelen presentarse cambios muy notables.

La información obtenida a través de la observación cuidadosa puede proporcionar retroalimentación importante sobre el nivel de conducta de la persona. La información transmite si la conducta se desvía de un estándar de desempeño impuesto de modo personal o cultural.

3. *Autorreforzamiento y Autocastigo*

AUTORREFORZAMIENTO

Se entrena a los clientes para aplicarse consecuencias de forma contingente a la conducta en vez de recibirlas de un agente externo. El autorreforzamiento ha recibido más atención que el autocastigo.

El requisito principal del autorreforzamiento es que el individuo sea libre de recompensarse en cualquier momento, se lleve a cabo o no una respuesta particular. Un requerimiento adicional para calificar como reforzamiento es que la conducta seguida por una consecuencia autoadministrada debe incrementar en frecuencia.

En las aplicaciones de autorreforzamiento, pueden delinearse dos procedimientos:

1. El cliente puede determinar los requerimientos de respuesta para una cantidad determinada de reforzamiento. (Es quien controla cuando entregarse el reforzador y la cantidad a proporcionarse, a esta técnica se le llama *Reforzamiento Autodeterminado*).

2. El cliente puede dar reforzamiento por lograr un criterio particular que puede estar o no autodeterminado, a este procedimiento se le denomina *Reforzamiento Autoaplicado*.

AUTOCASTIGO

El Autocastigo se ha utilizado de modo poco frecuente en los programas de modificación conductual, específicamente, las técnicas de razonamiento por lo general son alternativas viables y tiene menor probabilidad de evocar efectos adyacentes indeseables.

Los programas de autocontrol que utilizan castigo (para la conducta no deseada) por lo común incorporan reforzamiento positivo.

Por ejemplo: se combinaron el autorreforzamiento y el autocastigo para controlar el consumo de drogas de un Joven de 17 años de edad. Instrumentando un programa de autocontrol para disminuir el consumo continuo.

En muchas aplicaciones, los clientes no aplican una consecuencia abierta como dinero o puntos; en vez de ello, los clientes pueden *imaginar diversos eventos o consecuencias*.

Desensibilización Sistemática (DS)

Objetivo:

Técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y conductas motoras de evitación ante determinados estímulos. Al existir determinados estímulos que generan respuestas de ansiedad en la persona, con la Técnica se pretenderá que esos mismos estímulos provoquen también de manera automática; respuestas incompatibles con la ansiedad. Así, se impide el desarrollo de la ansiedad y la puesta en marcha de la evitación.

Aplicación:

Para la realización de esta técnica se dispondrán de 35 a 30 minutos, dividida en 2 sesiones, en las cuales daré a conocer la noción de las subtécnicas que conforman la Desensibilización Sistemática;

1. Respuestas Incompatibles
2. Jerarquía de estímulos
3. Contracondicionamiento
4. Generalización.

Una vez propiciados los conocimientos, el Adolescente tendrá la tarea de desarrollar 4 ejemplos de las ya mencionadas subtécnicas de la Desensibilización Sistemática.

Instrucciones:

Dar a conocer los Conceptos básicos que conforman el proceso de Desensibilización Sistemática, en las que se encuentran; 1. Respuestas Incompatibles, 2. Jerarquía de estímulos, 3. Contracondicionamiento y la 4. Generalización

1. *Respuestas incompatibles*

Ciertas conductas no pueden darse a la vez, pues la aparición de una impide la aparición de la otra, por ejemplo; *ansiedad y relajación*. (Facilitar o provocar la relajación en una situación de ansiedad dificulta la aparición de la ansiedad).

Cualquier respuesta que sea incompatible con la ansiedad se puede seleccionar, bien sea una que ya tiene la persona, o bien desarrollar una nueva (pensar en otra cosa, hacer actividades intensas, mirar las fotos de alguien, escuchar música). En la práctica interesa, que sean respuestas que se provoquen fácil y rápidamente, mientras la situación o estímulo asiógeno está presente, el efecto del nuevo estímulo reducirá adaptadamente la ansiedad

2. *Jerarquía de estímulos*

Si un estímulo o situación provoca una respuesta de ansiedad, las distintas características o variaciones de ese estímulo o situación variarán también en su capacidad para producir ansiedad. Se pueden ordenar estas variaciones en forma de escala o jerarquía que vaya desde las que producen escasa ansiedad hasta las que producen intensidades elevadas.

Así, para una persona con adicción a la marihuana, se puede organizar una escala, desde las situaciones que apenas le producen ansiedad (*estoy solo y necesito sentir el efecto de la*

droga) hasta las que producen intensamente (*estoy con amigos que consumen marihuana y comienzan a fumarla frente a mí y me invitan*). Lógicamente será más fácil controlar la ansiedad en las primeras situaciones que en las últimas.

3. *Contracondicionamiento*

Se puede asociar una situación que provoca la respuesta de ansiedad con una respuesta incompatible con ella (por ejemplo: *relajación*). Tras varias asociaciones, se producirá un aprendizaje, y una situación que antes provocaba ansiedad dejara de hacerlo, produciendo en su lugar la respuesta incompatible. Este aprendizaje será más fácil (*rápido*) con las situaciones de la jerarquía de ansiedad de menor intensidad.

Por su parte, el Contracondicionamiento, señala que al asociarse un estímulo ansiógeno a la respuesta incompatible, facilita el condicionamiento de ésta, y la sustitución de la respuesta de ansiedad por la respuesta incompatible.

4. *Generalización*

Cuando se asocia una respuesta a una situación, esta asociación se generalizara, de manera más o menos completa, a las distintas variaciones de esta situación. La generalización será mayor cuanto más similar sea una situación a la original.

Para facilitar la generalización es conveniente diseñar tareas a realizar fuera de la sesión que impliquen la exposición a los estímulos ansiógenos. Sin embargo, el sujeto solo ha de exponerse a estímulos de nivel jerárquico inferior a los que ya se han desensibilizado en la sesión clínica.

Como criterio de referencia puede servir el que se exponga a situaciones reales que correspondan a las de dos ítems menos que los desensibilizados. Es decir, si se desensibilizo hasta el ítem 6, que se exponga al cliente a situaciones reales similares a las del ítem 4. De esta forma se asegura que no haya problemas y que los efectos de la DS imaginaria se generalicen a la vida real.

Si se expusiera al paciente a estímulos de mayor intensidad, puede recondicionarse el miedo y retroceder en la progresión del tratamiento. Solo se deben indicar estas tareas cuando el

sujeto haya llegado a niveles medios o altos en la desensibilización, pero si no se está seguro de que las situaciones a las que se expondrá el sujeto no excederán el nivel de ansiedad fijado, es mejor no llevar a cabo las actividades en vivo hasta completar la jerarquía en imaginación.

Técnicas Ilustrativas “Tratamientos de exposición con base en la imaginería”

Objetivo:

Procedimientos desarrollados para el tratamiento de la ansiedad. Entrenado a la persona para que se relaje profundamente y aparezca la relajación con la exposición a las situaciones que evocan ansiedad. Las situaciones pueden presentarse en la imaginación o la persona puede aproximarseles en la vida real con la ayuda del terapeuta (Kazdin, 2000).

Aplicación:

Para la aplicación de estas técnicas, se dispondrán de cuatro sesiones de 25 minutos. Los procedimientos como; *La Inundación*, *Sensibilización cubierta*, *Modelamiento* y *Modelamiento Filmado*, representan métodos con base en la exposición, y pueden llevarse a cabo haciendo que los individuos imaginen las situaciones provocadoras de ansiedad o exponiéndolos a las propias situaciones reales.

Conforme estas pueden aproximarse en la vida diaria o imaginarse, se presentan las situaciones que provocan ansiedad. Las situaciones pueden imaginarse, mientras la persona está profundamente relajada, lo que finalmente puede eliminar la ansiedad que las situaciones evocan. Al final del tratamiento, las situaciones que evocan la mayor ansiedad pueden enfrentarse con poca o ninguna ansiedad.

Instrucciones:

Las sesiones se darán a conocer los Conceptos básicos que conforma el Tratamientos de exposición con base en la imaginería, en las que se encuentran; 1. Inundación, 2.

Sensibilización cubierta, 3. Modelamiento y 4. Modelamiento Filmado, todas ellas conforman métodos con base en la exposición e imaginación.

1. Inundación

Procedimiento que expone al individuo estímulos (Marihuana), que provocan ansiedad. Se le presentan las situaciones que le provocan más ansiedad. La idea, es evocar ansiedad y mantener la situación presente de manera que la persona habituado a ella, así cuando se le presenta de manera repetitiva, pierde su capacidad para evocar ansiedad.

El cliente podría imaginarse que se encuentra en convivencia con sus amigos que consumen marihuana o simplemente tiene en sus manos cierta cantidad de marihuana por minutos, hasta que la ansiedad de querer consumirla (excitación fisiológica, signos conductuales de ansiedad, angustia presentada) desaparezca. La exposición repetida de esta manera disminuye la ansiedad.

2. Sensibilización Cubierta

Procedimiento con base en imaginación que consiste en hacer que los clientes se imaginen a si mismo participando en la conducta indeseable (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol). Cuando esta imagen es vívida, los clientes imaginan una consecuencia aversiva asociada con la conducta (por ejemplo, sentir náuseas), el propósito del tratamiento, es construir una aversión hacia los estímulos que previamente servían como fuente de atracción.

El procedimiento se denomina *cubierto*, porque se lleva a cabo en la imaginación, ya que los clientes no tienen que involucrarse en la conducta sino solo imaginarla asociada con consecuencias particulares. Los efectos del tratamiento, sin embargo, perduran en la conducta real.

Secuencia del tratamiento, después de varios días de tratamiento, seguir desarrollando escenas semejantes para asociar consecuencias aversivas imaginadas con actos de adicción.

Las transparencias de escenas drogodependientes mostraban fotos de personas fumando, forjándose un cigarro, o de la simple sustancia (Marihuana), el cliente informa su grado de ansiedad ante las tarjetas que describen diversas situaciones de la adicción.

Las técnicas de condicionamiento cubierto se han aplicado a una variedad de problemas como ansiedad, desviación sexual, falta de asertividad, obsesiones y consumo de alcohol, por mencionar unos cuantos (Cautela y Kearney, 1993). Los procedimientos por lo general se llevan a cabo en sesiones de tratamiento en presencia de un terapeuta. No obstante los tratamientos también, pueden verse como técnica de autocontrol, debido a que los clientes pueden imaginar varias escenas en su vida diaria para manejar problemas que surgen bastante tiempo después de que el contacto con el terapeuta ha terminado. Si los clientes ensayan (en la imaginación) conductas que pueden ser difíciles de efectuar, o imaginan consecuencias recompensantes o aversivas para facilitar o inhibir respuesta, pueden controlar su propia conducta.

3. Modelamiento

El modelamiento, u aprendizaje vicario, se refiere al aprendizaje que se logra al observar la ejecución de alguien que participa en las conductas que se desea desarrollar. A través de la observación, los clientes adquieren las respuestas deseadas sin llevarlas a cabo.

Existen muchas variantes del método de modelamiento, se emplean modelos filmados o en vivo para transmitir las conductas blanco deseadas; por ejemplo, en el modelamiento en vivo, un terapeuta puede demostrar (modelar) las conductas deseadas. Este tipo de modelamiento tiene la ventaja de la flexibilidad para modelar las conductas específicas que necesitan desarrollarse en el cliente y repetir las situaciones de modelamiento con base en como lo hace el cliente.

4. Modelamiento Filmado

Las películas se hacen de manera que muestren, por ejemplo; a los individuos participando en conducta prosocial, como interacción con otros o aproximándose a estímulos temidos. Los modelos filmados permiten estandarizar las situaciones de presentación de modelos, a fin de asegurar que estas sean constantes. El potencial del modelo filmado como intervención merece un comentario especial. El empleo de películas o cintas de video permitirán una difusión a gran escala de intervenciones efectivas.

Lista de Videos;

- ✓ Marihuana y adolescentes. Efectos y regulación en las Américas
- ✓ Mi experiencia con las Drogas, por Jurgen Klaric
- ✓ Consumir_ Gusto v/s Adicción
- ✓ ¿Fumas Marihuana? Cuidado! Reportaje: Doctor VIC. Ft. Vida Random
- ✓ Ciudad Zombie. Droga H. Día a día.
- ✓ Drogadicto sufriendo Síndrome de Abstinencia
- ✓ Niños Rata, México.

También las cintas de video pueden estandarizarse de manera que puedan colocarse en ellas las variaciones de óptima efectividad y repartirse en distintos escenarios. De hecho, se han utilizado modelos en video en el entrenamiento en investigación conductual.

Por ejemplo, en un programa se emplean modelos videograbados para entrenar a Padres de familia, en el manejo de sus hijos agresivos, y con tendencia a la oposición. Se han mostrado modelos videograbados de Padres empleando técnicas conductuales para mejorar el desempeño de los niños en el hogar y la escuela (véase Webster, Stratton, 1992).

2da. Aplicación del “Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes (POSIT)”

Objetivo:

Se emplea una segunda aplicación del “Cuestionario de tamizaje de problemas en Adolescentes POSIT” de manera que el resultado de la información relacionada con el uso de drogas se compare con los reactivos positivos y negativos de la 1ra. aplicación. (pretest-postest).

Aplicación:

Para la aplicación de esta escala se dispondrán de 25 minutos. Se requerirá de un lapicero color negro, o en su defecto lápiz. El aplicador se encargara de la aplicación del instrumento, para resolver dudas y respetar el tiempo estimado. Se deberán contestar todas las preguntas. Si alguna no se llegase aplicar exactamente al aplicado, escoger la respuesta más cercana a la verdad en su caso.

Instrucciones:

Contestar todas las preguntas con franqueza. Es posible que encuentres la misma pregunta o preguntas semejantes más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario. Por favor, pon una “x” sobre tu respuesta y no remarques fuera de los recuadros. Este no es un examen; no hay preguntas correctas o incorrectas, por favor trabajar con cuidado. Todas sus respuestas son confidenciales. Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada.

Cierre de Intervención familiar

Técnica: *“Cosas positivas y negativas de ti”*

Objetivo:

Que los pacientes y sus allegados; generen un lazo de confiabilidad e interés al expresarles los aspectos que les desagrada de su persona, para hacerlos reflexionar sobre sus actitudes y comportamientos individuales que causan disgusto a su prójimo, y así poder ver sus errores y rescaten el cambio de actitud que deben comenzar a ejercer.

Aplicación:

Para la aplicación de esta técnica se dispondrán de 10 minutos. Se requerirá un pedazo de papel y lapicero. El aplicador se encargara de entregarles su respectivo material para la

realización de dicha actividad. Se deberán escribir 3 aspectos desagradables y agradables de la persona allegada del paciente (familiar) y con el espacio y el debido respeto que le indique el aplicador, este tendrá que expresar los aspectos desagradables y agradables de la persona allegada del paciente, y viceversa, el aplicador se encontrará en todo momento como mediador de la situación.

Instrucciones:

Anotar en el pedazo de papel proporcionado 3 aspectos desagradables y agradables del allegado del paciente, y viceversa; el allegado escribirá 3 aspectos desagradables y agradables del cercano, una vez dándoles un tiempo aproximado de 5 minutos por cada 3 aspectos, tendrá el tiempo libre cada participante de expresar sus aspectos, primeramente los desagradables, pues los agradables pueden compensar lo mencionado de los negativos, una vez expresados los aspectos, se finaliza con un abrazo de los participantes.

CAPITULO 7

RESULTADOS DE LA APLICACIÓN

7.1 Validez del cuestionario “Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers” (POSIT).

Precisamente, con el fin de poder detectar problemas específicos entre los jóvenes que usan drogas o que están en riesgo de iniciar el consumo, se empleó el cuestionario denominado “Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers” (POSIT). El POSIT fue elaborado por el National Institute on Drug Abuse en 1991, y validado en México en 1997 (Mariño, González-Forteza, Andrade y Medina-Mora, 1998). Es un instrumento de fácil empleo y bajo costo, validado con población juvenil mexicana, con alta eficiencia y aceptable precisión que ha demostrado su eficacia para la detección temprana de riesgos y casos de vulnerabilidad y consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.

7.2 Reporte del diseño de investigación-acción.

Se presentan los resultados obtenidos en el desarrollo y aplicación de Técnicas Cognitivo-Conductuales, las cuales fueron preferidas y enfocadas para medir el consumo de los jóvenes que iniciaron la ingesta experimental de marihuana a su temprana edad, acentuando el procedimiento llevado a cabo para la obtención de resultados válidos en el proyecto de investigación.

Se aplicó inicialmente el cuestionario “POSIT” en el que a partir de una respuesta afirmativa a uno de los 19 reactivos, el instrumento considera necesario el ingreso al programa de intervención, ya que la afirmación a los reactivos indican: presencia de problemas asociados al consumo. Los primeros resultados indican que los cuatro jóvenes presentan problemas relacionados con el uso de drogas. Se exponen las respuestas dicotómicas (sí/no) del parámetro aplicado (Cuestionario POSIT), con el propósito de conocer si las respuestas afirmativas habían aminorado.

7.3 Evidencia de técnicas aplicadas

APLICACIÓN INICAL DE PARAMIETRO (CUESTIONARIO POSIT)

En la representación 1. Podemos ver en el cuestionario del joven Eric, la puntuación de los reactivos: 11 negativos y 8 afirmativos, cantidad de aciertos que manifiestan en el joven que fue necesario su ingreso al programa de intervención, ya que la afirmación a los reactivos indica: presencia de problemas asociados al consumo.

[Representación 1]

"1^{ra} APLICACIÓN"

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

[REDACTED]

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Llevar tus amigos drogas a las fiestas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>

Total: 8-11

60

En la representación 2. Podemos ver que el cuestionario del joven Luis Alberto, tuvo un total de 9 reactivos negativos y 10 afirmativos los cuales representan un predominio, se menciona anteriormente, que la afirmación a reactivos positivos consideran necesario el ingreso al programa de intervención, aludiendo que el Joven Luis Alberto fue el que más aciertos afirmativos tuvo.

[Representación 2]

Programa de Intervención Breve para Adolescentes
que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
6. ¿Llevar tus amigos drogas a las fiestas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	<input type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/>
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2

Total: 10-9

60

En la representación 3. Podemos ver que el cuestionario del Jorge, tiene un total de 10 reactivos negativos y 9 afirmativos, los cuales mostraron problemas asociados al consumo, por lo que se consideró de igual forma su ingreso al programa de intervención, señalando que el joven Jorge Jesús estuvo dentro de los jóvenes que más aciertos afirmativos tuvo.

[Representación 3]

Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

[REDACTED]

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	X	2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	X	2
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	X
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	X
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	X	2
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	X	2
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	X
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	X
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	X
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	X
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	X
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	X	2
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	X	2
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	X	2
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	X
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	X	2
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	X	2

Total: 9-10

60

En la representación 4. Podemos apreciar que el cuestionario de Guadalupe Saraí, tiene un total de 17 reactivos negativos y únicamente 2 afirmativos, cabe mencionar que la Joven Saraí, fue la que menos reactivos positivos tuvo, pero que aun así mostró problemas asociados al consumo y se consideró de igual forma su ingreso al programa de intervención.

[Representación 4]

Programa de Intervención Breve para Adolescentes
que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

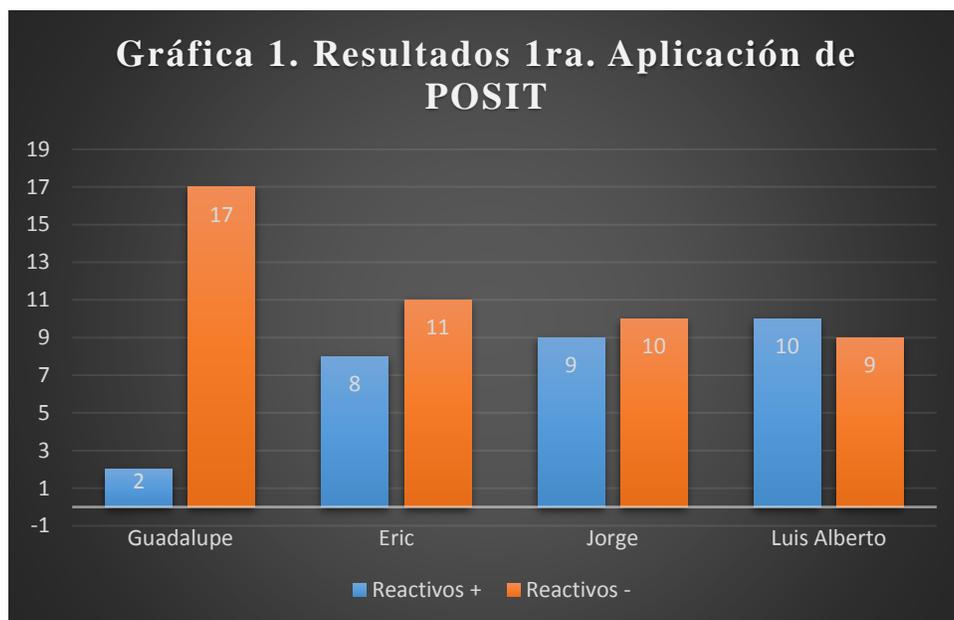
El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	2 /
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	2 /
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	2 /
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2 /
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	2 /
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	2 /
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2 /
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2 /
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2 /
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	2 /
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	2 /
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2 /
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2 /
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2 /

Total: 2-17

60

En la Gráfica 1. Se muestra la comparación de resultados positivos y negativos, se puede observar que el participante que más reactivos (+) afirmativos tuvo fue el participante Luis Alberto, seguido de Jorge y Eric, los cuales indican ser indiscutiblemente aspirantes al programa de intervención psicológico, ya que las respuestas afirmativas sobrevaloradas indican la presencia de problemas asociados al consumo.



“Ejecución de técnicas de relajación y respiración”
(en 12 sesiones)

Observamos en las imágenes previas (1,2 y 3) a los jóvenes Jorge y Eric, realizando las técnicas de respiración y relajación, estipulando la realización de los ejercicios en las 12 sesiones del periodo de intervención, pretendiendo generar un hábito, en la realización de las técnicas, para así poderlas poner en práctica o aplicarlas ante situaciones que les pudiesen provocar estrés o angustia.

[Imagen 1]



[Imagen 2]



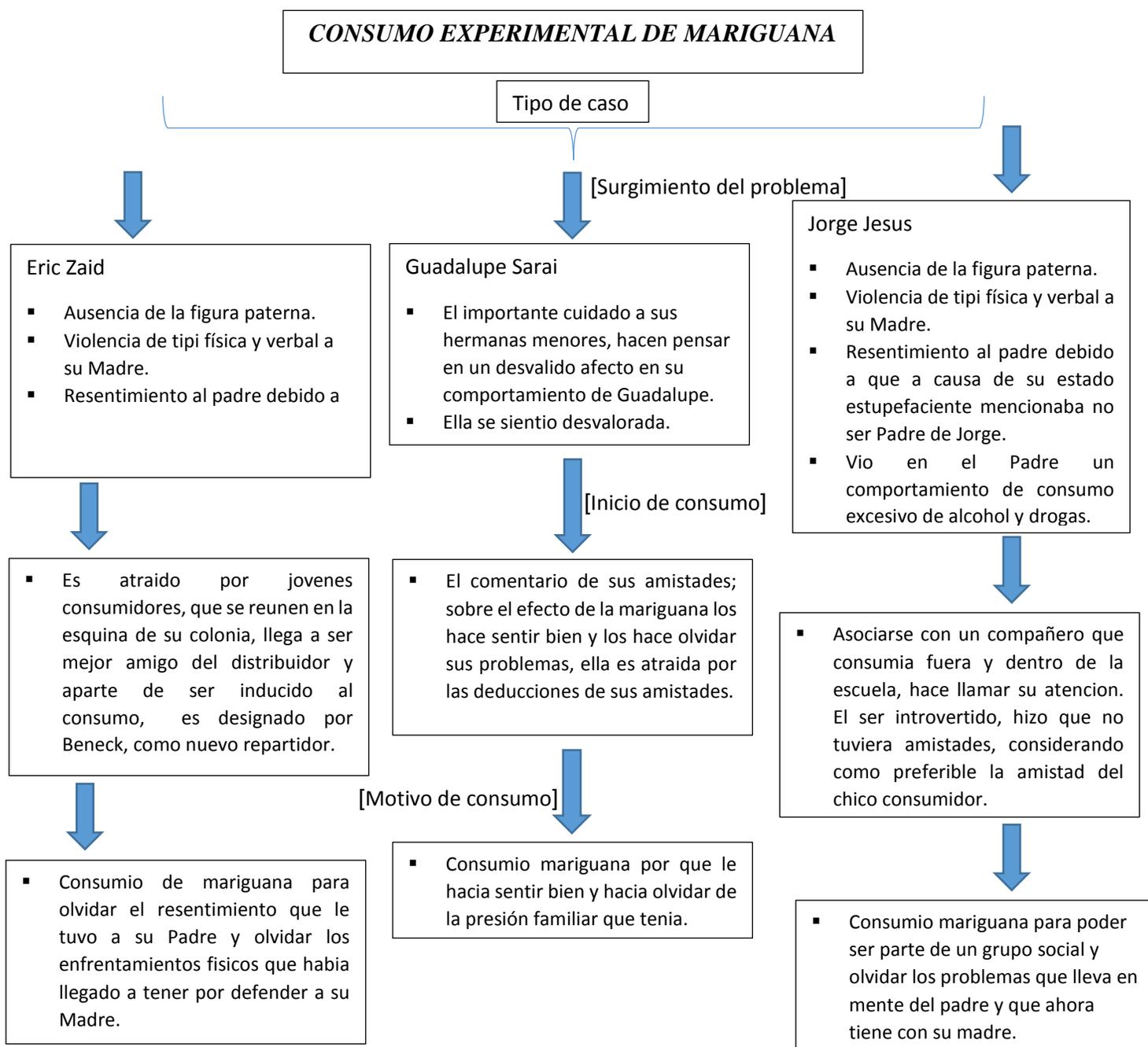
[Imagen 3]



CUADRO DESCRIPTIVO DE ENTREVISTAS NO ESTRUCTURADAS

(Sesión 2 y 4 del programa de intervención)

A continuación se muestra un diagrama que desarrolla la entrevista realizada a los 3 jóvenes que llevaron a cabo la intervención en Centros de Integración Juvenil, exponiendo los problemas que les afectaron y las consecuencias posteriores a estas.



Técnica No. 3 “Técnica de solución de problemas (TSP)”
(Sesión 7 y 8)

-Generación de soluciones alternativas

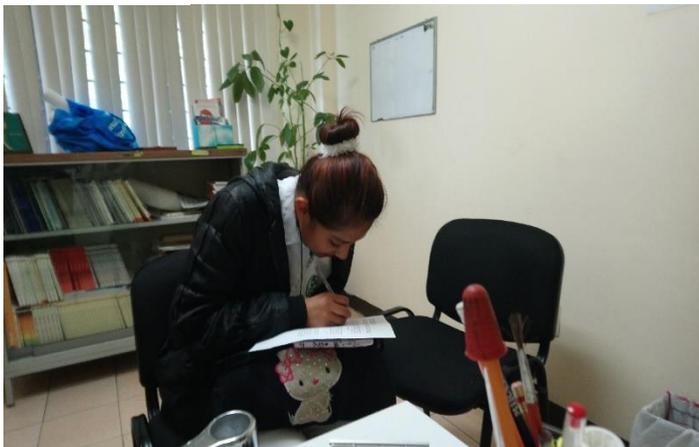
En las imágenes 4 y 5, se muestran a la joven Sarai y el joven Eric Zaid realizando la actividad de reconocimiento del problema, recopilando información relevante de su problema, de manera que hicieran consciente su información ya que para algunos consumidores no es aceptable el ver o reconocer su situación (soy consumidor de marihuana).

El objetivo de esta fase es llegar a disponer de tantas soluciones alternativas como sea posible. Con ello esperamos maximizar la probabilidad de que la mejor solución posible esté entre ellas.

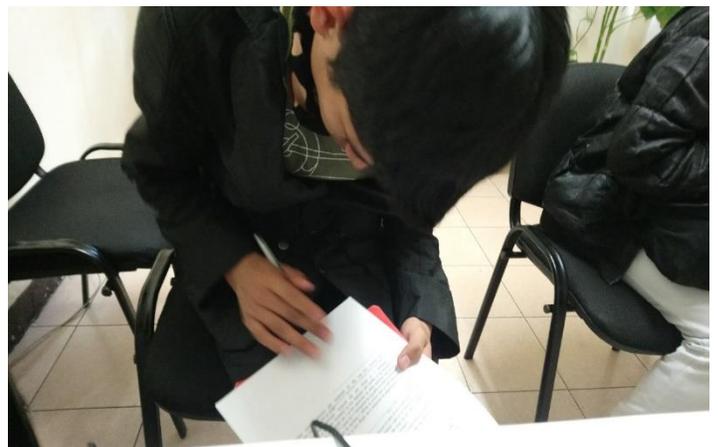
-Toma de decisiones;

El objetivo de esta fase es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor.

[Imágen 4]



[Imágen 5]



Técnica No. 3 “Técnica de habilidad social y de afrontamiento”
Aplicación del formato de toma de decisiones
 (Sesión 8)

El formato de toma de decisiones muestra la construcción de 5 posibles alternativas para el afrontamiento al problema de consumo experimental de marihuana, presenta puntuaciones ante posibles ventajas y desventajas para la elección de una acertada toma de decisión, contestando 3 cuestiones relacionadas con alternativas de solución de problemas.

[Imagen 6]

HOJA DE TOMA DE DECISIONES					
<i>Problema:</i> Consumo experimental	Alternativas				
	1	2	3	4	5
VENTAJAS					
4 Beneficios:					
3 Consecuencias positivas:.....					
5 Tiempo y esfuerzo requerido:	1	1	2	2	1
3 A corto plazo:.....					
1 A largo plazo:					
4 Adecuación a los propios valores y metas:					
2 Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....					
Total: <u>3 y 4</u>					
DESVENTAJAS					
5 Costes:					
1 Consecuencias negativas:					
5 Tiempo y esfuerzo requeridos:					
2 A corto plazo:	2	2	0	1	2
1 A largo plazo:					
4 Adecuación a los propios valores y metas:					
2 Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.)...					
Total: <u>2 y 5</u>					
ALTERNATIVAS					
1. <u>Cambiar el tipo de personas con las que me relaciono</u>					
2. <u>Tener más comunicación</u>					
3. <u>Estar más informado sobre los daños que ocasiona</u>					
4. <u>Pensar antes de actuar</u>					
5. <u>Ignorar a todos, buscar ayuda profesional</u>					
<p>En función de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones:</p> <p>a) ¿Es el problema resoluble? _____ Si _____</p> <p>b) ¿Necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución? <u>Si. Las causas y daños más frecuentes que ocasiona el consumo.</u></p> <p>c) ¿De qué solución o combinación de soluciones debería elegir para ponerla en práctica? _____ 3 y 4 _____</p>					

[Imagen 7]

HOJA DE TOMA DE DECISIONES					
<i>Problema:</i> Descontrol emocional	Alternativas				
	1	2	3	4	5
VENTAJAS					
5 Beneficios:					
4 Consecuencias positivas:.....					
1 Tiempo y esfuerzo requerido:	2	1	1	2	1
1 A corto plazo:.....					
2 A largo plazo:					
4 Adecuación a los propios valores y metas:					
3 Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.).....					
Total: <u>1 y 4</u>					
DESVENTAJAS					
3 Costes:					
3 Consecuencias negativas:					
1 Tiempo y esfuerzo requeridos:	2	0	3	1	1
3 A corto plazo:					
1 A largo plazo:					
4 Adecuación a los propios valores y metas:					
5 Adecuación al medio (familiar, laboral, amistades, etc.)...					
Total: <u>3</u>					
ALTERNATIVAS					
1. <u>Terapias cada 4 días a la semana</u>					
2. <u>Actividades al aire libre</u>					
3. <u>Más tiempo con buenas amistades</u>					
4. <u>Tratar de ser más paciente y tolerable</u>					
5. <u>Enfocar sentimientos hacia otras cosas</u>					

En función de los resultados estimados de las alternativas de solución disponibles, la persona debe responder a estas tres cuestiones:

- a) ¿Es el problema resoluble?
 _____ Si _____
- b) ¿Necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?
 _____ No _____
- c) ¿De qué solución o combinación de soluciones debería elegir para ponerla en práctica?
 _____ 1 y 4 _____

En la imagen 6 se muestra el formato elaborado por el Joven Eric, el cual resalta como problema principal; el consumo experimental de marihuana, expresando que su problema es resoluble, mencionando que necesitara informacion para saber las causas y daños que ocasiona el consumo para la selección e implantacion de una solucion, acentuo que las soluciones; 3 (informacion sobre los daños que ocasiona el consumo) y 4 (pensar antes de actuar), son las opciones que debiera de elegir para ponerlas en practica.

En la imagen 7 se muestra el formato realizado por la joven Guadalupe Sarai, en la que se expone como problema principal; descontrol emocional, expresando que su problema es resoluble, redactando que no necesita informacion para seleccionar o implantar una solucion y que la solucion o combinacion de soluciones que deberia elegir para poner en practica serian; 1 (terapias, 4 dias a la semana) y 4 (tratar de ser mas consciente y tolerable).

Técnica No. 3 “Inoculación al Estrés”

(Sesión 9)

[Imagen 8]

“INOCULACIÓN AL ESTRÉS”	
Técnica diseñada para ayudar a que los sujetos logren manejar eventos estresantes como resultado de situaciones que causan ansiedad, ira o dolor.	
SITUACIÓN	GRADO DE IRA
1. No respetan las reglas	10%
2. Tomar cosas sin permiso	20%
3. Dañar mis cosas	30%
4. Que me mientan	40%
5. Levantan falsos de mi	50%
6. Hablen mal de mí, a mis espaldas	60%
7. Hablen mal de mi familia	70%
8. Que me hostiguen	80%
9. Peleas con hermanos o padres	90%
10. Que todos se pongan en mi contra	100%

[Imagen 9]

“INOCULACIÓN AL ESTRÉS”	
Técnica diseñada para ayudar a que los sujetos logren manejar eventos estresantes como resultado de situaciones que causan ansiedad, ira o dolor.	
SITUACIÓN	GRADO DE IRA
1. Que no respeten los acuerdos	10%
2. Que se metan a la fila	20%
3. Que se metan con mis cosas	30%
4. Que hablen mal de mí, a mis espaldas	40%
5. Que me molesten varias veces	50%
6. Que me digan que está bien y que esta mal	60%
7. Que me digan que hacer	70%
8. Que se metan con mis amigos	80%
9. Que se metan con mi Mamá	90%
10. Que me echen en cara las cosas	100%

En la imagen 9 se muestra la construcción de la jerarquía de situaciones de malestar emocional del joven Jorge Jesús.

En la imagen 8 se muestra la construcción de la jerarquía de situaciones de malestar emocional del joven Eric Zaid.

Se percibió una dificultad en los jóvenes para la elaboración de pensamientos de afrontamiento para involucrarse con su jerarquía de situaciones de malestar emocional, por lo que decidí mostrarles algunos ejemplos.

Después de haber concluido la intervención psicológica utilizando técnicas Cognitivo Conductuales en 12 sesiones, se aplica nuevamente el cuestionario paramétrico “POSIT” con el propósito de averiguar si hubo una disminución de los reactivos positivos y conocer su impacto de la Terapia Cognitivo/ Conductual en los adolescentes: Guadalupe y Eric.

[Representación 5]

"2da APLICACIÓN"

Programa de Intervención Breve para Adolescentes
que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

[REDACTED]

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input checked="" type="checkbox"/>	2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	2
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	<input checked="" type="checkbox"/>	2
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	<input checked="" type="checkbox"/>
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	<input checked="" type="checkbox"/>

Total: 3-16

60

Mismos jóvenes que persistieron hasta las últimas sesiones y facilitaron su aplicación, manifestando una reducción en sus puntuaciones, exponiendo una modificación en los problemas relacionados con el uso de drogas.

[Representación 6]

Programa de Intervención Breve para Adolescentes
que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas

POSIT

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

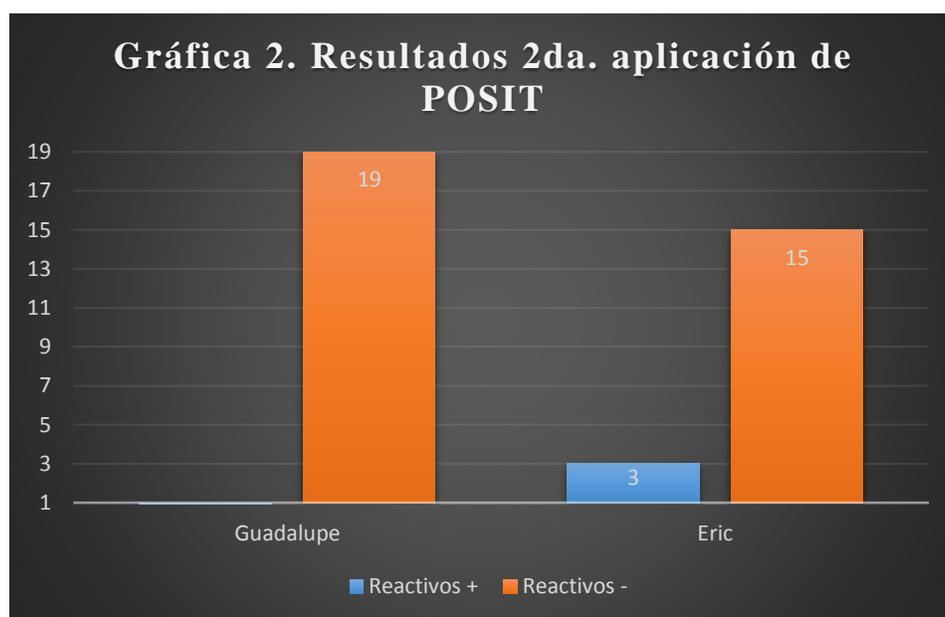
PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	2/
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	2/
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	2/
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2/
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	2/
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	2/
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2/
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2/
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2/
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	2/
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	2/
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2/
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2/
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2/

Total: 0-19

60

En la 2da. Aplicación del cuestionario "POSIT" la representación 5 muestra que el joven Eric tuvo 3 reactivos afirmativos (1, 15, 16), cuyos reactivos están fuera de la selección que hace Mariño, et al., 1998, en los que considera más importantes para el ingreso al programa a los reactivos (3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17).

En lo que respecta a la representación 6, de Guadalupe Saraí, parece indicar una mejora significativa, ya que hay una puntuación total de los reactivos negativos, y hay una supresión absoluta de reactivos positivos, exponiendo la eficacia de la terapia en la modificación de actividades defectuosas del procesamiento de información relacionados con el uso experimental de cannabis.



Nota: Los jóvenes Jorge y Luis Alberto son suprimidos de la representación gráfica, debido a la deserción en las intervenciones psicológicas.

En la gráfica 2. Se muestran los reactivos afirmativos, los cuales exponen un cambio significativo en los problemas asociados con el consumo de los jóvenes. Mariño, et al., (1998) realizaron la selección de reactivos más importantes asociados con el consumo: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17. La grafica muestra a los reactivos negativos con puntuaciones altas, por lo tanto existen cambios significativos en los problemas asociados con el consumo de drogas.

ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN

La etapa de la adolescencia es de extrema vulnerabilidad para el inicio del consumo de drogas, debido a los cambios de intensidad en el individuo en aspectos biológicos, psicológicos, familiares, escolares y sociales, cambios que lo preparan para la vida adulta. El desarrollo físico y psicológico impactara de manera significativa la percepción de los adolescentes que tienen de sí mismos, la relación con los demás, el cómo su familia los percibe y la sociedad en general, que les reclamara nuevas maneras de pensar, actuar y sentir.

El estudio realizado en Centros de Integración Juvenil Valle de Chalco, me permitió comprobar la efectividad de la Terapia Cognitivo-Conductual, a través de técnicas predeterminadas ante aspectos de consumo experimental de drogas, específicamente; Marihuana, en cuatro adolescentes de Valle de Chalco. Los jóvenes presentan una disponibilidad e interés en la realización de las actividades, por lo que se definió una disposición al cambio, pues todo cambio personal incide en el reconocimiento del problema, y estos chicos reconocían y trataban de accionar su juicio hacia posibles soluciones de problemas.

Sin embargo existió un hecho evidente durante mi corta estancia, del que es evidente, que la experimentación con drogas no es predecible, y que todo ser humano sea joven o adulto se encuentra en una propensión a ser víctima de alguna dependencia, y el consumo de sustancias es una de ellas. Sin embargo, si el consumo es continuo, la tendencia hacia la ingesta se encuentra en riesgo y la confusión puede inducir a una utilización constante y peligrosa de la droga (consumo activo), se relacionan emociones y satisfacciones que causa la ingesta de marihuana, pasando por alto la consecuencia que trae consigo la dependencia de esta.

El inicio de una posible abstinencia no dependerán de acciones institucionales, ni de acciones familiares de víctimas consumidoras, si no de las personas mismas que son víctimas de las drogas, pues al no reconocer o admitir que fumar marihuana es un problema y no una alternativa ante contrariedades personales, estos continuarán sus ámbitos comportamentales. La dificultad y la determinación a un posible cambio, dependerá de la experiencia tenida del sujeto, pues para algunos el consumo de drogas parecerá figurar siempre satisfacción, a pesar de que su vida este destruida, para otros el deseo de un posible cambio, dependerá de alguna

resiliencia vivida, de la que pueden transformar sus vidas y en la cual pueda venir el deseo de no seguir fumando cannabis y tener el propósito de transformar su condición de vida.

Los Jóvenes que tendrán el deseo de abstenerse a consumir mariguana, intentaran mostrar persistencia y voluntad, pero sin duda será aquí donde se verán las capacidades que cada uno posee, pues quienes tengan la intención de cambiar su modo de vida, este se verá reflejado en la conducta ante cualquier ámbito social que se presente o se desenvuelva. La contribución de actividades recreativas han favorecido las modificaciones conductuales, pues son ocupaciones que mantienen distraídos a los jóvenes, de manera que la pasión ante estas actividades, podrían desarrollar talentos juveniles, que dentro de un círculo vicioso; como lo es el consumo de drogas, los jóvenes no tendrían la oportunidad de tener: propósitos y éxitos en sus proyectos de vida.

A pesar de que la intervención psicológica se realizó con un limitado número de participantes, la conducción del trabajo grupal fue atractivo, pues se distinguió la participación y desenvolvimiento de los jóvenes ante este tema que debe abastecer las dudas en los jóvenes a fin de enriquecer su conocimiento, pues la omisión y prohibición a este tipo de temas en la familia, puede propiciar el principio a un problema que logra tornarse complejo, y del cual los hijos no son orientados y desarrollan al experimentar o no llenar sus dudas, tomando malas decisiones que se pudieran evitar, a través de confianza y conversaciones en el hogar.

Conforme fue avanzando la intervención se pudieron observar notorios cambios, por ejemplo en el joven Eric, al comenzar a tener noción, de los efectos y consecuencias del consumo de mariguana, logro irse apartando del núcleo que lo inducía al consumo y en la joven Sarai, que al tomar con ineteres las actividades Cognitivo-Conductuales, ambos chicos lograron fortalecer su conducta y pensamientos, a partir de acciones comportamentales como el de; ya no salir de casa para conseguir mariguana, rechazar amistades que ofrecían el consumo, teniendo ya muy en cuenta que el consumo no es la mejor alternativa para olvidar los problemas con la familia o la sociedad y que el mantener la sobriedad es un estado elevado que es alcanzable con la disposicion de la calma, el razonamiento y analisis de las consecuencias que puede traer el consumo de mariguana.

Cabe destacar que este proyecto estuvo dirigido a la atención de jóvenes consumidores y experimentadores de cannabis, que prestaron gran interés al conocimiento de la sustancia y al de sus posibles alternativas ante el consumo, ya que el uso de marihuana está acrecentándose de manera rápida en nuestro país y en edades cada vez más tempranas. Los consumidores activos, forman parte de agentes de involucramiento para la iniciación o incitación de otras personas. Los jóvenes y niños serán el blanco, ante problemas de salud sobre todo en las adicciones. Es por eso que planifique esta estrategia psicológica que hará frente a este tipo de eventualidades que puedan presentarse e intenten devastar las decisiones, proyectos e integridades de la vida actual y futura de nuestros jóvenes.

RECOMENDACIONES

En cuanto a lo observado de la intervención psicológica, podemos señalar que hay aspectos de los que tienen que reforzar los adolescentes o en su defecto tratar de llevarlos a cabo, por lo que se sugieren:

- ψ Se sugiere un tratamiento psicológico posterior, el cual siga beneficie la estructuración de sus pensamientos.
- ψ Continuar con atención familiar con límites, para manejar las incertidumbres emocionales y niveles de ansiedad.
- ψ Se sugiere un tratamiento posterior, para manejar las eventualidades conflictivas con sus padres y control en su nivel de ansiedad ocasionados por la impulsividad y pensamientos y sentimientos de amenaza.
- ψ Seguir practicando las técnicas aprendidas en sus hogares, para un mejor control de sus impulsos y ante situaciones en los que pueden estar expuestos.
- ψ Que los jóvenes enriquezcan su conocimiento con artículos expuestos por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), en la que el evaluador crea un grupo de comunicación (WhatsApp), para enviar en contenido informativo.

ANEXOS

1. CUESTIONARIO DE TAMIZAJE DE PROBLEMAS EN ADOLESCENTES (POSIT)

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza.
 Este no es un examen; no hay preguntas correctas o incorrectas, pero por favor, trabaja con cuidado. Todas las respuestas son confidenciales.
 Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica exactamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso. Es posible que encuentres la misma pregunta o preguntas semejantes más de una vez. Contéstalas cada vez que aparezcan en el cuestionario. Por favor, pon una "x" sobre tu respuesta y no marques fuera de los recuadros.
 Si no comprendes alguna palabra, pide ayuda a la persona encargada. ¡GRACIAS!

Nombre: _____

Turno escolar:

- Matutino
 Vespertino

Grado escolar:

- 1º. Secundaria
 2º. Secundaria
 3º. Secundaria

Grupo:

Edad:

Sexo:

- Masculino
 Femenino

INSTRUCCIONES: Por favor, contesta todas las preguntas. Marca con una "X" tu respuesta

1. ¿Eres arrogante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Discuten demasiado tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Te cansas con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Te asustas con facilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Tienes menos energía de la que crees que deberías tener?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Te sientes frustrado(a) con facilidad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. ¿Amenazas a otros con hacerles daño?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Te sientes solo (a) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Dices groserías o vulgaridades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Escuchas cuidadosamente cuando alguien te habla?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Son tus amigos (as) del agrado de tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Se niegan tus padres o tutores a hablarte cuando se enfadan contigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Actúas impulsivamente y sin pensar en las consecuencias que tendrán tus actos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Has tenido algún trabajo eventual con sueldo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Te has hecho daño o le has hecho daño a otra persona accidentalmente, estando bajo los efectos del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. ¿Tienes buena ortografía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. ¿Tienes amigos que causan daño o destrucción intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. La mayoría de las veces, ¿saben tus padres o tutores dónde estás y lo que estás haciendo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22. ¿Participas en muchas actividades en compañía de tus padres o tutores?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23. Te sientes nervioso (a) la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24. ¿Has robado alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
26. ¿Sabes leer bien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
27. ¿Has estado ausente o llegado tarde a tu trabajo o escuela con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
28. ¿Sientes que la gente está en contra tuya?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
29. ¿Tus amigos llevan drogas a las fiestas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30. ¿Peleas con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

31. ¿Tienes mal genio?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
32. ¿Te prestan atención tus padres o tutores cuando les hablas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
33. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
34. ¿Te dice la gente que eres descuidado (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
35. ¿Eres terco (a) o testarudo (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36. ¿Has tenido alguna vez o tienes actualmente un empleo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37. ¿Has amenazado alguna vez a alguien con un arma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. ¿A veces te vas de las fiestas porque en ellas no hay bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
39. ¿Sabes tus padres o tutores cómo piensas o te sientes realmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
40. ¿Actúas impulsivamente con frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
41. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42. ¿Pierdes el hilo del pensamiento con mucha frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
43. ¿Tienes dificultades para concentrarte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
44. ¿Has tenido alguna vez un empleo con sueldo que haya durado por lo menos un mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
45. ¿Discutes frecuentemente con tus padres o tutores, levantando la voz y gritando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
46. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo los efectos del alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
47. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
48. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho (a) o drogado (a)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49. ¿Levantas la voz más que los demás muchachos de tu edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
50. ¿Has ocasionado daños a propiedad ajena intencionalmente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
51. ¿Has dejado un empleo sencillamente porque no te interesaban las consecuencias de dejarlo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
52. ¿A tus padres o tutores les gusta hablar y estar contigo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
53. ¿Has pasado alguna noche fuera de tu casa sin que tus padres o tutores supieran dónde estabas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
54. ¿El uso del alcohol o drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento (a) a estar triste, o viceversa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
55. ¿Te sientes triste la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
56. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
57. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
58. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
59. ¿Molestas mucho a tus amigos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
60. ¿Tienes dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
61. ¿Tienes dificultades con trabajos escritos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
62. Las bebidas alcohólicas o drogas, ¿te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o tener relaciones sexuales con alguien?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
63. ¿Sientes que a veces pierdes control de ti mismo(a) y terminas peleando?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
64. ¿Faltaste a la escuela sin autorización el mes pasado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
65. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
66. ¿Tienes dificultad para seguir instrucciones?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
67. ¿Tienes amigos que han golpeado o amenazado a alguien sin razón?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
68. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
69. ¿Tienes buena memoria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
70. ¿Tienen tus padres o tutores una idea relativamente buena de lo que te interesa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
71. ¿Están tus padres o tutores de acuerdo en cuanto a la forma en que te deben educar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
72. ¿Se te hace difícil hacer planes u organizar tus actividades?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
73. ¿Tus amigos faltan a la escuela sin autorización con mucha frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

74.	¿A veces la escuela te hace sentirte como tonto?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
75.	¿Frecuentemente sientes deseos de llorar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
76.	¿Te da miedo estar con la gente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
77.	¿Tienes amigos que han robado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
78.	¿Has reprobado algún año en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
79.	¿Es difícil la escuela para ti?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
80.	¿Eres una persona nerviosa, de las que no pueden estar sentadas mucho tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
81.	¿Gritas mucho?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

GRACIAS

20. ¿Porque te abstuviste en esa ocasión?

.....

.....

21. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS? ___ (1) Sí ___ (2) No

22. Tipo de Tratamiento/ayuda

___ (1) Centro de desintoxicación ___ (2) Tratamiento C. Externa ___ (3) Tratamiento de C. Interna
___ (4) Asesoría medica ___ (5) Asesoría psiquiátrica ___ (6) Grupos de auto-ayuda

Fecha: mes _____ año _____ Alcohol / Drogas

(Para exfumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

23. ¿Fumas?

___ (1) Nunca he fumado ___ (2) Actualmente fumo ___ (3) Exfumador (< de 1 año)

___ (4) Exfumador (> de 1 año) no. de años: _____

24. ¿Por cuanto tiempo has sido un fumador regular?: _____

25. Promedio de cigarrros fumados diariamente: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS

INSTRUCCIONES: Marcar en el cuadro la respuesta correspondiente, tomando en cuenta las claves asignadas.

* Nota: Si en el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

** CÓDIGO DE FRECUENCIA DE CONSUMO

0 = No consume
1 = Menos de una vez al mes
2 = Una vez al mes
3 = 1 a 2 veces a la semana
4 = 3 a 6 veces por semana
5 = diariamente

TIPO DE DROGA	*Consumo 1 = Sí 2 = No	Total de años de consumo	Ultimo año de consumo	**Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad con- sumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Cannabis: marihuana, hashish					
Estimulantes: cocaína, crack					
Estimulantes: metanfetaminas.					
Anfetaminas/ estimulantes: ritalin, benzedrina, dexedrina					
Benzodiazepanes / tranquilizantes: valium, librium, halcion, xanax, diazepam, roofiges					
Sedativos/ Hipnóticos/ Barbitúricos: amytal, seconal, dalmane, qualude, pentobarbital					
Heroína					
Metadona callejera o ilícita					
Otros opiáceos: tylenol #2 y #3, 282's, percodan, percocet, opio, morfina, demerol, dilaudid					
Alucinógenos: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, hongos. éxtasis (MDMA), óxido nitroso					
Inhalables: cemento, gasolina, rush, aerosol, thiner, poppers, locker room					
Otros (especificar) _____					



CONSECUENCIAS ADVERSAS AL USO DE SUSTANCIAS

	(1) ALCOHOL	(2) ESTIMULANTES	(3) TRANQUILIZANTES	(4) NARCÓTICOS	(5) SEDANTES HIPNÓTICOS	(6) SOLVENTES	(7) CANNABIS	(8) OTRAS
Droga Consumida durante los Últimos 6 meses. 1) = SI 2) = NO.								
PROBLEMAS EXPERIMENTADOS DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Nota: Llenar los siguientes cuadros refiriéndose a la droga consumida								
Daño físico (incluyendo daño neurológico por sobredosis). 0 = Ninguno. 1 = Aviso preventivo del médico. 2 = Tratamiento médico por problemas físicos (enfermedad o accidentes), relacionados con el abuso de drogas.								
Daño cognitivo (agudo o crónico) (incluyendo lagunas mentales, problemas de memoria, olvidos, confusión, dificultad de pensamiento). 0 = Ninguno. 1 = 5 ó menos ocasiones. 2 = Más de 5 ocasiones.								
Daño afectivo (agudo o crónico) (incluyendo borracheras, cambios de humor, presiones relacionadas con el consumo y cambios de personalidad). 0 = Ninguno. 1 = Menor (sin consecuencias en el comportamiento diario). 2 = Mayor (Con consecuencias en el comportamiento diario)								
Problemas interpersonales. 0 = Ninguno. 1 = Menor (solamente discusiones). 2 = Mayor (Pérdida de relaciones o a punto de perderlas debido al consumo).								
Agresión. 0 = Ninguno. 1 = Abuso verbal cuando está drogado. 2 = Violencia física cuando está drogado.								
Problemas legales. 0 = Ninguno. 1 = Solamente acusación (Trámite pendiente o sin cargos). 2 = Convicto.								
Problemas financieros. 0 = Ninguno. 1 = Menor (gastos en exceso). 2 = Mayor (Consumo de sustancias relacionadas con menores ingresos para mantener su consumo)								

ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

41. ¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela? (Marcar una respuesta para cada inciso)

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
1) Veo la televisión en casa	1	2	3
2) Practico algún deporte	1	2	3
3) Juego o salgo con amigos (as)	1	2	3
4) Nada y me aburro	1	2	3
5) Ayudo en las labores de la casa	1	2	3
6) Hago tarea o estudio	1	2	3
7) Juego nintendo o voy a las máquinas y a los juegos electrónicos	1	2	3
8) Salgo a pasear con mi familia	1	2	3
9) Me voy a beber con mis amigos	1	2	3
10) Escucho música	1	2	3
11) Hablo por teléfono	1	2	3
12) Voy a fiestas	1	2	3
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar un instrumento, etc.)	1	2	3
14) Voy al cine	1	2	3
15) Otro (especifica)	1	2	3

42. ¿Estas actividades están relacionadas al consumo de alcohol o drogas?

___ (1) Sí ¿Cuál? _____ ___ (2) No

AREA FAMILIAR

43. ¿Cuando estás con amigos o familiares éstos te presionan a consumir alcohol o drogas?

___ (1) No ___ (2) Sí, pero sólo mis amigos
 ___ (3) Sí, pero sólo mi familia ___ (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia

44. ¿De tus amigos o familiares, quienes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?

___ (1) Padres ___ (2) Hermanos ___ (3) Abuelos ___ (4) Tíos ___ (5) Primos
 ___ (6) Amigos ___ (7) Pareja

45. ¿En los últimos 12 meses has tenido algún conflicto familiar grave? ___ (1) Sí ___ (2) No

46. ¿Cómo describes tu relación con tus padres?

___ (1) Muy Buena ___ (2) Buena ___ (3) Regular ___ (4) Mala ___ (5) Muy mala

47. ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?

___ (1) Muy Buena ___ (2) Buena ___ (3) Regular ___ (4) Mala ___ (5) Muy mala

48. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? ___ (1) Sí ___ (2) No ¿Cuánto? _____

49. ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas? _____

AREA DE SEXUALIDAD

50. ¿Has tenido relaciones sexuales? ___ No ___ Una vez ___ Más de una vez

51. Cuando tienes relaciones sexuales ¿utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no con-

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alatriste, F. Miriam y Orea H. Allondra L. (2016). La Marihuana y la Salud, LA. Su uso terapéutico. Época. México.
- American Psychological Association. (2018). Entendiendo la Psicoterapia. 2018, de APA Sitio web: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia.aspx>
- Antonacci, Marcela. (2018). Terapias de grupo vs terapias individuales. VIX Inc. <http://www.vix.com/es/salud/168111/terapias-de-grupo-vs-terapias-individuales>
- Arellanez, J.L., Díaz, B.D., Wagner, F., y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Salud Mental 27 (3): 54-64.
- Astorga Luis (1995). El siglo de las drogas. Espasa-Calpe, México.
- Barón, A., Robert. (1996). Psicología. Pearson. México.
- Brailowski S. (1994). Las Sustancias de los Sueños: Neuropsicofarmacología. F.C.E. México. 360 p.
- Cáñamo, Revista (2016). Censura: A cáñamo: otra pieza de la crisis de derechos humanos. Leopoldo Rivera. La Cañamería Mexicana S.A. de S.V.
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (13 de Junio de 2018). ¿Qué hacemos? gob.mx. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud%7Ccij/que-hacemos>
- Centros de Integración Juvenil, A. C. (2012). COMO ESTÁ CONSTITUIDO. CIJ. Recuperado de http://www.cij.org.mx/Contenidos/que_cij/que_cij.html
- Chávez-León, Enrique; Benítez-Camacho, Erika; Ontiveros Uribe, Martha Patricia. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. Redalyc. Org. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58231307004>
- Chimeno Sotelo Cristina. (2018). Terapia Cognitivo Conductual (TCC): Guía con todas las preguntas y respuestas. CogniFit: Salud, Cerebro y Neurociencia. Recuperado de <https://blog.cognifit.com/es/terapia-cognitivo-conductual-tcc/>
- Córdoba Villalobos, J.A. Conferencia de prensa para la presentación de resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, México, septiembre de 2008.
- Córdova, A., Andrade, P., y Rodríguez, S. (2005). Características de resiliencia en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. Revista Intercontinental de Psicología y Educación 7(2):101-122.
- Córdova, A., Rodríguez, S., y Díaz, B.D. (2009). Bienestar subjetivo y calidad de vida en jóvenes usuarios y no usuarios de drogas. En preparación.

De la Grúa Talamanca y Branciforte Miguel. Instrucción para sembrar, cultivar y beneficiar el Lino y el Cáhama en Nueva Espaa 1796. Editor en Mécico por Don Mario de Zúñiga y Ontiveros, Calle del Espíritu Santo. Procedencia del original Universidad Complutense de Madrid. Digitalizado 12 de Enero de 2009, 19 p.

Dennis, Coon. (2005). Psicología. Thomson. Mécico.

Díaz N., B.D., Arellanez, J., y Martínez, J. Uso de drogas y factores psicosociales entre estudiantes de educación media básica del estado de Nuevo León. En Secretaria de Salud, CONADIC. Observatorio mexicano en tabaco, alcohol y otras drogas. SSA, CONADIC, Mécico, 2002, pp. 133-136.

Díaz N., B.D., y García, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. Revista Panamericana de Salud Pública 24 (4): 223-232.

Díaz N., D.B., Arellanez, J.L., Pérez, V., y Wagner, F. (2009). Correlatos psicosociales de involucramiento en el uso de drogas entre jóvenes mexicanos. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 47 (Supl. 1): S13-S20.

Díaz- Simón, Nadir; Soto-Hernández, Hansel; Ortega-Castillo, Guillermo. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia. Su especificidad en el mundo infantil. Wímb lu. Recuperado de [file:///C:/Users/PC1/Downloads/Dialnet-TerapiasCognitivasYPsicologiaBasadaEnLaEvidencia-5454919%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC1/Downloads/Dialnet-TerapiasCognitivasYPsicologiaBasadaEnLaEvidencia-5454919%20(2).pdf)

Dinafem Seeds. 2018. La delicada tarea de hablar a los niños sobre marihuana. Dinafem.org. Recuperado de <https://www.dinafem.org/es/blog/hablar-ninos-cannabis-marihuana/>

Escobar Toledo, Isabel Eugenia; Berrouet Mejía, Maire Claire; Gonzáles Ramírez, Diego Mauricio (2009). Mecanismos Moleculares de la Adicción a la Marihuana. Revista Colombiana de Psiquiatría. Colombia.

Escohotado A. (1999) Historia General de las Drogas. Ed. Espasa Calpe S.A. Madrid. 1542 p.

Época. (2016). La Marihuana y la Salud, Su uso Terapéutico. Mécico, D.F. Editorial Época, S.A. de C.V.

García-Allen, Jonathan. (2018). Tipos de terapias psicológicas, un resumen sobre las distintas formas de psicoterapia. Barcelona: Psicología y Mente. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/clinica/tipos-terapias-psicologicas>

González Tapia, María de Jesús. (2011). Significado del culto a San Judas Tadeo por adolescentes consumidores de drogas. Centros de Integración Juvenil, Ciudad de Mécico.

Gratacós, Marcel. (11 de Junio de 2018). Terapia Cognitivo Conductual: Características y 5 Técnicas. Lifeder. Recuperado de <https://www.lifeder.com/terapia-cognitivo-conductual/>

Guerrero, A., García, R., y Balanzario, M. Evaluación de resultados del tratamiento del consumo de drogas en Centros de Integración Juvenil. Centros de Integración Juvenil, Informe de Investigación 02-02, México, 2002.

Guzmán Centeno, Julio Nicolás, Padilla López, María Isabel. (2003). Incidencia en el Consumo de Sustancias Tóxicas en Adolescentes de la Secundaria General Carlos Pellicer. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa. México.

Huxley Aldous (2009). Las Puertas de la Percepción. Edhasa. Barcelona.

Herrera Vázquez, Wagner Fernando. (2004). Inicio en el Consumo de Alcohol y Tabaco, y Transición a otras Drogas en Estudiantes de Morelos. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Delegación Estatal Puebla, México.

Kazdin, Alan E. (2000). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. manual moderno. México.

Kuri Morales, Pablo Antonio; Gonzáles Roldán, Jesús Felipe; Hoy María Jesús; Cortés Ramírez, Mario; Cravioto, Patricia. (2006). Políticas, Vigilancia y Acceso de los menores de edad a los Cigarrillos en la Ciudad de México. Salud Pública de México. México, D.F

Labrador Encinas, Francisco J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Ediciones Pirámide. España.

López, F. (1997) Historia de la Conquista de México. Edición 3. Porrúa. 407 p.

Moreno, Kena. (2013). DROGAS: las 100 preguntas más frecuentes. Centros de Integración Juvenil. México: Trillas.

Moreno, Kena (2014). La evidencia en contra de la legalización de la marihuana. Centros de Integración Juvenil. México, D.F.

Morris, G., Charles., Maistro, A., Albert. (2005). Psicología. Pearson. México.

National Institute on Drug Abuse. (2013). Serie de reportes de investigación. Abuso de la marihuana. Estados Unidos: NIDA, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de la Salud.

NIDA. (2014). Marihuana; Hechos que los padres deben saber. Advancing Addiction Science. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/la-marihuana-lo-que-los-padres-deben-saber/de-padres-hijos-hablando-sobre-los-riesgos>

NIDA. (2003). Prevención del consumo de drogas entre niños y adolescentes (en resumen). Advancing Addiction Science. Obtenido de <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-use-among-children-adolescents-in-brief>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Desarrollo en la adolescencia: Un periodo de transición de crucial importancia. Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Recuperado de www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Panamericana de la Salud. (2001). Por una Juventud sin Tabaco, Adquisición de Habilidades para una Vida Saludable. Publicación Científica y Técnica. Washington, D.C.

Pepper y Malazartes. (2016). Bienestar: Cannabis y Sexualidad. La Cañamería Mexicana S.A. de S.V. CAÑAMO, 34-36.

Rodríguez, S., Arellanez, J.L., Díaz, D.B., y González, D. Ajuste psicosocial y consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil, Informe de Investigación 97-27, México, 1998.

Rodríguez, S., y Pérez, V. (2002). Resiliencia y consumo de drogas entre estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana* 10 (2): 42-47.

Rodríguez, S., Díaz, B.D., Gracia, S., Guerrero, A., y Lucio, E. (2007). Capacidad predictiva de la Teoría de la Conducta Planificada en la intención y uso de drogas ilícitas entre estudiantes mexicanos. *Salud Mental* 30(1): 68-81.

Romero, M.S., y Jiménez, K. Indicadores del costo social del consumo de drogas. Centros de Integración Juvenil, Informe de Investigación 00-09, México, 2001.

Rodríguez de Romo, Ana Cecilia. (2012). Bosquejo histórico y uso social de la marihuana. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. México, DF. 2 p.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. En: *British Journal Psychiatry*, No. 147, pp. 598 – 611.

Saavedra, Alberto. (2017). Enrique Peña Nieto: “No descarto la legalización general de la marihuana en México”. México: NACIÓN CANNABIS. <https://nacioncannabis.com/enrique-pena-nieto-no-descarto-la-legalizacion-general-la-marihuana-mexico/>

Sánchez Escobedo, Pedro. (2008). *Psicología Clínica. Manual Moderno*. México.

Santibáñez Fernández, Patricia Macarena; Román Mella, María Francisca; Vinet, Eugenia V. (2009). EFECTIVIDAD DE LA PSICOTERAPIA Y SU RELACION CON LA ALIANZA TERAPEUTICA. *Interdisciplinaria*. 26 (2), 267-287. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827006>

Sanz, I. (2001). Seguimiento de tratamiento psicoterapéutico a través del Sistema Comprensivo del Rorschach [Psychotherapy treatment follow-up by the Rorschach Comprehensive System]. *Interpsiquis*, 2. Recuperado el 11 de julio de 2007 de <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2732>

Sánchez, H.R. y Nanni, A.R. (2017). *Daños y Consecuencias del consumo de marihuana*, México DF, Centros de Integración Juvenil, A.C.

Sánchez H., R., Guisa, V.M., Ortiz, R.M., y de León, G. (2002). Detección temprana de factores de riesgo para el consumo de sustancias ilícitas. *Salud Mental* 25(3): 1-11.

Segura A. y Rodríguez A. (18 d abril, 2017) las cuatro esquinas (doc en [pdf]) recuperado de: <https://tecnicasdegrupo.wordpress.com/2017/04/18/las-cuatro-esquinas/>

UNODC. (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes, y vulnerabilidad familiar. Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

Urquieta, José Edmundo; Hernández Ávila, Mauricio; Hernández, Bernardo. (2006). El consumo de Tabaco y Alcohol en Jóvenes de Zonas Urbanas Marginadas de México: Un Análisis de Decisiones Relacionadas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca Morelos.

Valdés Salgado, Raydel; Micher, Juan Manuel; Hernández, Luis; Hernández, Melania; Hernández Ávila, Mauricio. (2002). Tendencias del Consumo de Tabaco entre Alumnos de Nuevo Ingreso a la Universidad Autónoma de México, 1989 a 1998. *Salud Pública de México*. Cuernavaca, Morelos, México.

Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, ML., Oliva, N., Bretón, M., et al. (2011). *Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudios del 2009*. *Salud Mental* 2011; 34(2):81-94.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Cravioto, P., Fleiz, C., Galván F., Rojas E., Kuri, P., Ruiz, C., Castrejón, J., Vélez, A., y García A. (2003) Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capitulo de Drogas, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México.

Weiner, B., Irving (1992). *Métodos en Psicología Clínica*. Limusa. México.